

"Source : *La procréation médicalement assistée*, 256 pages, Commission de réforme du droit du Canada, 1992. Reproduit avec la permission du ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2010."

CHAPITRE QUATRE

Recommandations

Nous avons déjà conclu, d'une part, qu'il y avait trop de risques à laisser l'application des différentes techniques de procréation médicalement assistée à l'initiative individuelle et, d'autre part, que les solutions de rechange envisagées étaient insuffisantes pour contrôler adéquatement les différents aspects de l'utilisation de ces techniques⁵⁸³. Nous devons donc considérer l'opportunité d'une intervention législative.

Le respect des valeurs fondamentales de notre société⁵⁸⁴, la protection des citoyens contre les risques dont ils ne peuvent se protéger eux-mêmes et finalement la capacité des lois et des principes de droit de résoudre les conflits éventuels sont ici les principales considérations qui président à une telle intervention.

La Commission est consciente du fait que, en matière de procréation médicalement assistée, le droit provincial a un rôle très important à jouer. Toutefois, il nous apparaît essentiel de traiter le sujet sur un plan national et de façon globale. C'est dans cette optique qu'ont été formulées les recommandations qui suivent. Puisque la procréation médicalement assistée soulève, tant au niveau des principes qu'au niveau des normes d'application, des questions d'intérêt national, l'uniformité des politiques adoptées doit être fortement encouragée. Afin d'assurer la mise en œuvre et le respect de ces politiques à l'échelle nationale, nous devons envisager l'opportunité de créer un organisme central qui remplirait ces fonctions.

Avant d'aborder les questions particulières, signalons tout d'abord qu'il existe des objections de principe à l'utilisation même des techniques de procréation médicalement assistée ou de certaines d'entre elles. Selon d'aucuns, la procréatique déshumaniserait la procréation, serait contre nature et constituerait une menace à la maternité et à la paternité

583. Voir *supra*, ch. III.

584. *Les crimes contre le fœtus*, *op. cit.*, note 7, p. 33. *Id.*, p. 32 :

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, il est impossible de dégager des principes généraux à partir d'une doctrine religieuse ou d'un simple sondage d'opinion. Pour la Commission, la seule voie possible consiste à s'inspirer des valeurs fondamentales de notre société. Ces valeurs, comme nous le disons dans *Notre droit pénal*, se répartissent en deux catégories. Certaines sont nécessaires à l'existence même de toute société, alors que les autres sont propres au type de société qu'est la nôtre.

Font partie de la première catégorie des valeurs telles que le respect de la vie et l'invulnérabilité de la personne alors que la justice, l'égalité, la dignité et la liberté individuelle s'inscrivent dans la deuxième. Voir CRD, *Notre droit pénal*, Rapport n° 3, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1976, p. 21.

qui, dans cette perspective, sont inséparables de l'aspect procréateur de la sexualité⁵⁸⁵. De plus, le don de gamètes suscite des inquiétudes quant aux effets psychologiques néfastes que peut avoir sur l'enfant et le conjoint infertile l'intrusion d'une tierce personne dans la formation d'une unité familiale⁵⁸⁶. Comme nous l'avons souligné⁵⁸⁷, la légitimité du don soulève également certaines interrogations. Ne s'agit-il pas d'« un déplacement de l'ordre des parentèles⁵⁸⁸ » ? Enfin, certains soutiennent que l'embryon humain doit être traité avec le même respect et la même protection que la personne. Dans cette perspective, on dénonce la congélation et la destruction de l'embryon⁵⁸⁹, ainsi que toute forme d'expérimentation. Ne faudrait-il pas même aller jusqu'à s'opposer à la création d'embryons surnuméraires ?

Pourtant, on ne saurait nier l'existence de ces techniques, ni le fait que, lorsque la procréation naturelle n'est pas possible ni souhaitable, il peut être moralement justifiable de mettre au point et d'appliquer des techniques pour remédier à l'infertilité.

Mais il est indispensable que notre société continue de s'interroger sur le traitement et la valeur à accorder aux gamètes et aux embryons humains. En matière de procréation médicalement assistée, cette réflexion doit se faire dans le cadre de la réalité médicale actuelle afin que puissent être appréciées les conséquences de tel ou tel choix. Prohiber la création d'embryons surnuméraires implique, par exemple, des conséquences pour la sécurité des femmes qui s'inscrivent à des programmes de fécondation in vitro. En effet, à chaque nouveau cycle, ces femmes se verraient forcées de s'exposer aux risques et inconvénients de la stimulation ovarienne et du prélèvement d'ovocytes, ou encore d'accepter le transfert d'un nombre plus élevé d'embryons, avec les dangers que cela comporte⁵⁹⁰.

Cette réflexion doit également s'inscrire dans une perspective continue puisque l'élaboration d'une politique sur ces questions majeures demande une maîtrise des connaissances et un niveau de discussion qui évoluent en conséquence. Nous ne pouvons donc prétendre pouvoir fournir dans le présent document une réponse finale à cette réflexion sociale. Les objectifs que nous poursuivons sont, d'une part, de participer à cette discussion et, d'autre part, de composer avec la réalité actuelle afin de régler les problèmes urgents.

585. Voir à ce sujet Pape Pie XII, *Discours aux participants au XXVI^e Congrès de la Société Italienne d'Urologie*, 8 octobre 1953 : AAS 45 (1953) 678 ; et plus récemment, CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *op. cit.*, note 494.

586. L'objection la plus radicale vient ici du Vatican qui maintient que le recours aux gamètes d'une tierce personne « constitue une violation de l'engagement réciproque des époux et un manquement grave à l'unité, propriété essentielle du mariage. » Voir CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *op. cit.*, note 494, p. 24.

587. Voir *supra*, p. 53 et suiv.

588. Voir M.-A. HERMITTE, *loc. cit.*, note 211, 337.

589. Une des objections du Vatican à la fécondation in vitro est basée sur le fait qu'elle peut impliquer la destruction de certains embryons. CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *op. cit.*, note 494, p. 18.

590. D'autant plus que les techniques qui permettent d'éviter la stimulation ovarienne n'en sont encore aujourd'hui qu'au stade expérimental. Voir *supra*, p. 26.

La Commission a d'ailleurs déjà amorcé ce processus en publiant les documents *Les crimes contre le foetus*⁵⁹¹ et *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*⁵⁹².

À cause du potentiel de vie et du génotype que présentent les gamètes et les embryons, la Commission leur a déjà reconnu une certaine valeur morale. Dans un premier temps, elle a fait valoir qu'il fallait différencier les gamètes et embryons des autres cellules et tissus humains : « Les premiers [gamètes] sont les sources virtuelles de nouvelles vies humaines ; les seconds [embryons] possèdent déjà la vie⁵⁹³. » De plus, dans les principes énoncés et les limites recommandées dans son document sur l'expérimentation⁵⁹⁴, la Commission a consacré une valeur intrinsèque à l'embryon. Par exemple, elle a proposé que soit prohibée la création d'embryons aux seules fins de recherche scientifique⁵⁹⁵, que le droit ne traite jamais les embryons comme de simples objets (leur commercialisation serait d'ailleurs résolument prohibée), que l'expérimentation soit interdite après le quatorzième jour du développement embryonnaire et que l'expérimentation soit préalablement autorisée par un comité d'éthique multidisciplinaire. La Commission est également d'avis que la façon la plus convenable de disposer des embryons surnuméraires résultant de la fécondation in vitro n'est pas leur destruction mais leur don à des couples infertiles ou, à défaut, l'expérimentation qui permet l'avancement des connaissances⁵⁹⁶ ».

La protection de l'embryon ne s'oppose donc pas à la création d'embryons surnuméraires, à leur congélation ni à leur don. En fait, nous avons déjà recommandé de permettre la congélation d'embryons pour une période de cinq ans⁵⁹⁷. Et à ce stade, nous croyons qu'il convient de réitérer cette position. Sans consacrer leur légitimité, nous ne formulons aucune objection à l'égard de la création d'embryons surnuméraires, du don de gamètes et d'embryon, et de la congélation de ceux-ci.

I. Les principes généraux

La liberté individuelle, l'égalité et la dignité humaine⁵⁹⁸ font partie des valeurs que mettent en présence les différentes questions que soulève la procréation médicalement assistée. Parmi ces questions, citons l'accès aux différentes techniques, les risques de dérive vers l'eugénisme, le phénomène de la maternité de substitution, la commercialisation et l'utilisation posthume des gamètes et des embryons, l'autorité sur ceux-ci, ainsi que la

591. *Op. cit.*, note 7.

592. *Op. cit.*, note 7.

593. *Id.*, p. 59.

594. Pour les différentes conditions juridiques imposées à la validité de l'expérimentation ainsi que les mécanismes prévus afin d'assurer le respect de ces principes, voir *id.*, rec. 6, p. 56.

595. Cette prohibition a d'ailleurs donné lieu à la recommandation d'une sanction criminelle : *id.*, rec. 7(1), p. 57.

596. *Id.*, p. 57 : « [S]i le don est impossible dans les circonstances, l'expérimentation pour permettre d'avancer les connaissances paraît, à prime abord, un choix préférable à la destruction pure et simple. »

597. *Id.*, rec. 8(2), p. 59.

598. Voir *Les crimes contre le foetus*, *op. cit.*, note 7.

filiation des enfants nés de la procréatique. Pour les deux derniers points se pose en outre la question de l'application éventuelle, par nos tribunaux, des règles et des principes de droit existants. Quelles sont les valeurs qui doivent prévaloir ? Quels choix de société doivent guider le législateur ? Existe-t-il des compromis acceptables pour la société canadienne ? Comment faciliter la résolution des conflits engendrés par la technologie ? Telle est la nature des thèmes qui seront abordés ici.

A. L'accès

Plusieurs pays ont légiféré — ou ont proposé de le faire, dans des documents d'étude — pour limiter l'accès à la procréation médicalement assistée aux couples hétérosexuels stables qui sont stériles, infertiles ou porteurs d'affections génétiques transmissibles. L'intérêt de l'enfant (exprimé très souvent par son droit d'avoir un père, une mère, une famille stable) et l'intérêt social à protéger la cellule familiale, unité fondamentale de notre société, sont les deux principaux arguments généralement avancés en faveur d'une telle limitation.

Afin de déterminer l'opportunité de consacrer cette position dans un texte de loi, il importe d'analyser les critères susmentionnés en fonction, d'une part, des personnes susceptibles de demander une aide médicale et, d'autre part, des autres valeurs, principes et intérêts en cause. Dans la présente analyse, nous avons considéré le cas des personnes infertiles ou stériles (infertilité physiologique), celui des personnes qui sont incapables ou refusent de procréer dans le cadre d'une union hétérosexuelle (infertilité sociale) et finalement celui des personnes susceptibles de transmettre des affections d'ordre génétique (infertilité génétique)⁵⁹⁹.

Les personnes atteintes d'infertilité physiologique sont celles qui ont le plus souvent recours aux techniques de procréation médicalement assistée. Généralement, les critères d'accès que l'on propose d'appliquer à ces personnes sont, d'une part, qu'elles soient parties à un couple hétérosexuel et, d'autre part, qu'elles soient stables. Il y a lieu de s'interroger sur l'à-propos de ces critères. Comme ceux de l'hétérosexualité et de l'état familial seront examinés plus loin dans le contexte de l'infertilité sociale, nous nous limiterons pour l'instant à celui de la *stabilité*.

Le critère de la stabilité, quoique attrayant, n'est pas sans soulever certaines difficultés. D'une part, est-il juste d'appliquer ce critère dans le contexte de l'insémination artificielle et de la fécondation *in vitro* alors que, en matière de procréation naturelle et de traitement hormonal ou chirurgical de l'infertilité (autres formes de procréation médicalement assistée),

599. Pour les fins de l'étude des critères limitatifs mentionnés ci-dessus, nous devons utiliser ici une définition de l'infertilité qui est plus large que celle utilisée dans le contexte médical (voir *supra*, ch. I). Cette approche vise à tenir compte non seulement de l'aspect pathologique mais également de la dimension sociale de l'infertilité. Voir à ce sujet THE NATIONAL BIOETHICS CONSULTATIVE COMMITTEE, *Discussion Paper on Access to Reproductive Technology*, Adelaïde, le Comité, 1990, p. 8 : [TRADUCTION]« Les croyances, les valeurs sociales, les attentes et les jugements de valeurs sont autant de facteurs qui contribuent à la définition sociale de l'infertilité et de la façon dont nous apprécions les moyens destinés à y remédier. »

la stabilité du couple et de la personne traitée n'entre pas en ligne de compte ? S'il est vrai que l'utilisation des gamètes provenant d'une tierce personne peut causer des difficultés particulières (divulgaration des origines de l'enfant, etc.), nous croyons que le but visé par le critère de la stabilité, soit le bien-être de l'enfant, serait atteint plus facilement au moyen d'un soutien adéquat avant, pendant et après la conception⁶⁰⁰. D'autre part, ce critère est arbitraire, difficile à apprécier et, dans la mesure où il confie aux professionnels de la santé l'application de critères non médicaux, il ouvre la voie à la discrimination⁶⁰¹. Il ne nous apparaît donc pas opportun de consacrer, dans un texte législatif, la stabilité comme critère déterminant en matière d'accès à la procréatique⁶⁰², pas plus d'ailleurs que n'importe quel autre critère reposant sur l'aptitude à être parent.

La situation des personnes physiologiquement et génétiquement aptes à procréer mais qui, pour des raisons personnelles, sont incapables ou refusent de le faire dans le cadre d'une union hétérosexuelle, est plus épineuse. Ces personnes peuvent être regroupées en deux catégories : les personnes vivant seules et les personnes homosexuelles. L'accès de ces personnes à la procréation médicalement assistée soulève toute la question du droit à l'égalité⁶⁰³, par rapport à la protection de l'enfant et de la famille traditionnelle. Ainsi, l'État peut difficilement envisager d'assujettir l'accès à la procréation médicalement assistée à des limites législatives sans tenir compte des prescriptions et de l'esprit de la *Charte canadienne des droits et libertés*⁶⁰⁴. Pourtant, il suffit de consulter les différentes dispositions législatives et recommandations de divers pays pour constater que la situation de ces personnes est rarement considérée comme justifiant le recours à la procréation médicalement assistée. Plusieurs pays, en effet, exigent l'infertilité physiologique, la stérilité ou le risque de transmission d'affections génétiques comme condition d'accès à la procréatique, ou se contentent d'en restreindre tout simplement l'accès aux couples hétérosexuels⁶⁰⁵.

Assujettir l'accès à la procréation médicalement assistée à différentes étiologies (stérilité, infertilité physiologique ou génétique) peut sembler normal puisque les techniques en cause ont été mises au point précisément pour remédier à ces problèmes. Toutefois,

600. Voir *infra*, p. 167 et suiv.

601. Voir Benjamin FREEDMAN, P.J. TAYLOR, Thomas WONNACOTT et Katherine HILL, « Criteria for Parenting in Canada: A Comparative Survey of Adoption and Artificial Insemination Practices » (1988), 3 *C.F.L.Q.* 35. Cet article est le fruit d'une étude parrainée par les Subventions stratégiques de recherche sur la science, la technologie et les valeurs humaines du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Voir *id.*, 36-37.

602. Signalons toutefois que dans certains rapports on a adopté une position contraire ; à titre d'exemple, voir CRDO, *op. cit.*, note 2. rec. 5, p. 275 : [TRADUCTION] « L'admissibilité aux programmes de conception médicalement assistée devrait être limitée aux femmes célibataires stables, et aux hommes et femmes stables formant un couple stable, mariés ou non. » Le rapport du BARREAU DU QUÉBEC, *loc. cit.*, note 3, p. 36, recommande que l'accès soit réservé aux couples stables, mariés ou non ; pour plus de détails, voir *infra*, annexe A, 1 pp. 187-188.

603. Voir la rubrique « L'article 15 : les droits à l'égalité », *supra*, p. 101 et suiv., plus particulièrement la p. 106.

604. Voir *supra*, pp. 90, 97-99, 103, 107-108.

605. Voir *infra*, annexe A, pp. 187-188.

nous devons nous rappeler que l'établissement de telles restrictions en matière d'insémination artificielle⁶⁰⁶ aurait pour effet de rendre la procréatique inaccessible aux personnes seules et aux personnes homosexuelles⁶⁰⁷.

C'est donc la question de l'accès non discriminatoire à la technologie médicale disponible qui se pose. Elle met en présence, d'une part, l'intérêt des personnes seules ou homosexuelles qui expriment le désir d'avoir un enfant et de recourir, au même titre que les personnes infertiles ou stériles parties à une union hétérosexuelle, à la technologie disponible pour surmonter les obstacles à la réalisation de ce désir et, d'autre part, l'intérêt de l'enfant et de la société dans la protection de la famille biparentale hétérosexuelle.

Le conflit entre le respect des droits garantis par la Charte et la protection de la famille traditionnelle nous ramène à des interrogations fondamentales. Jusqu'où voulons-nous aller dans la protection des droits et libertés et plus particulièrement du droit à l'égalité ? Jusqu'où voulons-nous étendre la définition de la famille ? Voulons-nous y inclure la famille homosexuelle et la famille monoparentale ?

Pour certains, l'intérêt de l'enfant et l'importance que revêt la famille biparentale hétérosexuelle pour la société doivent avoir préséance sur les droits des personnes seules ou homosexuelles. Suivant cette position, avoir la liberté de choisir son orientation sexuelle est une chose, priver un enfant d'un père ou d'une mère en est une autre. La procréatique doit demeurer un palliatif à l'infertilité (physiologique ou génétique) et non devenir une solution de convenance destinée à éluder les conséquences d'un choix social.

Pour d'autres, qui font l'analogie avec les critères d'accès à l'adoption, ces oppositions sont l'expression de préjugés dépassés⁶⁰⁸. De plus, au fil des ans, l'État s'est abstenu d'intervenir pour protéger la famille traditionnelle dont la structure s'est considérablement effritée⁶⁰⁹.

La réponse à la question de l'accès à la procréation médicalement assistée suppose donc une réflexion fondamentale sur le devenir de la famille à l'aube du XXI^e siècle.

606. Nous avons déjà mentionné que la situation est différente en matière de fécondation in vitro. La fécondation in vitro et ses dérivés, contrairement à l'insémination artificielle, vise principalement l'infertilité de la femme. Voir *supra*, p. 107.

607. La limitation législative de l'accès ne doit pas créer de disparités à l'égard des groupes visés à l'art. 15 de la Charte et des groupes analogues. Voir la rubrique « L'article 15 : les droits à l'égalité », *supra*, p. 101 et suiv., plus particulièrement la p. 103.

608. Voir *supra*, pp. 107-108 ; B.M. KNOPPERS, *loc. cit.*, note 287, 216, [TRADUCTION] « Il est assez ironique que, à une époque où on s'emploie à assouplir les lois sur l'adoption afin de permettre aux personnes célibataires des deux sexes d'élever des enfants, les préjugés sociaux empêchent les femmes célibataires de recourir à des techniques qui leur permettraient de porter et de mettre au monde des enfants qui, dans certains cas, leur seraient génétiquement liés, du moins pour moitié. » Voir également *supra*, notes 470-471.

609. Dans le domaine des relations de travail, une décision récente de la Cour fédérale d'appel a toutefois renversé la décision d'un tribunal canadien des droits de la personne qui avait pour effet d'élargir la définition de famille pour y inclure le couple homosexuel. Cette décision faisait suite à une plainte déposée en application de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, précitée, note 458. Voir l'arrêt *Mossop*, précité, note 462. À la p. 35 du jugement en appel : « Même si nous devions convenir que deux amants homosexuels peuvent constituer "sociologiquement parlant" une sorte de famille, ce n'est certainement pas une famille qui, juridiquement parlant, confère à ses membres des obligations et des droits spéciaux. »

Sommes-nous prêts non seulement à accepter mais à mettre au même rang de nos valeurs sociales la famille biparentale hétérosexuelle, la famille biparentale homosexuelle et la famille monoparentale ? Dans l'affirmative, ne devrions-nous pas, afin d'être constants dans nos choix, modifier toute la législation qui concerne la famille pour y intégrer ces nouvelles définitions ? Ou voulons-nous, au contraire, associer la protection de la famille traditionnelle à l'intérêt public pour lui donner préséance sur les droits et libertés garantis par la Charte et limiter ainsi le droit de procréer, comme nous limitons d'ailleurs le droit de se marier dans notre société ? Cette réflexion pourrait s'inspirer de situations analogues en matière de procréation « naturelle », où les familles biparentales homosexuelles et monoparentales font partie de la réalité.

Pour l'instant, compte tenu de la réalité sociale actuelle, la Commission est d'avis que, en matière d'accès à l'insémination artificielle, il n'y a pas lieu, dans un texte de loi, de protéger la famille traditionnelle au détriment du respect du droit à l'égalité⁶¹⁰. De plus, vu la nature de l'insémination artificielle, nous considérons que l'intervention de l'État dans ce domaine doit être minimale⁶¹¹. En matière de fécondation in vitro, rappelons que la question du droit à l'égalité soulève peu de difficultés⁶¹². D'autre part, comme la procréatique met en jeu l'allocation de ressources rares et coûteuses, la limitation législative de l'accès pourrait s'avérer nécessaire. Quoi qu'il en soit, une telle intervention devrait, par souci de prudence, se faire dans le respect des principes de justice fondamentale⁶¹³.

610. Le Cortès espagnol a adopté une loi sur la procréatique qui ne limite pas l'accès à celle-ci aux couples mariés. Les femmes seules ou vivant maritalement sont admissibles. Voir *infra*, annexe A, pp. 187-188. CRDO, *op. cit.*, note 2, p. 157 : [TRADUCTION] « [L]a majorité des commissaires en sont venus à la conclusion que, même si la conception artificielle ne doit pas être mise à la disposition de toute personne infertile ou porteuse d'une affection génétique, il n'y a pas lieu non plus de restreindre l'admissibilité aux couples mariés, ni même aux couples. » La CRDO précise dans sa première recommandation (p. 275) que les techniques ne doivent être utilisées que pour des raisons médicales, sauf lorsqu'il s'agit d'une femme célibataire fertile et génétiquement saine. Le rapport du MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*, note 508, art. 11, p. 176, précise que l'insémination artificielle doit être accessible aux femmes seules, quel que soit leur statut. ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN, *op. cit.*, note 281, p. 22 : [TRADUCTION] « Après de longues discussions, le Comité a conclu qu'il n'était pas nécessaire d'établir les critères d'admissibilité par la voie législative. Bien que cette solution puisse avoir pour effet de laisser le patient à la merci des préjugés du médecin traitant, le Comité estime que la législation actuelle touchant les procédés discriminatoires constitue une protection suffisante. » En Suède, par contre, ces techniques sont réservées aux couples mariés ou vivant maritalement et le consentement du mari est exigé ; voir *infra*, annexe A, pp. 187-188 à la note 55. En Norvège, le Parlement a adopté une loi réglementant l'insémination artificielle et la fécondation in vitro qui limite l'accès aux couples mariés qui ont donné leur consentement et qui se sont soumis à une évaluation médicale et psychosociale exécutée par un médecin ; voir *infra*, annexe A, pp. 187-188 à la note 56. CONSEIL DE L'EUROPE, *Procréation artificielle humaine*, Strasbourg, le Conseil, 1989, p. 18 :

Après avoir examiné soigneusement ces arguments — en particulier la nature médicale de ces techniques — et en tenant compte de l'importance de la nécessité d'assurer le bien-être de l'enfant à naître, le comité est arrivé à la conclusion que l'emploi de techniques de procréation artificielle devrait être limité aux seuls couples hétérosexuels ayant besoin d'une aide médicale. Cette approche vise à éliminer les cas dans lesquels l'enfant à naître serait inévitablement « orphelin ».

Pour plus de détails concernant la position d'autres pays et États, voir *infra*, annexe A, pp. 187-188. Pour les rapports qui ont limité l'accès aux individus infertiles et à ceux qui courraient le risque de transmettre des affections génétiques à leurs enfants, voir *infra*, annexe A, pp. 188-189.

611. Voir *supra*, p. 99.

612. Voir *supra*, p. 107.

613. Voir à ce sujet, *supra*, p. 98 et suiv.

Enfin, l'admissibilité de la personne physiologiquement apte à procréer mais porteuse d'une affection génétique implique des choix quant aux types d'affections justifiant le recours à la procréatique, et quant aux gamètes et aux embryons devant être tenus pour « acceptables ». Or ces choix laissent entrevoir le spectre de l'eugénisme et appellent également une autre question, celle de la sélection des donneurs ou de leurs caractéristiques.

D'autre part, le recours aux techniques de procréation médicalement assistée pour éviter la transmission d'une prédisposition génétique ou d'un trait caractéristique jugés indésirables⁶¹⁴, ou encore pour choisir le sexe ou les caractéristiques de l'enfant à naître, paraît inacceptable⁶¹⁵. Sur une vaste échelle, de telles pratiques pourraient encourager le développement d'un trafic de gamètes et d'embryons présentant des qualités particulières⁶¹⁶, nourrir l'intolérance face à l'imperfection humaine et compromettre l'équilibre démographique et social entre les sexes pour les générations à venir, sans parler des conséquences que pourraient subir ces enfants « sur mesure ». Dans ce contexte, il paraît donc opportun de restreindre de façon générale les libertés individuelles au nom du respect de la dignité humaine.

Quels types d'affections génétiques justifient le recours à la procréation médicalement assistée ? Il est possible de répondre indirectement à cette question en ne permettant la sélection des gamètes et des embryons que lorsqu'il s'agit d'éviter la transmission d'une maladie génétique grave. La limitation du choix du donneur et de ses caractéristiques contribuerait également à décourager le recours injustifié à la procréatique.

C'est une chose de permettre au corps médical de répondre, dans la mesure du possible, aux inquiétudes des couples à propos de l'homogénéité de la cellule familiale. C'en est une autre que de permettre à ceux-ci de choisir tel ou tel donneur en raison de ses diverses caractéristiques, ou d'exiger que les gamètes ou embryons fassent l'objet de manipulations génétiques afin que l'enfant réponde à leurs caprices ou aux stéréotypes de la société, il y a un pas énorme que la Commission n'est pas près de franchir⁶¹⁷. Il est donc important que la description des caractéristiques du donneur, de ses gamètes et des embryons qui

614. Le trait caractéristique s'oppose aux maladies génétiques graves telles que la maladie de Tay-Sachs, la thalassémie, la myopathie de Duchenne, l'hémophilie, la chorée de Huntington.

615. C. OVERALL, « Introduction », dans C. OVERALL (dir.), *op. cit.*, note 130, p. 1, à la page 18 :

[TRADUCTION]

L'avènement de la procréatique aura eu pour conséquence de nous permettre de décider de manière de plus en plus détaillée du genre d'enfants que nous voulons ou ne voulons pas avoir. La réalisation du désir en apparence innocent et louable de mettre au monde des enfants robustes et en bonne santé emporte celle du désir moins louable d'empêcher la naissance d'enfants affublés de traits caractéristiques soi-disant indésirables.

Voir *infra*, annexe A, pp. 188-189.

616. Le Repository for Germinal Choice en Californie, autrement connu sous le nom de « Nobel Prize sperm bank » est un exemple. Voir Arthur CAPLAN, « California Sperm Bank is a Loony Notion » *The [Montreal] Gazette* (24 novembre 1989) B-3 : [TRADUCTION] « Cette banque se targue d'avoir dans ses frigos des dépôts provenant d'éminents scientifiques, de génies de la finance et d'au moins un athlète olympique. Plus de 100 bébés ont été conçus grâce à du sperme provenant du Repository for Germinal Choice. Les couples qui désirent faire appel à cet organisme doivent être mariés et doivent faire la preuve de leurs aptitudes et de leur prospérité. »

617. Voir *infra*, annexe A, pp. 188-189.

en sont issus soit limitée à ce qui est strictement nécessaire pour éviter la transmission d'une maladie génétique grave⁶¹⁸. Par exemple, la possibilité de choisir le sexe de l'enfant pourrait être acceptable lorsqu'il s'agit d'empêcher la transmission d'une maladie génétique liée au sexe telle l'hémophilie.

Le respect de ces limites dépend du contrôle qui s'exercera sur l'activité des banques de gamètes et des cliniques d'infertilité, et sur l'importation des gamètes. Et pour être efficaces, ces limites devront également recevoir une application uniforme partout au Canada.

RECOMMANDATIONS

1. L'intervention éventuelle du législateur pour régir l'accès aux techniques de procréation médicalement assistée devrait respecter le droit à l'égalité. L'accès ne devrait être limité qu'en fonction du coût et de la rareté des ressources. Le cas échéant, la sélection ne pourrait reposer sur des motifs de discrimination illicites aux termes des législations fédérale et provinciales (la situation de famille, l'état matrimonial, l'orientation sexuelle, etc.).

2. Afin d'éviter de donner prise à l'eugénisme, la sélection des gamètes et des embryons en fonction de qualités particulières devrait être prohibée sauf lorsqu'elle a pour but d'éviter la transmission de maladies génétiques graves.

B. La commercialisation

L'existence d'embryons surnuméraires et le don, la conservation et l'importation de gamètes et d'embryons sont autant de facteurs qui rendent alléchante la possibilité de considérer ceux-ci comme des choses pouvant faire l'objet d'un commerce⁶¹⁹. Ils posent à la société la question même de leur nature et celle d'une nouvelle définition de la personne en droit, à savoir ce qui peut faire l'objet d'un commerce, ou ce qui peut être « réifié⁶²⁰ ».

618. Voir le rapport du MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 508, p. 65 ; voir également *infra*, annexe A, p. 189.

619. Voir *supra*, p. 47.

620. Bernard KEATING, *Le statut moral de l'embryon humain : une approche attentive à la question des fondements de l'éthique*, thèse de doctorat, Québec, École des gradués de l'Université Laval, 1990, pp. 138-140 :

S'interroger sur le statut de l'embryon humain, c'est se demander où tracer la ligne de démarcation qui sépare les personnes des choses. Cette décision est capitale : on dispose des choses, on respecte les personnes. Les choses ont un prix, les personnes sont au-dessus de tout prix. Faire de l'embryon une personne, c'est donc accepter de reconnaître des limites à notre faculté d'agir, à son endroit, comme bon nous semble. La personne, on le sait, ne peut jamais être un simple moyen au service de nos fins. L'enjeu est de taille. [...] Accepter de traiter la vie humaine, dans l'obscurité de ses débuts, comme un objet n'implique-t-il pas d'avoir déjà accepté un respect relatif de la personne ?

La médecine moderne a donné une dimension nouvelle⁶²¹ à la commercialisation du corps humain, de ses produits et de ses substances. Il suffit de penser à l'affaire américaine *Moore c. Regents of the University of California*⁶²² pour comprendre la complexité des problèmes qui en résultent⁶²³.

La particularité des gamètes et embryons, signalée d'ailleurs par la Conférence sur l'uniformisation des lois au Canada qui les exclut de sa définition du terme « tissu⁶²⁴ », soulève plusieurs interrogations. Si leur nature et leur utilisation mettent en cause la dignité humaine et nous amènent à nous interroger sur la valeur morale ou symbolique à leur accorder, ainsi que sur la réification de l'être humain, la commercialisation des gamètes et des embryons pose un problème parallèle de sécurité tant pour la femme chez qui ils seront implantés que pour l'enfant à naître. Enfin, elle touche à la liberté du commerce.

1. L'embryon

La commercialisation de l'embryon doit être complètement prohibée ici comme en matière d'expérimentation⁶²⁵. C'est en effet attaquer directement la dignité humaine que

621. Sur la question de la commercialisation des organes humains, voir *Prélèvement et utilisation médicale de tissus et d'organes humains*, *op. cit.*, note 254.

622. 249 Cal. Rptr 494, 498, 504 (App. 2d Dist. 1988) :

[TRADUCTION]

Le présent appel soulève des questions fondamentales au sujet du droit du patient de disposer de son propre corps, dont celle de savoir si l'exploitation commerciale des cellules du patient par des professionnels de la santé, sans le consentement de celui-ci, peut donner lieu à une action en dommages-intérêts. Cette affaire est sans précédent [...]

Nous avons abordé cette question avec circonspection. Notre civilisation en est venue à abandonner l'esclavage au profit de la liberté, à cesser de considérer l'être humain comme un bien pour reconnaître la dignité individuelle de chacun. Aussi faut-il faire preuve de beaucoup de prudence au moment d'attribuer aux tissus humains les caractéristiques d'un bien susceptible d'appropriation. Cela dit, il existe une différence fondamentale entre le fait d'exercer des droits de propriété sur son propre corps et le fait d'être la propriété de quelqu'un d'autre [...]. Il ne s'agit pas pour nous de décider si l'utilisation de tissus humains ou de parties du corps devrait toujours se faire à titre gratuit ou si elle peut faire l'objet d'un commerce obéissant aux lois du marché. C'est là une question de politique qui ressortit au législateur. En l'espèce, les défenseurs ont déjà amorcé la mise en marché de la lignée cellulaire, ce qui nous place devant le fait accompli et nous laisse à décider qui doit participer aux profits.

Cette décision a été confirmée en partie par 793 P. 2d 479 (Cal. 1990). La partie du jugement qui traite du principe général reconnaissant les droits du patient sur son propre corps a été confirmée. Les bases de ce principe ont cependant été restreintes au principe du consentement éclairé et à la nature de la relation patient-médecin. Pour plus de détails, voir *Prélèvement et utilisation médicale de tissus et d'organes humains*, *op. cit.*, note 254.

623. La pensée juridique sur le sujet est présentement en plein essor et la diversité des solutions proposées démontre qu'elle doit continuer de se développer. À titre d'exemple, mentionnons la théorie de l'affectation de Jean-Christophe GALLOUX, « De la nature juridique du matériel génétique ou la réification du corps humain et du vivant » (1989), 3 *R. recherche jur.* 1, 1-31, qui implique une notion absolue mais fonctionnelle d'extra-commercialité du corps humain. Hermitte, pour sa part, conclut qu'une nouvelle catégorie est nécessaire, et propose la catégorie de la « chose d'origine humaine et à finalité humaine » qu'elle subdivise, en fonction du produit du corps humain, en « produits hors commerce », « hors de tout échange », « dans l'échange rémunéré » et « dans le marché », etc. ; *loc. cit.*, note 211, 325.

624. *Loi uniforme sur le don de tissus humains*, 1989, précitée, note 240, art. 1 ; voir *supra*, note 241. Voir aussi l'opinion de la Commission déjà mentionnée, *supra*, p. 133.

625. *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, *op. cit.*, note 7, p. 54.

de traiter l'embryon comme une chose pouvant faire l'objet d'un commerce, d'en faire un produit de consommation⁶²⁶. Si l'embryon peut faire l'objet d'un certain nombre d'opérations juridiques, nous devons nous assurer qu'il ne sera pas mis sur le marché, à la merci des lois de l'offre et de la demande⁶²⁷.

2. Les gamètes

La réduction des gamètes à de simples produits de consommation risque elle aussi de contrevenir à la notion fondamentale de dignité humaine. D'une part, la nature particulière des gamètes en tant que sources de vie et le but visé par le don (permettre aux personnes infertiles de réaliser un projet parental) se prêtent mal au commerce dans notre société. Le don de gamètes doit demeurer un acte altruiste. D'autre part, la concurrence entre les banques pourrait conduire à certaines formes d'eugénisme. Par exemple, les banques risquent de ne vouloir attirer et accepter que les donneurs qui possèdent certaines qualités ou caractéristiques jugées plus désirables, se faisant ainsi l'écho d'un stéréotype commercial du mâle géniteur⁶²⁸. Dans ces conditions, les donneurs pourraient être rémunérés en fonction de leurs caractéristiques. Et même s'il était impossible au couple de choisir les caractéristiques de l'enfant désiré, la réputation de telle ou telle banque pour la « qualité » de ses donneurs risque d'avoir le même résultat : la mise en place d'une forme d'eugénisme⁶²⁹.

Par ailleurs, la commercialisation du don de gamètes risque de compromettre la « qualité » des gamètes utilisés. En effet, l'appât du gain pourrait inciter les donneurs à retenir certains renseignements essentiels⁶³⁰. D'autre part, le désir des banques d'accroître leurs profits pourrait amener celles-ci à sacrifier la sélection et le dépistage médicaux.

626. *Ibid.*

627. Voir Evelyn SHUSTER, « Seven Embryos in Search of Legitimacy » (1990), 53:6 *Fertil. Steril.* 975, 977 :

[TRADUCTION]

[S]uivant la position dominante, le droit de l'embryon à la vie est de nature particulière ou limitée. Celui-ci ne saurait donc être traité comme une personne véritable investie de droits moraux complets. En revanche, comme il s'agit d'une personne potentielle, il s'apparente au sujet de droit et non à l'objet : il n'est ni une chose ni un bien, il ne peut être ni vendu, ni acheté, ni retourné. Il ne peut faire l'objet d'un droit de propriété qui permettrait au titulaire d'en disposer à sa guise.

628. COUNCIL FOR SCIENCE AND SOCIETY, *op. cit.*, note 537, pp. 41-42, n° 4.8 :

[TRADUCTION]

L'instauration de banques commerciales (comme cela s'est déjà produit aux États-Unis) pourrait ouvrir la voie à des procédés répréhensibles. Le donneur aux caractéristiques « désirables » pourrait bien être tenté de vendre sa semence à prix d'or. Aux États-Unis, on offre déjà, à grand renfort de publicité, le sperme de récipiendaires du prix Nobel, flattant ainsi le désir des couples de mettre au monde de futurs génies, mais passant sous silence les risques que comporte l'utilisation du sperme d'hommes vieillissants.

629. *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, *op. cit.*, note 7, p. 59 : « La Commission est d'avis que de nouvelles recommandations concernant non seulement les banques de sperme, mais aussi les banques d'embryons, devraient être formulées de façon à établir des normes claires et précises, et à prévenir les inconvénients et dangers d'une expansion et d'une commercialisation anarchiques de ces banques. »

630. CRDO, *op. cit.*, note 2, p. 169 :

[TRADUCTION]

[E]n outre, la nécessité de renseignements solides sur les antécédents familiaux du donneur et sur la possibilité qu'il ait pu contracter une maladie transmissible sexuellement entre le moment

Ainsi, l'atteinte à la dignité humaine et les risques qu'implique la commercialisation justifient la limitation des libertés individuelles, notamment la liberté du commerce. En revanche, ce serait pousser les choses à l'extrême et décourager les donneurs que d'interdire le remboursement des frais raisonnables engagés par ces derniers⁶³¹.

Enfin, puisqu'il faut assurer la qualité maximale de la sélection et du dépistage génétique, les banques devraient pouvoir se faire rembourser les frais raisonnables afférents à leurs activités⁶³².

RECOMMANDATION

3. (1) La commercialisation du don de gamètes ou d'embryon devrait être interdite. Seul le remboursement des frais raisonnables engagés par le donneur devrait être autorisé.

(2) Il devrait être interdit aux banques de gamètes ou d'embryons d'exercer leurs activités dans un but lucratif. Toutefois, les banques devraient pouvoir se faire rembourser les frais raisonnables afférents à leurs activités et à leur fonctionnement.

C. La maternité de substitution

Soulignons d'entrée de jeu que l'importance du phénomène des femmes porteuses est très difficile à apprécier. Les auteures d'une étude menée pour la Commission de réforme du droit du Canada en 1988 sur les pratiques en cette matière concluaient :

La grande conclusion qui se dégage de notre étude est celle-ci : les contrats de grossesse constituent un phénomène relativement peu répandu, mais néanmoins beaucoup plus fréquent que l'estimaient — à une exception près — les personnes à qui nous avons parlé et qui se disaient bien renseignées. Notre estimation globale inférieure (attribution de 11 cas seulement pour le Québec) nous donne un total de 104 cas pour tout le Canada ; tandis qu'avec l'estimation supérieure (25 cas pour le Québec), le total est de 118.

du dépistage génétique initial et celui du prélèvement nous force à conclure que le don de gamètes ne devrait pas devenir un geste lucratif qui inciterait les donneurs à taire des renseignements importants. Les risques de réticences et le prix que devront payer ceux qui devront en assumer les conséquences sont trop élevés par rapport aux avantages que pourrait présenter la rémunération illimitée.

En conséquence, la Commission recommande que les donneurs individuels aient le droit de recouvrer les frais raisonnables qu'ils ont engagés.

Voir également *id.*, rec. 15, p. 276.

631. Dans le même sens, voir *infra*, annexe A, notes 65 et 66, p. 190. Voir aussi la loi modifiant la loi uniforme sur le statut de l'enfant, précitée, note 203, art. 11.5 ; voir *supra*, note 256.

632. Voir dans ce sens, *infra*, annexe A, note 67, p. 190. Toutefois, selon la CRDO, *op. cit.*, note 2, p. 172, les banques pourraient légitimement réaliser certains profits ; voir *infra*, annexe A, p. 190.

Or, ces deux chiffres dépassent de loin les estimations qu'on nous avait données comme raisonnables, au chapitre de la fréquence globale. Il importe à cet égard de rappeler l'extrême rigueur dont nous avons fait preuve dans notre calcul, tous les cas le moins douteux ayant été exclus. Nous sommes donc persuadées que nos chiffres correspondent à une estimation très prudente, probablement inférieure de beaucoup à la véritable fréquence du phénomène.

Nous avons également effectué une analyse des caractéristiques socio-économiques des mères porteuses, des pères et de leurs femmes, sur la base des données fournies par les agences de Noel Keane. Globalement, les mères biologiques appartiennent à une classe sociale inférieure que les pères et leurs épouses. Rien ne nous autorise cependant à penser que c'est aussi le cas pour les personnes qui concluent des contrats informels. Nous ne disposons pas de renseignements suffisants pour faire des hypothèses sérieuses sur les caractéristiques socio-économiques de ces personnes.⁶³³

Abstraction faite de ses aspects contractuel⁶³⁴ et commercial, la maternité de substitution prête à de nombreuses controverses. D'une part, l'incertitude qui entoure ses répercussions sur les parties intéressées — notamment la femme porteuse et surtout l'enfant à naître — suscite des inquiétudes importantes quant aux risques psychologiques possibles⁶³⁵. Le fait que la femme porteuse soit une parente ou une amie de la famille paraît atténuer la répugnance que suscite cette technique chez certains, mais n'en supprime pas les effets pour autant. Les liens qui unissent les parties pourraient éventuellement compliquer encore davantage la situation. D'autre part, l'enfant peut également se voir exposé à des risques physiques importants si la femme porteuse, sachant qu'elle doit rendre l'enfant à la naissance, se montre négligente et ne prend pas les précautions nécessaires à la création d'un environnement sain, essentiel au développement normal du fœtus.

Mais au-delà de ces questions de sécurité, d'aucuns considèrent que le phénomène contrevient aux valeurs fondamentales de notre société, notamment la dignité humaine et la protection de la famille traditionnelle⁶³⁶. On soutient que le recours à une femme porteuse déshumanise la maternité, dévalorise la gestation⁶³⁷, porte atteinte au droit de l'enfant de ne pas être traité comme une chose pouvant faire l'objet d'un contrat. La conception intentionnelle d'un enfant dans le but de le rendre à une tierce personne à la naissance témoigne d'un manque de respect envers l'enfant à naître et la vie elle-même. Au nom de ces intérêts supérieurs, certains diront que les libertés individuelles devraient être limitées et la maternité de substitution prohibée sous toutes ses formes.

633. M. EICHLER et P. POOLE, *op. cit.*, note 534, pp. 55-56. Cette étude démontre très clairement, à tout le moins, qu'il s'agit d'un phénomène clandestin, extrêmement difficile à apprécier ; elle contient une série de tableaux fort intéressants, en appendice.

634. Nous avons vu au chapitre II que, dans l'état actuel du droit, l'aspect contractuel de la maternité de substitution déroge aux principes du droit des contrats et du droit de la famille ; voir *supra*, les rubriques « La légalité et la légitimité », p. 73 et « La force exécutoire du contrat de maternité de substitution », p. 93.

635. Ces arguments ont été exposés par la CRDO, *op. cit.*, note 2, p. 230. Voir également BARREAU DU QUÉBEC, *loc. cit.*, note 3, 28 et Rapport Warnock, *op. cit.*, note 425, pp. 73-74.

636. À titre d'exemple, voir BARREAU DU QUÉBEC, *loc. cit.*, note 3, 28 ; voir également A.M. CAPRON et M.J. RADIN, « Choosing Family Law over Contract Law as a Paradigm for Surrogate Motherhood » (1988), 16:1-2 *Law Med. Health Care* 34, 36-37.

637. J.-L. BAUDOIN et C. LABRUSSE-RIOU, *op. cit.*, note 214, p. 111 : « La gestation ne constitue plus ainsi une étape dans l'établissement d'une relation permanente mère-enfant. Elle devient une simple fonction temporaire de fabrication. Elle ne sert pas à la création d'un lien affectif, mais est utilisée comme simple support technique. » Voir BARREAU DU QUÉBEC, *loc. cit.*, note 3, 29.

Pour d'autres, les risques psychologiques, quoique sérieux, sont du domaine de la spéculation dans l'état actuel des connaissances sur la nature réelle du lien qui s'établit au cours de la gestation⁶³⁸. Cet aspect ne saurait donc motiver une interdiction. Les risques physiologiques, pour leur part, pourraient être réduits grâce à une surveillance médicale adéquate⁶³⁹ — éventuellement obligatoire — de la femme porteuse. En ce qui a trait aux risques pour l'institution de la famille, tous ne sont pas convaincus que l'intervention d'une femme porteuse représente une atteinte dommageable⁶⁴⁰.

Même si nous ne sommes pas en mesure d'apprécier les effets psychologiques de la maternité de substitution, nul n'est besoin de procéder à une étude exhaustive pour conclure que la prudence est ici de rigueur. Si la réglementation peut diminuer les risques physiologiques, elle suppose l'aval de l'État et la légitimation du contrat d'« enfement⁶⁴¹ ». Or, comme nous l'avons déjà souligné⁶⁴², ce contrat déroge à un principe fondamental du droit de la famille : la garde de l'enfant doit être décidée en fonction de l'intérêt véritable de celui-ci, et non de la volonté des parents exprimée dans un contrat.

Le principe de la dignité humaine nous amène à conclure que l'enfant ne peut faire l'objet d'un tel contrat et ne doit d'aucune façon être traité comme une chose⁶⁴³. Et ce principe devrait avoir préséance sur les libertés individuelles. Traiter l'enfant autrement risquerait de changer notre vision de l'humain. Il est important que le législateur intervienne à l'échelle nationale pour affirmer sans équivoque cette valeur fondamentale et pour décourager toute activité liée à la maternité de substitution⁶⁴⁴. Dans cette optique, l'entente de maternité de substitution ne devrait en aucun cas être reconnue en droit ; elle doit

638. Voir CRDO, *op. cit.*, note 2, p. 231.

639. *Ibid.*

640. *Id.*, p. 232. Voir également ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN, *op. cit.*, note 281, p. 28 : [TRADUCTION] « On n'a pas convaincu le Comité que la reconnaissance du contrat de maternité de substitution viendrait saper les bases de la structure familiale actuelle ».

641. Voir Rapport Warnock, *op. cit.*, note 425, pp. 75-77.

642. Voir *supra*, note 634.

643. Voir *supra*, pp. 47-48 et en particulier la note 213.

644. R. Alta CHARO, « Reproductive Technologies and Bioethics in the United States: Looking Back, Looking Ahead », dans Christian BYK, (dir.), *Procréation artificielle : Où en sont l'éthique et le droit ?*, Lyon, Lacassagne, 1989, p. 249, à la page 255 : [TRADUCTION] « En fait, à la suite de la controverse suscitée par l'affaire *Baby M*, la tendance législative aux États-Unis a semblé changer. De la relative réceptivité des premières lois de l'Arkansas, du Kansas et du Nevada, qui avaient eu pour effet de légitimer certaines parties de l'opération sans toutefois consacrer celle-ci ni reconnaître la validité du contrat, cette tendance est passée à l'interdiction. » THE NEW YORK STATE TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW, *Surrogate Parenting: Analysis and Recommendations for Public Policy*, New York, the Task Force, 1988, p. 127 :

[TRADUCTION]

Étant donné les risques qui menacent les enfants nés de la maternité de substitution, il est dans l'intérêt de ceux-ci de décourager cette technique.

Les membres du Groupe de travail ont beaucoup de sympathie pour les couples infertiles qui, dans bien des cas, éprouvent une vive sensation de vide et de détresse. Ils concluent néanmoins que la société ne devrait pas retenir la maternité de substitution comme solution. Cette technique risque de causer des problèmes et des malaises sociaux bien plus graves que ceux des couples infertiles qui cherchent à y recourir.

demeurer nulle de nullité absolue⁶⁴⁵. Cette conclusion est conforme aux principes du droit des contrats et du droit de la famille. L'intérêt de l'enfant doit demeurer la base décisionnelle en matière de garde, et la liberté contractuelle doit être limitée en conséquence⁶⁴⁶.

L'aspect commercial de l'entente de maternité de substitution pose à la société diverses questions. Pour certains, le « louage d'utérus » constitue un affront à la dignité et à l'intégrité de l'être humain⁶⁴⁷. D'autres évoquent la possibilité de l'exploitation des femmes moins favorisées par celles qui détiennent un certain pouvoir économique. Ce type d'entente est aussi perçu comme dégradant pour l'enfant qui est échangé contre une somme d'argent et réduit à un simple objet. Mettre une valeur vénale sur un enfant cause un préjudice non seulement à ce dernier mais aussi à la société. L'aspect commercial de la maternité de substitution constitue un outrage à une autre valeur fondamentale : l'être humain est hors du commerce⁶⁴⁸.

645. Au même effet, voir *infra*, annexe A, pp. 190-192, note 76 et le Tableau IV. L'Ontario (CRDO, *op. cit.*, note 2, p. 233) a cependant opté pour une réglementation du phénomène. L'ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN (*op. cit.*, note 281, p. 29) en vient aux conclusions suivantes :

[TRADUCTION]

Pour ce qui est du mode de réglementation, le Comité a envisagé la position recommandée par la Commission de réforme du droit de l'Ontario et portant établissement d'un mécanisme de sélection et d'autorisation judiciaire préalable, par opposition au mécanisme traditionnel de révision a posteriori. Le Comité a conclu que ce système serait trop lourd et risquerait de ne pas être suivi, même s'il était réglé par un texte législatif. On se trouverait à établir un système différent pour une forme particulière de procréation assistée, chose qui devrait être évitée à moins d'une raison majeure. Le fait que ces ententes visent délibérément la conception d'un enfant en vue de sa remise à une autre personne n'est pas une raison suffisante pour justifier l'élaboration d'un régime distinct. Le Comité a constaté que la plupart des pays qui ont légiféré sur ce sujet ont conservé la procédure traditionnelle de révision a posteriori.

Dans la mesure du possible, la maternité de substitution devrait être assimilée au modèle actuel de l'adoption.

En conséquence, l'Association du Barreau canadien recommande (*id.*, p. 30) [TRADUCTION] « de ne pas encourager la maternité de substitution, mais d'en favoriser l'exécution dans les rares cas où la femme porteuse accepte de remettre l'enfant et où elle a pu bénéficier de toute la protection possible. »

646. Voir *supra*, les rubriques « La légalité et la légitimité », p. 73, et « La force exécutoire du contrat de maternité de substitution », p. 93.

647. Voir Rapport Warnock, *op. cit.*, note 425, p. 73.

648. C'est d'ailleurs le parti adopté par la plupart des pays. Voir *infra*, annexe A, pp. 190-192 et le tableau IV. R. Alta CHARO, « Surrogate Parenting: Analysis and Recommendations for Public Policy » (1989), 10:1 *J. Leg. Med.* 251, 255 : [TRADUCTION] « Le rapport de l'OTA montre, documents à l'appui, que la maternité de substitution à titre onéreux a été dénoncée dans tous les rapports gouvernementaux du monde entier à l'exception de celui de la Commission de réforme du droit de l'Ontario. » Depuis, le National Bioethics Consultative Committee, en Australie, a publié, en avril 1990, son premier rapport sur le sujet de la maternité de substitution. THE NATIONAL BIOETHICS CONSULTATIVE COMMITTEE, *Surrogacy: Report 1*, Adelaïde, le Comité, 1990, p. 36.

[TRADUCTION]

6.4 En conséquence, le Comité recommande ce qui suit :

- a) La maternité de substitution ne devrait pas être entièrement prohibée.
- b) La maternité de substitution ne devrait pas être permise sans restriction.
- c) La maternité de substitution devrait être rigoureusement réglementée par une législation uniforme.
- d) La législation uniforme devrait prévoir notamment :
 - (i) que les contrats de maternité de substitution sont inexécutoires ;
 - (ii) des mécanismes de contrôle à l'égard des organismes ;
 - (iii) la limitation de la publicité.

Voir aussi THE NATIONAL BIOETHICS CONSULTATIVE COMMITTEE, *Discussion Paper on Surrogacy 2 — Implementation*, Adelaïde, le Comité, 1990.

Les libertés individuelles ont d'ailleurs souvent fait l'objet de restrictions en pareilles circonstances⁶⁴⁹. Les interdictions en matière d'adoption en sont des exemples. Les lois sur l'adoption et sur la protection de l'enfant prohibent en effet de façon expresse la vente d'enfant⁶⁵⁰. Toutefois, même si ces dispositions étaient applicables aux enfants nés de femmes porteuses, rappelons qu'à l'extérieur du contexte de l'adoption, un tel commerce risque d'échapper aux dispositions existantes⁶⁵¹. En effet, puisque ces dispositions ne s'appliquent que lorsque le but de l'opération est l'adoption de l'enfant⁶⁵², si aucune procédure d'adoption n'est engagée en vue d'établir la filiation⁶⁵³, personne ne peut être traduit en justice. De plus, même lorsqu'il y a adoption, si l'opération à titre onéreux qui l'a précédée n'est pas portée à l'attention du tribunal, elle restera impunie.

L'interdiction de la vente d'êtres humains est une valeur fondamentale qui fait l'objet d'un consensus et que le législateur doit prendre en considération. C'est à ce dernier qu'il incombe d'intervenir afin d'exprimer sans équivoque la position et les valeurs de la société à un moment donné au sujet d'une question aussi fondamentale.

L'argument selon lequel il ne s'agit pas d'une vente d'enfant mais de la rémunération d'un service est peu convaincant puisque l'opération a pour but la remise de l'enfant. Contrairement à l'adoption, l'enfant est ici conçu dans le but précis d'être remis en échange d'une somme d'argent. Et rappelons que le paiement va très souvent au-delà des frais

649. Même les tenants de la protection du droit de procréer sont généralement d'avis qu'une telle protection ne s'étend pas à l'aspect commercial. Voir à titre d'exemple, R.A. CHARO, *loc. cit.*, note 313, 108 :

[TRADUCTION]

L'interdiction de la commercialité ne vise que le droit de rémunérer la maternité de substitution, et non celui de procréer. Et comme la décision de devenir femme porteuse est souvent motivée, aux dires des femmes qui ont pris cette décision, par des considérations non pécuniaires, comme le désir d'aider autrui, il y a lieu de maintenir l'interdiction de la commercialité. Il s'agit en effet d'une expression raisonnable de l'intérêt de l'État qui ne porte pas une atteinte abusive au droit de procréer. Cette position est d'ailleurs partagée par au moins deux tribunaux de l'État.

Rappelons que dans la décision *Baby M* (précitée, note 305), même si la Cour suprême du New Jersey a donné la garde de l'enfant au père de l'enfant et des droits de visite à la femme porteuse, la Cour a également décidé :

[TRADUCTION]

Nous tenons le contrat de maternité de substitution pour invalide parce qu'il contrevient au droit et aux objectifs publics de l'État. Nous comprenons la grande détresse des couples infertiles qui ne pourront mettre au monde leurs propres enfants, mais le versement d'une rémunération à une « femme porteuse » nous paraît illégal, voire criminel, et éventuellement dégradant pour la femme [p. 1234]. [...] Il s'agit ici de la vente d'un enfant ou, à tout le moins, de la vente des droits de la mère sur son enfant, la seule circonstance atténuante étant que l'un des acheteurs est aussi le père de l'enfant. Les risques d'abus qui ont amené le législateur à interdire les paiements en matière d'adoption sont presque tous présents ici [p. 1248]. [...] En somme, les effets néfastes de cette entente de maternité de substitution nous semblent par trop évidents. Au New Jersey, l'engagement de la femme porteuse à vendre son enfant est nul. Son irrévocabilité vicie l'ensemble du contrat, tout comme la contrepartie en argent qui doit servir à acheter l'enfant [p. 1250].

Voir également *Doe c. Kelley*, précité, note 313.

650. Voir *supra*, p. 74 et suiv. ainsi que la note 312.

651. Voir *supra*, p. 75.

652. À l'exception du Manitoba, voir *supra*, note 314.

653. Voir le texte sous la rubrique « La filiation juridique », *supra*, p. 76.

engagés. De plus, le rôle joué par les intermédiaires et les honoraires qui leur sont versés mettent en évidence l'aspect commercial de l'opération. Même s'il ne s'agissait pas d'une vente d'enfant, le résultat s'y apparente trop pour être traité différemment. La commercialisation de la maternité de substitution (rémunération de la femme porteuse et des intermédiaires) devrait être expressément prohibée. Cette recommandation s'inscrit dans la logique des prohibitions qui existent en matière d'adoption et de protection de l'enfance⁶⁵⁴. Compte tenu de la nature de la prohibition en cause et de la nécessité d'une intervention uniforme, la Commission considère que le *Code criminel* pourrait être l'outil adéquat⁶⁵⁵.

Cela dit, si l'aspect commercial de la maternité de substitution doit faire l'objet d'une prohibition, ce serait, de l'avis de la Commission, faire preuve d'une très grande sévérité que de jeter l'opprobre de la criminalité sur le couple infertile, déjà aux prises avec l'angoisse de l'infécondité, et à la femme porteuse qui leur vient en aide. Et il y a gros à parier que les couples, qui ne cherchent en somme qu'à réaliser un désir légitime, ne s'en trouveront pas dissuadés pour autant. La prohibition pénale risquerait de repousser le phénomène dans la clandestinité totale, avec les risques que cela comporte⁶⁵⁶. En effet, la clandestinité engendre l'irresponsabilité en rendant presque impossible, par peur des représailles, le recours aux tribunaux. L'enfant pourrait alors être exposé à des risques tant physiologiques que psychologiques. L'application sans discernement d'une prohibition pénale aux premiers intéressés (la femme porteuse, son conjoint et les parents sociaux) risque donc de faire plus de tort que de bien. Même si leur conduite est répréhensible, nous ne sommes pas convaincus qu'il convienne de leur infliger des sanctions criminelles. Une prohibition aveugle ne saurait en réalité apporter une contribution suffisante à la résolution du problème, ni se justifier au regard des principes du droit pénal⁶⁵⁷. En tout état de cause, elle n'est certainement pas dans l'intérêt de l'enfant : à qui, en effet, en confiera-t-on la garde une fois que ses parents auront été poursuivis, reconnus coupables et éventuellement emprisonnés ?

Afin d'atteindre plus efficacement le but poursuivi (éviter que ne se crée un trafic d'enfants et décourager quiconque à cet égard), la Commission est d'avis qu'il y a lieu d'insérer au *Code criminel* une prohibition visant l'activité des intermédiaires rémunérés. Puisque ce sont ces intermédiaires qui favorisent l'émergence d'un trafic d'enfants, le fait de décourager ce genre d'activité contribuerait grandement à éviter la commercialisation de la maternité de substitution. D'autre part, en soustrayant les premiers intéressés à

654. Voir *supra*, les rubriques « La commercialité », p. 74 et « La force exécutoire du contrat de maternité », p. 93. Rappelons toutefois que, sous certaines conditions, l'Ontario et la Colombie-Britannique permettent certains paiements en matière d'adoption. En Colombie-Britannique, par exemple, un paiement serait possible s'il est autorisé par la cour ; voir *Adoption Act*, précité, note 312, art. 15.1. Pour l'Ontario, voir *Loi de 1984 sur les services à l'enfance et à la famille*, précitée, note 312.

655. *Notre droit pénal*, *op. cit.*, note 584. Rappelons que la portée des dispositions existantes du *Code criminel* est insuffisante ; voir *supra*, p. 76.

656. Sur les obstacles à l'efficacité d'une intervention du législateur, voir R.L. KIDDER, *op. cit.*, note 9, p. 112 et suiv., à la p. 117 : [TRADUCTION] « [L]es modifications soudaines du droit n'ont pas toujours l'effet souhaité par les tribunaux ou le législateur [...] Il arrive qu'un texte de loi adopté dans un but précis ait des effets secondaires imprévus ou que le résultat soit diamétralement opposé au but visé. » Concernant la modification de l'effet d'une loi par ceux qui y sont visés, voir plus particulièrement *id.*, pp. 136-137.

657. Voir *Notre droit pénal*, *op. cit.*, note 584, p. 34.

l'application de la prohibition, on se trouvera à encourager la dénonciation des intermédiaires. Dans ces conditions, l'effet de dissuasion devrait être important, puisque les intermédiaires auront trop à risquer, la loi du silence ne leur étant alors d'aucun secours. En effet, en s'engageant dans cette activité, l'intermédiaire s'exposera à être découvert, puis poursuivi, dans de nombreuses situations : par exemple, si la femme porteuse se comporte de façon fautive pendant la grossesse, si elle refuse de remettre l'enfant à la naissance, si les parents sociaux refusent l'enfant, etc.

C'est un objectif louable que de vouloir empêcher la mercantilisation de la maternité de substitution et, pour ce faire, une intervention législative est nécessaire. Mais l'on doit cependant tenir compte de l'effet réel d'une telle intervention et d'autres facteurs tout aussi importants tels que la sécurité de l'enfant. L'interdiction absolue de la maternité de substitution pourrait donner la fausse impression que le problème est résolu. Nous croyons qu'il est plus réaliste et efficace de réprimer seulement l'activité des intermédiaires rémunérés que de tenter de prévenir la conclusion de toute entente entre particuliers à ce sujet. Ce faisant, le Canada se trouverait à emboîter le pas à la grande majorité des pays qui ont pris position sur la question⁶⁵⁸.

RECOMMANDATION

4. Le contrat de maternité de substitution doit demeurer nul de nullité absolue. De plus, le fait d'agir comme intermédiaire rémunéré dans la conclusion d'un tel contrat devrait constituer une infraction criminelle.

La recommandation qui précède n'a toutefois pas fait l'unanimité chez les commissaires. Suivant la position minoritaire, il est à la fois inutile et malavisé d'incriminer seulement la rémunération d'un intermédiaire dans le cadre d'un contrat de maternité de substitution. Aussi, l'une ou l'autre des solutions de rechange proposées leur paraît-elle encore préférable à la position adoptée par la majorité.

Le but de la prohibition pénale envisagée est de réprimer le commerce de l'être humain. Pour la majorité des commissaires, en effet, la maternité de substitution à titre onéreux revient à une forme de trafic d'enfants et devrait être interdite. Pourtant, la situation n'est pas vraiment différente de celle où des gens se livrent au commerce d'enfants déjà nés. Et les angoisses de l'infertilité et de la grossesse n'atténuent en rien le caractère répréhensible

658. R.A. CHARO, *loc. cit.*, note 313, 108 ; voir à titre d'exemple, le *Surrogacy Arrangements Act 1985* (précité, note 425), qui interdit la maternité de substitution à titre onéreux, et criminalise l'activité des agences spécialisées ou autres intermédiaires. La loi n'interdit pas de façon absolue les paiements à la femme porteuse. Le Rapport Warnock, *op. cit.*, note 425, pp. 75-77, prévoit des sanctions contre les intermédiaires et professionnels qui opèrent soit à titre onéreux, soit à titre gratuit. Le White Paper du Royaume-Uni énonce cependant une opinion contraire, DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, *Human Fertilisation and Embryology: A Framework for Legislation*, Londres, HMSO, 1987, par. 73, p. 12 : [TRADUCTION] « Néanmoins, le gouvernement ne croit pas qu'il soit opportun, ni nécessairement dans l'intérêt véritable de l'enfant, d'incriminer la maternité de substitution — si ce n'est l'activité d'organismes à but lucratif. Le projet de loi n'ajoutera pas aux sanctions prévues par la loi de 1985. » Pour plus de détails, voir *infra*, annexe A, pp. 190-192 ainsi que le tableau IV.

de l'opération. Certes, ces circonstances peuvent justifier que l'on fasse preuve de clémence au moment de la détermination de la peine ; elles ne sauraient en revanche servir à soustraire les parents sociaux et la femme porteuse à la responsabilité pénale. Si l'on doit considérer cette pratique comme suffisamment condamnable pour justifier la sanction du droit pénal, en toute logique, aucune des parties à l'entente ne devrait y échapper.

Quoi qu'il en soit, toujours selon la minorité, le refus de reconnaître la moindre force exécutoire au contrat ferait beaucoup plus pour enrayer la maternité de substitution qu'une prohibition pénale. Le contrat devrait dans tous les cas être tenu pour contraire à l'ordre public et, partant, pour nul et non avenu. Cette solution emporte deux conséquences. En premier lieu, l'enfant conçu en application du contrat serait présumé être l'enfant naturel de la femme qui l'a porté. Les parents sociaux n'auraient donc aucun recours pour forcer celle-ci à leur remettre l'enfant. En second lieu, l'intermédiaire ne pourrait réclamer de rétribution pour les services qu'il a fournis ; il pourrait éventuellement être contraint de remettre la rémunération qui lui aurait été versée. Devant une situation juridique aussi aléatoire, on peut penser que la plupart des gens hésiteront à s'engager dans une entente semblable, surtout lorsqu'un paiement est en jeu. Un tel régime, étayé d'infractions de nature réglementaire comportant des amendes sévères ou d'autres types de peine, réussirait sans doute à dissuader qui que ce soit de recourir à la maternité de substitution à titre onéreux.

D. L'autorité sur les gamètes et les embryons

La question des droits pouvant s'exercer sur les produits génétiques et de leurs limites pose des problèmes tant sur le plan de l'application des lois et des principes du droit existant que sur celui du respect des valeurs et principes fondamentaux de notre société, notamment les libertés individuelles et la dignité humaine⁶⁵⁹.

Les remarques qui suivent devraient être lues à la lumière du fait que les techniques de procréation médicalement assistée ne sont pas encore assez avancées pour éviter la création d'embryons surnuméraires. À long terme, on ne peut que souhaiter la disparition de ce problème. Pour le moment, il nous semble peu réaliste de refuser, au nom de principes moraux ou éthiques, de tenir compte de cette réalité⁶⁶⁰.

L'incertitude quant au sort des gamètes et embryons congelés lorsque, par exemple, un couple divorce ou lorsqu'un conflit survient (que ce soit entre les conjoints ou entre la banque et ses clients), et quant à la nature de l'autorité qu'exerce le géniteur sur ses gamètes et les embryons qui en sont issus est source de conflits juridiques pour lesquels le droit actuel n'a pas de solution. Qui peut en disposer, en vertu de quoi et dans quelles limites ? Existe-t-il des limites à l'utilisation qui peut en être faite ? La jurisprudence récente⁶⁶¹ nous enseigne que les tribunaux sont très embarrassés lorsqu'il s'agit de statuer sur le sort des gamètes et des embryons congelés dans ces circonstances. Et les décisions rendues témoignent également des difficultés et des risques qui surgissent lorsque la

659. Voir CONSEIL DE L'EUROPE, *op. cit.*, note 610, p. 11.

660. Voir à ce sujet, *supra*, pp. 132-133.

661. Voir *supra*, notes 206-208.

résolution de tels conflits est abandonnée entièrement au système judiciaire. Dans l'affaire *Parpalax*⁶⁶², par exemple, la question centrale, soit l'utilisation posthume des gamètes, a été éludée. Par ailleurs, la décision du juge de première instance dans l'affaire américaine *Davis*⁶⁶³ illustre les dangers de l'absolutisme lorsqu'il s'agit du statut de l'embryon. Enfin, la nécessité pour un couple de s'adresser aux tribunaux afin de pouvoir disposer de leurs embryons aux fins de procréation est difficile à accepter⁶⁶⁴. La question de l'autorité sur les gamètes et les embryons soulève donc des difficultés qui réclament une solution. Quel doit être le régime juridique applicable ?

1. L'embryon

La nature de l'embryon rend difficile la qualification de son statut (bien ou personne) ainsi que la détermination de son appartenance au domaine privé du droit des biens ou au domaine public du droit des personnes (dont on ne peut disposer)⁶⁶⁵. Devant cette impasse, comment résoudre le problème de l'autorité sur l'embryon ?

Différentes solutions s'offrent au législateur : créer une catégorie pour l'embryon qui pourrait se situer entre les choses et les personnes, adopter des règles de droit qui emprunteraient de ces deux catégories⁶⁶⁶, confier cette question à l'application des règles du droit des biens⁶⁶⁷, prévoir à l'avance la solution des conflits éventuels (don à des tiers, destruction ou expérimentation) au moyen de la réglementation des banques⁶⁶⁸ ou, enfin,

662. Précitée, note 206.

663. Précitée, note 207, 2. Rappelons cet extrait des motifs du juge W. Dale Young : [TRADUCTION] « (7) La vie humaine commence dès la conception. (8) M. et M^{me} Davis ont conçu in vitro des êtres humains appelés à devenir leurs enfants. » Pour une critique de cette décision, voir E. SHUSTER, *loc. cit.*, note 627, 976 et suiv.

664. *York c. Jones Institute*, précité, note 208. Voir *supra*, note 221.

665. Voir B. KEATING, *op. cit.*, note 620.

666. Catherine LABRUSSE-RIOU, « Réflexions terminales », dans Raphaël DRAÏ et Michèle HARICHAUX (dir.), *Bioéthique et droit*, Paris, P.U.F., 1988, p. 269, à la page 275 : « Il importe que le droit positif préserve ses catégories de "personne" opposée à "chose", ou la notion d'identité civile définie par la catégorie "état de la personne" dont on ne dispose pas ; mais à l'intérieur de ces catégories, il faudrait être imaginatif pour trouver des règles qui, elles, peuvent évoluer, pour régir ces situations nouvelles auxquelles nous sommes confrontés. » La Louisiane reconnaît à l'ovule fécondé le statut de « personne juridique » jusqu'à ce qu'il soit implanté dans l'utérus. En tant que « personne juridique », l'ovule fécondé ne peut donc être considéré comme un bien et pourrait intenter une poursuite ou être poursuivi. Les donneurs de gamètes sont considérés comme ses parents ; à défaut, la clinique médicale est désignée tutrice de l'embryon. De cette qualification découle l'interdiction de détruire un embryon in vitro qui a le potentiel de se développer normalement. Bien qu'il ait la « personnalité juridique » avant son implantation, l'embryon n'acquiert de droits successoraux qu'à sa naissance et ceux-ci seront reliés aux parents « naturels » ou adoptifs (voir *infra*, annexe A, p. 192). En France, le Comité national d'éthique a caractérisé l'embryon humain par le qualificatif de « personne potentielle », relevant donc du droit des personnes et non des biens. Voir à ce sujet C. LABRUSSE-RIOU, *id.*, p. 273 ; B.M. KNOPPERS, *loc. cit.*, note 225, 343 et suiv. L'auteur souligne que des recommandations provenant de commissions de réforme du droit (américaines, européennes et du Commonwealth) se dégagent un consensus sur le besoin de protéger le matériel génétique sans nécessairement lui accorder la personnalité juridique.

667. La volonté des « propriétaires » serait déterminante. Les ententes ainsi signées devraient être respectées par la législation sur le divorce et le droit des successions. Il serait également possible de faire du contrat de dépôt un contrat d'adhésion.

668. Voir CONSEIL D'ÉTAT, *Avant-Projet de Loi sur les sciences de la vie et les droits de l'Homme*, 1989, art. 10, p. 58 [non publié] ; voir aussi *infra*, annexe A, p. 193. En cas de mort, divorce ou séparation, les gamètes seraient détruits.

s'abstenir d'intervenir sur le fond tout en s'assurant que, au moment de donner leur consentement, les titulaires de l'autorité ont prévu le sort des embryons dans le cas où se réaliseraient certaines situations précises⁶⁶⁹.

S'il va de soi que laisser la détermination du sort de l'embryon au droit des biens est tout à fait contraire à l'éthique⁶⁷⁰, il paraît à tout le moins prématuré de suggérer au législateur de créer une nouvelle catégorie juridique pour ces sources de vie potentielles. Il lui incombe toutefois d'élaborer des règles juridiques particulières qui, tout en permettant aux débats éthiques de se poursuivre⁶⁷¹, assureront la protection de l'embryon. Ces règles juridiques pourraient s'articuler autour du consentement écrit et signé par les géniteurs avant la conception⁶⁷².

Le consentement donné par écrit avant la conception permet au titulaire de l'autorité sur les embryons qui seront conçus d'exprimer sa volonté à l'égard de ceux-ci et de leur conception. Il est par ailleurs important que les choix posés puissent, avant l'utilisation des embryons aux fins prévues, être modifiés⁶⁷³. Il est aussi évident que, lorsque l'autorité est partagée par un couple, toute modification devrait faire l'objet d'un commun accord.

RECOMMANDATION

5. (1) Avant la conception d'un embryon en vue d'un usage personnel futur, le ou les titulaires éventuels de l'autorité sur l'embryon devraient être tenus d'exprimer par écrit leur volonté quant au sort de l'embryon dans les cas suivants, notamment : décès du titulaire de l'autorité, abandon du projet parental, expiration du délai de congélation, divorce ou conflit entre les titulaires de l'autorité. Le titulaire de l'autorité sur un embryon devrait pouvoir, par écrit, modifier l'expression de sa volonté quant au sort de l'embryon tant que celui-ci n'a pas été utilisé aux fins prévues ; dans le cas où l'autorité serait partagée, toute modification devrait se faire d'un commun accord.

Mais à qui revient l'autorité sur l'embryon ? En principe, elle devrait être fonction à la fois de la contribution génétique et de l'intention des parties, mais que faire lorsque ces deux éléments entrent en conflit ?

Lorsque l'embryon est le produit génétique du couple, les deux partenaires ont des droits égaux qui sont supérieurs à ceux que pourrait avoir la banque ou la clinique qui a la possession de l'embryon. Ainsi, les embryons issus des gamètes du couple devraient

669. Le choix possible quant au sort des embryons sera évidemment limité par l'utilisation que peuvent en faire les titulaires de l'autorité sur ceux-ci (expiration du délai de congélation, divorce, etc.) ; voir *infra*, rec. 5(3).

670. Suivant une recommandation antérieure de la CRD (*L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, *op. cit.*, note 7, p. 54), le droit ne doit jamais traiter l'embryon ni le fœtus comme de simples objets.

671. Sur toute cette importante question du statut de l'embryon, voir B. KEATING, *op. cit.*, note 620.

672. Voir E. SHUSTER, *loc. cit.*, note 627, 977. Voir également John A. ROBERTSON, « Prior Agreements for Disposition of Frozen Embryos » (1990), 51 *Ohio St. L.J.* 407.

673. Voir *supra*, pp. 57-58.

être sous l'autorité conjointe des partenaires qui auraient le pouvoir exclusif de déterminer le sort des embryons surnuméraires et des embryons congelés. L'implantation éventuelle serait donc conditionnée par l'assentiment du couple. Par conséquent, la clinique et la banque n'auraient aucun droit de retenir les embryons, ni de contrevenir de quelque façon à la volonté du couple. Elles n'auraient que les droits qui leur auraient été expressément délégués.

Dans l'hypothèse où l'embryon est en partie le produit du don d'un tiers, il est évident que le donneur ne peut prétendre à des droits sur l'embryon⁶⁷⁴. On peut en revanche s'interroger sur la situation du conjoint qui n'a aucun lien génétique avec l'embryon. Si la volonté de chaque partie doit être considérée, le lien génétique vient toutefois investir le conjoint dont on a utilisé les gamètes d'un intérêt supérieur à celui de l'autre conjoint. En cas de conflit quant au sort de l'embryon, la volonté du conjoint géniteur doit prévaloir.

Dans le cas où l'embryon a été conçu grâce à deux gamètes donnés (c'est-à-dire lorsque l'embryon n'est génétiquement lié à aucun des futurs parents), l'autorité sur cet embryon serait dévolue à la banque ou la clinique qui en a la possession.

RECOMMANDATION

5. (2) L'autorité sur l'embryon issu des gamètes d'un couple devrait être exercée conjointement par les partenaires. L'autorité sur l'embryon issu des gamètes d'un seul des partenaires d'un couple et d'un donneur devrait être exercée exclusivement par le conjoint lié génétiquement à l'embryon. L'autorité sur l'embryon issu des gamètes de deux donneurs devrait être exercée par la banque ou la clinique qui en a la possession.

Quelles sont les limites de l'autorité qui peut s'exercer sur l'embryon ? Quels sont les choix que peuvent faire les titulaires de cette autorité quant au sort de l'embryon ? Existe-t-il un intérêt supérieur justifiant la limitation des décisions que peut prendre un couple quant à la façon de disposer de l'embryon ? La Commission s'est déjà prononcée sur la meilleure façon de disposer des embryons surnuméraires : à leur destruction pure et simple, elle préfère le don aux fins d'implantation et, à défaut, d'expérimentation. Aucune solution n'est parfaite : à ceux qui s'opposent au don au nom d'un projet parental, on peut rétorquer que la destruction peut être tout aussi inacceptable. Mais que faire alors ?

Il convient ici de réitérer la position que nous avons déjà prise : le titulaire de l'autorité peut soit donner ses embryons aux fins d'implantation, soit permettre à la science de les utiliser à l'intérieur des limites déjà énoncées, soit réclamer leur destruction⁶⁷⁵. Cela

674. Nous reviendrons plus loin sur les droits du donneur sur ses gamètes.

675. *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, op. cit., note 7, p. 57. J.A. ROBERTSON, loc. cit., note 220, 10 : [TRADUCTION] « Il se dégage des travaux du Ethics Advisory Board, du Comité Warnock, de l'American Fertility Society et de la plupart des commissions d'éthique qui ont étudié la question dans le monde entier, un consensus suivant lequel il est possible de faire preuve d'un respect particulier pour l'embryon sans pour autant le traiter comme une personne ni interdire au couple de s'opposer à son transfert. » Voir également J.A. ROBERTSON, *id.*, 10, n. 15.

revient à dire que les choix des titulaires de l'autorité sur l'embryon quant à l'utilisation de celui-ci se limitent à l'implantation, à l'expérimentation et à la destruction⁶⁷⁶.

RECOMMANDATION

5. (3) L'utilisation de l'embryon devrait être limitée à l'implantation, à l'expérimentation et à la destruction ; à l'échéance du délai de congélation, toutefois, l'implantation devrait être prohibée.

Dans le cas où le titulaire de l'autorité sur un embryon déciderait d'en faire don, il devrait exprimer par écrit les conditions auxquelles il souhaite assortir le don, c'est-à-dire les conditions liées à l'utilisation qui pourra être faite de l'embryon⁶⁷⁷. Il est également important qu'il puisse modifier ces conditions ou encore retirer son consentement en tout temps avant l'utilisation de l'embryon⁶⁷⁸.

RECOMMANDATION

5. (4) Le titulaire de l'autorité sur un embryon qui décide de donner celui-ci devrait être tenu, avant l'exécution du don, de faire une déclaration écrite exprimant son consentement au don et énumérant les conditions auxquelles celui-ci est assujéti quant à l'utilisation de l'embryon. Il devrait aussi pouvoir, au moyen d'une déclaration écrite, modifier ces conditions ou retirer son consentement en tout temps avant l'utilisation de l'embryon donné ; dans le cas où l'autorité serait partagée, toute modification devrait se faire d'un commun accord.

2. Les gamètes

Devons-nous traiter les gamètes différemment d'un simple bien matériel ? Cette question doit être abordée dans le cadre d'une réflexion plus générale sur le régime juridique à appliquer au corps humain, à ses parties et à ses substances⁶⁷⁹. La finalité procréative du matériel génétique rend encore plus évidente la nécessité d'une telle interrogation. S'il

676. Voir également à ce sujet E. SHUSTER, *loc. cit.*, note 627, 977.

677. Voir *supra*, p. 57.

678. Voir *supra*, pp. 57-58. Les conditions possibles seront limitées en fonction de l'utilisation permise de l'embryon par les titulaires de l'autorité ; voir rec. 5(3).

679. M.-A. HERMITTE, *loc. cit.*, note 211, 325. Entre la personne et la chose, Hermitte suggère que le corps humain, ses parties et substances, s'inscrivent dans la catégorie de la « chose d'origine humaine et à finalité humaine ». J.-C. GALLOUX, *loc. cit.*, note 623, 3-4, 31, par contre, exclut la possibilité de créer une catégorie autre que celle des choses et des personnes :

La division du monde juridique en deux séries distinctes, les choses et les personnes, relève de l'expérience première ; sans elle le droit ne pourrait se concevoir. Cette « Summa divisio » du droit emporte deux corollaires : les catégories de la réalité juridique sont spécifiques et

va de soi que les gamètes ne peuvent être considérés comme des personnes, les qualifier de choses revient à faire abstraction de leur nature.

Comme nous l'avons vu⁶⁸⁰, la spécificité biologique du spermatozoïde et de l'ovocyte a amené la Commission à conclure que les gamètes et les embryons ne peuvent être considérés ni comme de simples cellules, ni comme de simples tissus⁶⁸¹. Sources virtuelles de nouvelles vies humaines, les gamètes doivent bénéficier d'un traitement qui s'apparente à celui qui est accordé à l'embryon.

L'autorité sur les gamètes pourrait appartenir au domaine privé, sans toutefois qu'on applique le régime juridique réservé aux choses, et s'exercer par l'expression de la volonté du géniteur. L'expression écrite de cette volonté permettrait à la personne qui dépose ses gamètes en vue de son propre usage d'affirmer ses droits et de prévoir les mesures à prendre lorsque, par exemple, elle renonce à utiliser les gamètes qu'elle a déposés ou que le délai de conservation est écoulé. D'autre part, le formulaire de consentement permettrait au donneur d'assujettir à des conditions l'utilisation de ses gamètes, et de retirer son consentement avant l'utilisation.

RECOMMANDATION

6. (1) L'autorité sur les gamètes devrait être attribuée au géniteur.

exclusives. Elles sont spécifiques dans la mesure où elles dénotent des existants d'essence ou de nature particulière, et elles sont contradictoires : un existant ne peut être à la fois chose et personne et le passage d'une catégorie à l'autre ne se conçoit qu'à moins d'enlever toute permanence à l'essence de ces êtres, ce que le droit n'admet pas. Elles sont exclusives en ce sens que le droit n'offre aucune place à une catégorie tierce : ce n'est là que l'application traditionnelle du principe du tiers exclu que notre système juridique reprend. [...]

Le matériel génétique, quelle que soit son origine animale, végétale ou humaine, et à quelque niveau qu'on l'appréhende, matériel ou informationnel, est une chose. Cette solution rend l'analyse des problèmes juridiques posés par la génétique cohérente au savoir scientifique, et cohérente à notre système de droit fondé sur des catégories spécifiques. Elle confirme la nature fondamentalement métabiologique et non conventionnelle de la personne. Attribuer une nature personnelle au matériel génétique humain revient à rompre l'unité fondamentale du vivant, et à donner de la personne et des choses une définition circonstancielle dont l'incorporation serait le critère. Cette démarche peu rationnelle ouvre à un danger d'arbitraire dans le droit. Elle livre enfin la personne à un réductionnisme biologique, conséquence inévitable de la négation de sa dimension métaphysique.

La qualification réelle n'implique aucune dévalorisation du vivant. Elle n'implique pas plus son appropriation ou son commerce : les catégories fondamentales de la chose commune et des choses hors du commerce nous le rappellent. Elle ne nie pas la valeur du matériel génétique et du corps humain. Elle consacre plutôt l'idée que la valeur s'apprécie non dans la nature de la chose, mais en relation avec l'intimité et la nécessité du lien qui unit la chose à la personne. C'est donc au stade du régime juridique de ces « choses génétiques » que le droit devra promouvoir la défense du vivant et la protection de la dignité de l'homme.

Galloux utilise toutefois les notions d'extra-commercialité et d'affectation afin de limiter le commerce juridique (actes juridiques ayant pour but de créer, modifier ou éteindre des droits) des produits du corps. Voir à ce sujet, J.-C. GALLOUX, *loc. cit.*, note 212.

680. Voir *supra*, p. 133.

681. *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, *op. cit.*, note 7, p. 59.

(2) La personne qui dépose ses gamètes en vue d'un usage personnel futur devrait être tenue, avant le dépôt, d'exprimer par écrit sa volonté quant au sort des gamètes dans les cas suivants, notamment : décès du titulaire de l'autorité, abandon du projet parental et expiration du délai de congélation. Le déposant devrait pouvoir, au moyen d'une déclaration écrite, modifier l'expression de sa volonté quant au sort de ses gamètes avant la conception d'embryons ou l'utilisation à laquelle les gamètes étaient destinés.

Dans le cas où le géniteur ferait don de ses gamètes, il devrait exprimer par écrit les conditions auxquelles il souhaite assujettir le don, quant à l'utilisation qui pourra être faite des gamètes⁶⁸². Il est également important qu'il puisse modifier ces conditions ou encore retirer son consentement⁶⁸³.

RECOMMANDATION

6. (3) La personne qui fait don de ses gamètes devrait être tenue avant l'exécution du don, de faire une déclaration écrite exprimant son consentement au don et énumérant les conditions auxquelles celui-ci est assujéti quant à l'utilisation des gamètes. Le donneur devrait pouvoir, par écrit, modifier ces conditions ou retirer son consentement en tout temps avant la conception d'embryons ou l'utilisation des gamètes donnés.

(4) L'utilisation des gamètes devrait être limitée à la fécondation, à l'expérimentation et à la destruction ; à l'échéance du délai de congélation, toutefois, la fécondation devrait être prohibée.

3. L'utilisation posthume des gamètes et des embryons

Devons-nous restreindre l'utilisation des gamètes et des embryons après la mort de leurs géniteurs ou de l'un des partenaires ? Devons-nous interdire leur utilisation par le survivant ? La définition de la famille devrait-elle s'étendre à la procréation posthume ? Nous retrouvons ici toute la question de la limitation des libertés individuelles et de la force des contrats.

La réponse à ces questions peut dépendre de la politique adoptée en matière d'accès à la procréation médicalement assistée. Opter pour la protection de la famille biparentale reviendrait à imposer une limite au consensualisme. Cependant, à défaut d'adopter une politique visant la protection de la famille biparentale, devons-nous nécessairement permettre la remise au conjoint survivant ? Certains prétendraient que les problèmes psychologiques qui peuvent en résulter, tant pour le conjoint survivant que pour l'enfant à naître, sèment le doute quant à l'opportunité de respecter à ce point la liberté consensuelle

682. Voir *supra*, p. 57. Les choix possibles quant au sort des gamètes seront évidemment limités à l'utilisation que peut en faire le titulaire de l'autorité ; voir rec. 6(4). Concernant le délai de congélation, voir rec. 12(2).

683. Voir *supra*, pp. 57-58.

et devraient nous inciter à la prudence. Pour cette raison et compte tenu de la nature même du projet parental, les choix s'offrant à l'exercice de l'autorité sur les gamètes et les embryons en cas de décès d'un géniteur devraient être limités comme suit : don aveugle, expérimentation ou destruction⁶⁸⁴.

Cela dit, d'autres pourront arguer de la nouveauté du phénomène pour soutenir qu'il est difficile de motiver adéquatement une restriction à la liberté à cet égard. Pour sa part, la Commission est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'interdire la remise des gamètes ou des embryons au partenaire survivant à la mort d'un géniteur. Des dispositions en matière de filiation et de successions devront donc être prévues à cet effet⁶⁸⁵.

Le lecteur aura compris que les solutions proposées dans nos recommandations sur l'autorité s'exerçant sur les gamètes et les embryons font appel à l'exercice des compétences provinciales. Si la Commission a tenu à faire connaître sa position, c'est qu'il lui paraît essentiel d'uniformiser les règles de droit qui devront aider à la résolution des conflits.

E. La filiation

1. Le don de gamètes et d'embryon

La filiation de l'enfant conçu grâce à la procréatique soulève la question de l'application éventuelle, par nos tribunaux, des règles et des principes du droit actuel. Nous avons vu que, face à certaines situations nouvelles rendues possibles par la procréation médicalement assistée, les règles actuelles de la filiation juridique sont insuffisantes et leurs applications, imprévisibles en cas de conflit⁶⁸⁶.

Parmi les principaux problèmes soulevés en matière de don de gamètes et d'embryon, nous avons souligné : l'attribution des responsabilités découlant de la paternité à un donneur qui n'a aucunement l'intention d'être père ; le désaveu d'un enfant dont on a voulu la conception ; la possibilité d'une contestation de paternité par un tiers ou le géniteur, et

684. Par exemple, le CONSEIL DE L'EUROPE (*op. cit.*, note 610, p. 39) ne permet pas l'utilisation posthume des gamètes, eu égard au bien-être de l'enfant et risque de dissociation de l'unité familiale. Le BARREAU DE QUÉBEC (*loc. cit.*, note 3, 24 et suiv.) recommande également de la prohiber car elle aurait pour effet de mettre délibérément au monde un orphelin et risque de créer des dommages psychologiques graves au moment où la situation est révélée. La France l'interdit au nom de la biparentalité. Voir *infra*, annexe A, p. 197 et plus particulièrement la note 135.

685. En Angleterre, par exemple, l'utilisation posthume des gamètes par le conjoint survivant n'est ni interdite ni encouragée. Les partenaires devront, au moment de consentir à la conservation de leurs gamètes ou embryons, prévoir leur disposition en cas de décès. À défaut de mention particulière à cet effet, l'embryon ne sera pas conservé. Avant l'implantation, le partenaire survivant devra recevoir des services de consultation. L'Australie a choisi de ne pas réglementer ni d'interdire l'utilisation posthume. L'Espagne la permet si l'insémination a lieu dans les six mois du décès. L'enfant ne sera reconnu comme descendant du père que si ce dernier l'a reconnu dans son testament ou tout autre acte notarié ; autrement, il n'y aura pas de lien juridique avec le défunt. Pour la position des autres pays et pour plus de détails, voir *infra*, annexe A, p. 197. Concernant les dispositions relatives à la filiation et au droit des successions, voir les pages qui suivent.

686. Voir *supra*, p. 64 et suiv.

d'une réclamation de paternité de la part de ce dernier ; le statut juridique de l'enfant ; la dissociation de la maternité gestatrice et de la maternité génétique⁶⁸⁷. Ces problèmes nous amènent à nous interroger sur l'importance relative à attacher à l'expression de la volonté des futurs parents, ainsi qu'aux critères biologique et social de la paternité et de la maternité. Or, étant donné la diversité des règles de la filiation au Canada⁶⁸⁸, la réponse à cette interrogation n'est pas toujours claire, même en matière de procréation naturelle. Cette situation rend d'autant plus évidente la complexité du problème et de sa résolution en matière de procréation médicalement assistée. Malgré ces difficultés, la Commission estime que certaines questions ne peuvent plus être éludées. Ainsi, dans le cas du don de gamètes ou d'embryon, la filiation devrait refléter la volonté des parties au moment du don, soit celle du donneur de n'avoir aucun lien juridique avec l'enfant⁶⁸⁹, et celle du couple ou de la receveuse d'en assumer la responsabilité⁶⁹⁰.

Le droit de la filiation devrait donc prévoir 1) dans quelles circonstances la présomption de paternité peut être combattue, 2) qu'aucun lien de filiation ne peut être établi entre le donneur et l'enfant, 3) que l'enfant né grâce à la procréation a le statut d'enfant légitime⁶⁹¹.

RECOMMANDATION

7. (1) Les lois provinciales sur la filiation devraient refléter la volonté des couples qui ont recours à la procréation médicalement assistée et déclarer irrecevables l'action en désaveu de paternité de la part du père qui a consenti au traitement et l'action en contestation de paternité de la part d'un tiers soutenant que l'enfant est issu de gamètes donnés.

(2) Aucun lien de filiation ne devrait pouvoir être établi entre le donneur et l'enfant.

(3) Les législations qui font toujours la distinction entre l'enfant légitime et l'enfant illégitime devraient reconnaître à l'enfant né grâce à la procréation médicalement assistée le statut d'enfant légitime.

Enfin, comme nous avons recommandé de ne pas prohiber la fécondation posthume au moyen des gamètes d'un partenaire décédé, il est essentiel que le droit des successions soit modifié en conséquence. La Commission est d'avis que l'enfant ainsi conçu ne devrait être successible que si une mention expresse à cet effet figure au testament⁶⁹².

687. Nous verrons que ce problème revêt une dimension particulière en matière de maternité de substitution ; voir *infra*, p. 158.

688. Voir *supra*, pp. 64-66.

689. La Conférence sur l'uniformisation des lois au Canada a réaffirmé que le donneur de sperme n'est pas le père de l'enfant né de son don et il n'a aucun droit ou obligation concernant cet enfant : voir la loi modifiant la loi uniforme sur le statut de l'enfant, précitée, note 203, al. 11.4(2).

690. *Id.*, art. 11.2.

691. *Id.*, art. 11.2 et 11.4.

692. Voir dans le même sens, White Paper, *op. cit.*, note 658, par. 60, p. 10. Voir également, de façon générale, *infra*, annexe A, p. 197.

RECOMMANDATION

8. Les lois provinciales sur les successions devraient être harmonisées afin d'établir que l'enfant né grâce à l'utilisation posthume de gamètes ou d'un embryon n'est pas successible à moins d'une mention expresse au testament du géniteur décédé.

2. La maternité de substitution

Même si le contrat de maternité de substitution est fort probablement nul de nullité absolue selon le droit canadien actuel⁶⁹³, la filiation de l'enfant né à la suite d'une telle entente peut être matière à contestation. La règle attribuant la maternité légale à la femme qui accouche s'applique sans difficulté dans le cas où la femme porteuse est génétiquement liée à l'enfant : elle est à la fois la mère génétique et la mère gestatrice. La mère sociale ne peut lui opposer que son intention d'accéder à la maternité. Si la mère de substitution décide de garder l'enfant, le litige porte essentiellement sur la garde et sera tranché par les tribunaux en fonction de l'intérêt de l'enfant au regard des circonstances de chaque cas.

Le recours à la maternité de substitution pose toutefois une nouvelle question au droit, celle du droit de la mère sociale génétiquement liée à l'enfant de réclamer et de prouver, de la même façon que le père génétique, sa maternité légale⁶⁹⁴. L'application des principes et des règles du droit actuel se retrouve ici au cœur du conflit entre les intérêts de la mère gestatrice, de la mère génétique et de l'enfant. L'intérêt que présente pour ce dernier une filiation claire et un milieu familial stable et aimant ne fait pas de doute. Lorsque la maternité est divisée en dimensions génétique, gestatrice et sociale, il est difficile de trancher en faveur de l'une ou de l'autre. Il est évident que le lien qui s'établit entre la femme porteuse et l'enfant pendant la gestation est important et difficilement comparable avec le lien qui peut s'établir avec le mari de la femme porteuse. Il est donc plus facile pour le père biologique d'opposer son intérêt à celui du mari de la femme porteuse qu'il ne l'est pour la mère génétique de faire de même envers la femme porteuse. Nous ne pouvons pas pour autant écarter l'intérêt de la mère génétique qui joint à son « don » l'intention d'être mère. De plus, la détermination de l'intérêt de l'enfant devient un exercice arbitraire puisque nous n'avons pas les connaissances nécessaires pour choisir entre la femme porteuse et la mère génétique. Un tel choix, fût-il fait au nom de la stabilité de l'enfant, pourrait s'avérer dommageable à long terme.

Nous reconnaissons les lacunes du droit actuel et l'intérêt de la société dans la prévisibilité et la résolution des questions de filiation, ainsi que l'intérêt de l'enfant en la matière. Il nous apparaît toutefois hâtif d'adopter quelque règle que ce soit pour trancher la question de la stabilité en choisissant entre la maternité gestatrice et la maternité

693. Voir *supra*, p. 73 et suiv.

694. Signalons qu'il ne s'agit pas d'un droit découlant du contrat, celui-ci étant nul de nullité absolue, mais bien d'une question de filiation.

génétique⁶⁹⁵. L'expérience et les règles que l'on connaît sont fondées sur une réalité différente, l'unicité et l'indivisibilité de la maternité ; leur application à la maternité de substitution suppose des choix mieux informés. Laisser cette nouvelle réalité évoluer devant nos tribunaux et dans la société avant d'imposer une règle nous semble être la solution la plus juste⁶⁹⁶. À ce stade, l'intérêt de l'enfant serait mieux protégé par l'appréciation judiciaire des circonstances de chaque cas. Le statut quo laisse ici la porte ouverte à l'exercice des pouvoirs discrétionnaires judiciaires, souvent essentiel à la résolution des conflits.

Il n'y a donc pas lieu pour le moment de consacrer législativement, en matière de maternité de substitution, la règle attribuant la maternité légale à la femme qui accouche.

II. La procréatique et la sécurité

À la lumière des chapitres précédents, nous pouvons conclure que la procréation médicalement assistée soulève de sérieuses questions sur le plan de la sécurité des personnes qui y ont recours et des enfants qui en sont issus. Parmi les problèmes soulevés, signalons les taux de succès peu élevés, les variations importantes dans la façon d'établir et d'interpréter ces taux, les risques physiques et psychologiques, le manque d'uniformité dans la tenue des dossiers et la pénurie de données nationales.

A. Les taux de succès : l'importance du consentement éclairé

La confusion qui entoure les taux de succès de certaines techniques nous amène à nous interroger sur la capacité des couples infertiles de choisir celle qui leur convient le mieux⁶⁹⁷. En effet, les différentes façons de calculer les taux de succès⁶⁹⁸ rendent très difficile l'interprétation pourtant nécessaire à la formulation d'un consentement éclairé⁶⁹⁹.

En outre, les taux de succès disponibles en matière d'insémination artificielle reposent sur des études qui, pour la plupart, ont été réalisées avec du sperme non congelé⁷⁰⁰. Ces taux de succès ne sont donc plus concluants puisque des études ont déjà démontré que

695. Voir cependant la loi modifiant la loi uniforme sur le statut de l'enfant, précitée, note 203, art. 11.3 et 11.4 ; voir *supra*, note 328.

696. À cet égard, voir *Anna J. c. Mark C.*, précité, note 327. Rappelons que, dans ce litige, M^{me} Johnson a été la première femme porteuse à réclamer des droits parentaux et la garde d'un enfant auquel elle n'est pas génétiquement liée.

697. Voir *supra*, pp. 7, 16-18.

698. *Ibid.* Louise VANDELAC, « La face cachée de la procréation artificielle » (1989), 213 *La Recherche* 1112, 1114 : « Alors que dans l'opinion publique, le taux succès (sic) de la FIVETE mesure la probabilité à chaque tentative d'avoir un enfant, les équipes bio-médicales ont tendance à n'y voir que leur propre taux de réussite dans certaines phases de la technique.

Ces taux de succès fluctuent autant que les méthodes de calcul. »

699. Voir *supra*, pp. 69-70, au sujet de la nécessité du consentement libre et éclairé.

700. Voir *supra*, pp. 32-33.

la congélation du sperme, rendue nécessaire aujourd'hui afin d'éviter notamment la transmission du sida, réduit de moitié la motilité, la longévité et la capacité de fécondation des spermatozoïdes⁷⁰¹. De nouvelles études devraient donc être entreprises afin de présenter aux couples infertiles des taux de succès plus réalistes.

En matière de fécondation in vitro et d'implantation tubaire de gamètes, nous avons montré au chapitre premier la complexité et le manque d'uniformité qui caractérisent la façon de compiler les résultats obtenus. Puisque la détermination du taux de réussite varie selon le numérateur et le dénominateur choisis, il n'est pas surprenant que les taux déclarés semblent la confusion et se prêtent mal à la comparaison.

Étant donné les taux de réussite très faibles de la fécondation in vitro⁷⁰² et la vulnérabilité des couples infertiles (pour qui la procréation médicalement assistée représente très souvent la dernière chance de concevoir un enfant), il est très important que les couples qui choisissent de recourir à cette technique, comme à ses dérivés et à ceux de l'implantation tubaire de gamètes, soient à même de donner un consentement libre et éclairé. Pour ce faire, il y aurait lieu d'imposer aux cliniques l'obligation de compiler de façon uniforme les résultats obtenus, afin qu'il soit possible d'avoir facilement accès à des statistiques fiables⁷⁰³.

Afin de permettre une appréciation complète de ces résultats, il est donc important que le contenu des rapports cliniques soit normalisé⁷⁰⁴. Les statistiques devraient indiquer non seulement le nombre de grossesses ou d'enfants obtenus mais également les grossesses extra-utérines, les avortements spontanés, le nombre d'embryons transférés, le taux de grossesse multipare, le taux de malformations congénitales et les autres problèmes possibles⁷⁰⁵.

Sur un autre plan, l'analyse des données à l'échelle nationale permettrait la compréhension des problèmes que soulève, pour notre société et pour les personnes qui

701. *Ibid.*

702. Voir *supra*, pp. 18-20.

703. Nous estimons qu'il s'agit d'une réaction mesurée lorsqu'on la compare avec les poursuites intentées récemment par les autorités américaines contre des cliniques qui auraient fait une promotion inéquitable et trompeuse de leur taux de réussite. Voir Proposed Consent Agreement with Analysis to Aid Public Comment, précité, note 566 ; *Federal Trade Commission c. Jacobson*, précité, note 566. Comparer avec *R. c. Gregory*, précité, note 565.

704. Voir *supra*, p. 18.

705. Voir *supra*, p. 20 et suiv. Au sujet des taux de succès et d'un besoin de contrôle à l'échelle nationale, L. VANDELAC, *loc. cit.*, note 698, 1116, écrit :

On s'étonne [...] que la notion de taux de succès ne soit pas redéfinie de façon homogène en fonction du nombre d'enfants conçus par FIV et en santé à l'âge d'un mois, comparé au nombre total d'inductions d'ovulation. Ceci diminuerait la contribution des transferts multiples dans les taux de succès et conduirait à reconsidérer les transferts multiples et la FIV elle-même.

Certains rapports comme celui de l'Australie, de Wagner de l'OMS ou le récent avis du Conseil du statut de la femme au Québec vont dans ce sens et réclament un encadrement plus serré de la fécondation artificielle, ainsi que la redéfinition et la transparence des données statistiques, mais les pouvoirs publics semblent lents à réagir.

y ont recours, la procréation médicalement assistée. Le manque d'uniformité dans la façon de calculer les taux de succès et l'indigence des statistiques en général ne permettent pas une évaluation adéquate de la situation actuelle. À l'obligation de compiler de façon uniforme les résultats obtenus par les cliniques, nous devons ajouter la nécessité de centraliser ces données et de les analyser à l'échelle nationale. La normalisation et la centralisation des données afférentes à l'activité des cliniques ainsi que leur analyse sont, en effet, essentielles puisqu'elles rendent possible le contrôle des méthodes. La mise sur pied d'un registre national pourrait combler ce besoin.

Un registre national volontaire et confidentiel a déjà été établi par un groupe de professionnels de la santé. Mais précisément parce qu'il est tributaire de la bonne volonté des intervenants, son fonctionnement soulève d'importants problèmes qui, dans les faits, le rendent presque inutile⁷⁰⁶.

Afin que des rapports cliniques soient disponibles, que ces données soient centralisées et analysées et servent à la production de rapports statistiques fiables, et afin que l'accès à ces statistiques soit possible, les cliniques devraient être tenues de présenter un rapport annuel écrit à un registre central dont l'administration relèverait d'un organisme administratif dont nous reparlerons plus loin. Comme nous l'avons expliqué, ce rapport devrait contenir des données quant à l'application de toutes les techniques de procréation médicalement assistée, et la façon de compiler ces données devrait être normalisée, c'est-à-dire que le contenu minimal du rapport et les modalités de présentation des données devraient être déterminés. Les rapports statistiques produits à partir de ces rapports cliniques devraient être accessibles au public.

RECOMMANDATION

9. Les cliniques offrant des services de procréation médicalement assistée devraient avoir l'obligation de présenter un rapport annuel écrit à un registre central, le contenu minimal du rapport et les modalités de présentation des données étant déterminés.

B. Les risques en jeu

1. Les risques physiques

Les principaux risques que comporte l'utilisation des gamètes d'un tiers sont la transmission de maladies infectieuses et génétiques, ainsi que la consanguinité si le sperme d'un même donneur est trop souvent utilisé⁷⁰⁷.

706. Voir *supra*, p. 20.

707. Voir *supra*, note 166 : voir également *supra*, note 185.

Le risque de transmission de maladies génétiques et infectieuses diminue sensiblement lorsque le donneur a été soumis à des examens approfondis et que ses gamètes ont fait l'objet d'un dépistage adéquat⁷⁰⁸. Il est donc important non seulement que des normes de dépistage et de sélection soient établies mais encore qu'elles soient uniformément appliquées. Or, contrairement au don de sang⁷⁰⁹, le don de gamètes et d'embryon ne fait présentement l'objet d'aucune réglementation à l'échelle nationale⁷¹⁰.

Pourtant, la nécessité de normes nationales a été soulignée dans l'un des premiers rapports canadiens sur la procréation médicalement assistée⁷¹¹. De plus, en 1981, dans un rapport présenté au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, sur la question du stockage et de l'utilisation du sperme humain, on recommandait « que des règlements gouvernant les normes d'acquisition, de préservation et d'importation du sperme humain soient établis au niveau fédéral⁷¹² ». Or, aucune mesure législative n'a suivi ; il n'existe que les lignes directrices élaborées par divers organismes⁷¹³.

708. Voir *supra*, pp. 7, 32, 37 et suiv.

709. La *Loi sur les aliments et drogues*, précitée, note 301, et ses règlements établissent des normes concernant, entre autres, la publicité, l'étiquetage, la vente, l'importation, le traitement, l'entreposage et le nombre de dons permis. La Société canadienne de la Croix-Rouge a également élaboré des normes sur certains de ces sujets. Voir *Prélèvement et utilisation médicale de tissus et d'organes humains*, *op. cit.*, note 254.

710. Voir *supra*, pp. 71-72.

711. BRITISH COLUMBIA ROYAL COMMISSION ON FAMILY AND CHILDREN'S LAW, *op. cit.*, note 474, p. 33 :

[TRADUCTION]

À titre de mesure de protection globale à l'intention de tous les intéressés, nous estimons que la Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, devrait être chargée d'*élaborer des normes* et de contrôler la sécurité de l'ensemble du processus de prélèvement, de traitement, d'entreposage, d'emballage et de distribution du sperme, tout comme s'il s'agissait d'un produit pharmaceutique.

Comme le sperme n'entre dans aucune des catégories que sont les aliments, les drogues et les « instruments », et qui relèvent, aux termes de la loi, du mandat de la Direction, le législateur fédéral devra sans doute intervenir pour attribuer expressément ces responsabilités à la Direction [mis en italiques par nos soins].

La dernière recommandation du rapport est rédigée comme suit :

[TRADUCTION]

La Direction de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, devrait être chargée de contrôler l'activité des banques de sperme humain et les opérations connexes telles que le prélèvement, le traitement et la distribution, ainsi que la tenue des dossiers. *Les textes législatifs fédéraux* nécessaires à cette fin devraient être élaborés [mis en italiques par nos soins].

712. *Rapport sur le sperme humain de 1981*, *op. cit.*, note 149, p. xii.

713. Voir à titre d'exemple la SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE, *op. cit.*, note 11. Ces lignes directrices concernent, entre autres, la sélection des donneurs et le dépistage génétique. Toutefois, voir *supra*, note 303 et le texte qui l'accompagne. D'autre part, comme nous l'avons déjà signalé, il est à craindre que, puisqu'elles n'ont pas force de loi, ces lignes directrices ne soient pas toujours suivies : *supra*, pp. 37-38. Voir également *supra*, pp. 72-72. Rona ACHILLES, « Donor Insemination: The Future of a Public Secret », dans C. OVERALL (dir.), *op. cit.*, note 130, p. 105, à la page 111 :

[TRADUCTION]

La sélection des donneurs de sperme a pris une importance manifeste avec l'apparition du syndrome immuno-déficitaire acquis (sida). Plusieurs lignes directrices ont été émises à ce sujet par les corporations professionnelles médicales. Pourtant, à la lumière de ma propre étude et d'un sondage plus vaste auprès des médecins américains, il semble que la plupart d'entre eux ne suivent pas les lignes directrices en question : seulement 44 pour 100 ont déclaré qu'ils faisaient faire les analyses de dépistage du virus VIH.

L'incertitude quant à l'application de critères uniformes de sélection, de dépistage et de conservation rend difficile le contrôle, pourtant essentiel, de la qualité⁷¹⁴ des gamètes et embryons utilisés pour la procréation médicalement assistée. La sélection des donneurs et de leurs gamètes, ainsi que les conditions de conservation, comportent une importante question de sécurité tant pour la mère que pour l'enfant à naître, qui sont tous les deux dans l'impossibilité de se protéger eux-mêmes contre de tels risques⁷¹⁵.

RECOMMANDATION

10. Des normes contraignantes et uniformes de sélection, de dépistage et de conservation à l'égard des donneurs, des gamètes et des embryons devraient être élaborées à l'échelle nationale.

Puisque l'utilisation du sperme frais comporte le risque non négligeable de transmission de certaines maladies telles que le sida, et qu'il est nécessaire de tenir compte de la période de latence de ces maladies pour que le dépistage soit efficace, il est important que le sperme donné soit congelé et que le donneur fasse l'objet d'analyses adéquates⁷¹⁶. Certes, les inconvénients d'une telle politique sont évidents. D'une part, elle force les cliniques et les banques à compter des délais importants dans l'utilisation du sperme donné et, d'autre part, elle les oblige à répéter les analyses nécessaires après chaque don de sperme. De plus, cette politique empêche l'utilisation du sperme frais en matière de fécondation in vitro, d'implantation tubaire de gamètes et d'insémination artificielle hétérologue, et diminue, de ce fait, le taux de réussite de ces techniques. Malgré tout, la Commission est d'avis que le sperme donné qui est utilisé par les cliniques devrait obligatoirement être congelé, que les cliniques et les banques qui recrutent des donneurs devraient être tenues de soumettre ceux-ci à des épreuves de dépistage des maladies en question⁷¹⁷. Ces exigences se rapprochent d'ailleurs du régime existant en matière de dons de sang.

RECOMMANDATION

11. Le sperme donné devrait être congelé et ne devrait être utilisé pour la fécondation qu'après que le donneur aura été soumis à des analyses adéquates pour le dépistage du virus du sida.

La congélation des gamètes et des embryons pose cependant certains problèmes. D'une part, la science ne connaît pas encore très bien les effets de la cryoconservation prolongée.

Achilles renvoie à son ouvrage, *The Social Meanings of Biological Ties: A Study of Participants in Artificial Insemination by Donor*, thèse de doctorat, Université de Toronto, 1986; M. CURIE-COHEN, L. LUTTRELL et S. SHAPIRO, *loc. cit.*, note 285, 585-590; *Artificial Insemination: Practice in the United States*, *op. cit.*, note 185, p. 37.

714. Le terme « qualité » doit s'entendre ici du point de vue de la sécurité et non dans une perspective eugénique.

715. À l'évidence, les différents organismes et corporations professionnelles devront collaborer à l'élaboration de ces normes établies dans l'intérêt public.

716. Voir *supra*, pp. 32, 37 et suiv.

717. Voir *infra*, annexe A, pp. 201-203.

D'autre part, le principe des générations risque de s'en trouver bouleversé puisque l'embryon pourrait, en théorie, être réimplanté après une très longue période de congélation. Ces difficultés ont poussé certains pays à limiter la période de congélation⁷¹⁸.

Consciente de ce que les restrictions de cette nature sont, dans l'état actuel des connaissances, tout à fait arbitraires⁷¹⁹, la Commission juge néanmoins important, du point de vue de la sécurité et dans une perspective sociologique, de limiter la période de congélation. Au moment de déterminer la limite à imposer, il importe de prendre en considération le fait qu'un délai trop court obligerait les femmes à s'exposer plus fréquemment aux risques et inconvénients de la stimulation ovarienne et du prélèvement d'ovocytes, ou encore à accepter le transfert d'un nombre plus élevé d'embryons à chaque cycle, avec les risques que cela comporte. Pour l'instant, la Commission réitère la position qu'elle a déjà adoptée dans son document de travail sur l'expérimentation⁷²⁰ et recommande un délai de cinq ans. Toutefois, il nous paraît souhaitable que des recherches plus approfondies soient entreprises à l'échelle nationale sur toute cette question et, en particulier, sur les effets de la cryoconservation. La responsabilité de ces recherches pourrait être confiée à un organisme central dont nous parlerons plus loin.

RECOMMANDATION

12. (1) L'embryon ne devrait pas pouvoir être congelé pendant plus de cinq ans. Les autorités fédérales devraient encourager les recherches sur les effets de la cryoconservation afin que cette limite puisse être réévaluée.

À la différence des embryons, les gamètes peuvent être déposés et congelés avant même l'existence d'un projet parental puisque le motif de leur congélation peut être l'infertilité éventuelle d'une personne qui doit subir un traitement médical ou une intervention chirurgicale⁷²¹. Compte tenu de cette réalité, une limite de dix ans nous semble plus judicieuse⁷²². Les remarques que nous avons faites précédemment concernant le besoin de recherches plus approfondies sur les effets de la cryoconservation s'appliquent également ici.

RECOMMANDATION

12. (2) Les gamètes ne devraient pas pouvoir être congelés pendant plus de dix ans. Les autorités fédérales devraient encourager les recherches sur les effets de la cryoconservation afin que cette limite puisse être réévaluée.

718. Voir *infra*, annexe A, Tableau III pp. 217-220.

719. *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, *op. cit.*, note 7, p. 59.

720. *Ibid.* Voir au même effet : la loi n° 35/1988 du 22 novembre sur les techniques de reproduction assistée, art. 11 (Espagne) ; CONSEIL D'ÉTAT, *op. cit.*, note 668 ; *Human Fertilisation and Embryology Act 1990*, précité, note 425, art. 14 ; White Paper, *op. cit.*, note 658, p. 9 ; ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN, *op. cit.*, note 281, pp. 33-37. Pour plus de détails, voir *infra*, annexe A, pp. 201-203 et le tableau III.

721. Voir *supra*, p. 32.

722. Voir *Human Fertilisation and Embryology Act 1990*, précité, note 425, art. 4, 14 ; White Paper, *op. cit.*, note 658, p. 9.

Par ailleurs, dans le but de réduire les risques de consanguinité, il est important aussi de limiter le nombre de fois que les gamètes d'un même donneur peuvent être utilisés⁷²³.

Toutefois, comme ces risques peuvent varier en fonction de divers facteurs tels que la densité et la mobilité de la population servie par la clinique ou la banque, la limite fixée devrait être suffisamment souple pour en tenir compte. Des études devront donc être entreprises à cet égard.

RECOMMANDATION

13. Le nombre de fois que les gamètes d'un même donneur peuvent être utilisés devrait être limité. Les études nécessaires devraient être encouragées afin que cette limite puisse être adéquatement fixée.

Enfin, nous avons déjà mentionné que certaines cliniques importent des gamètes des États-Unis⁷²⁴. L'existence d'une circulation internationale soulève la question de la suffisance des normes appliquées à l'étranger. Il est donc essentiel de s'assurer que les gamètes et embryons importés répondent également aux normes canadiennes⁷²⁵.

RECOMMANDATION

14. L'importation des gamètes et des embryons devrait être réservée aux banques accréditées. Les gamètes et les embryons importés devraient répondre aux normes canadiennes.

La fécondation in vitro et l'implantation tubaire de gamètes posent des risques particuliers dont la plupart sont liés à la stimulation ovarienne et à la grossesse multiple⁷²⁶.

723. Voir *supra*, p. 33. En matière de droit comparé, voir *infra*, annexe A, p. 203.

724. Voir *Rapport sur le sperme humain de 1981*, *op. cit.*, note 149, p. 14.

725. Il est possible que certains produits génétiques soient visés par la *Loi sur les aliments et drogues*, précitée, note 301. Cependant, l'incertitude quant à l'inclusion des gamètes et embryons et le besoin de normes spécifiques requièrent une intervention plus précise. Voir à ce sujet et au sujet de l'application de la *Loi sur la quarantaine*, précitée, note 562, art. 5 et du *Tarif des douanes*, L.R.C. (1985), ch. 41 (3^e suppl.), *Prélèvement et utilisation médicale de tissus et d'organes humains*, *op. cit.*, note 254. Il apparaît à tout le moins surprenant qu'en matière de produits génétiques animaux cet aspect soit bien réglementé alors que pour les gamètes et embryons humains il n'existe aucune réglementation. À titre d'information, il est intéressant de noter que, l'année dernière, le Canada a exporté plus de 1 200 embryons animaux congelés et 2 millions de doses de sperme animal en application d'un régime réglementaire national. Ce régime prévoit l'octroi de permis à quelques 48 services nationaux de transfert aux fins de reproduction et impose des permis pour l'importation et l'exportation de gamètes fécondés et non fécondés. Au mois de juin dernier, le Parlement a mis à jour ce régime de contrôle des maladies dans la *Loi sur la santé des animaux* (précitée, note 564). Voir le *Règlement sur les maladies et la protection des animaux*, précité, note 564, art. 32, 50, 59, 84, 115, dont l'application a été confiée à Agriculture Canada aux termes de la *Loi sur les maladies et la protection des animaux*, remplacée par la *Loi sur la santé des animaux* (précitées, note 564, art. 2, 14, 16, 19).

726. Il a été mentionné (*supra*, pp. 20-21) que les taux d'avortement spontané, de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine et de césarienne sont sensiblement plus élevés dans le contexte de la procréation médicalement assistée que dans la population en général.

Le taux de grossesse multipare présente ici un intérêt particulier puisqu'il soulève la question de l'opportunité de limiter le nombre d'embryons implantés ou d'ovules fécondés au cours d'un même cycle. Nous avons montré au début de notre étude que, si le transfert de plus d'un embryon augmente les chances de grossesse, il augmente également les risques de grossesse multipare. Devant l'importance des risques associés à celle-ci⁷²⁷, la limitation du nombre d'embryons implantés au cours d'un même cycle semble s'imposer⁷²⁸. Pourtant, il est loin d'être certain qu'une telle limite aiderait à réduire le taux de grossesse multiple. Rappelons en effet que le nombre d'embryons transférés n'est pas le seul facteur qui détermine les chances de grossesse et les risques de grossesse multiple. Nous avons vu que le transfert de trois embryons peut en fait donner lieu à un taux de grossesse multipare plus élevé que le transfert de quatre⁷²⁹. Il est donc essentiel qu'une plus grande importance soit accordée aux circonstances de chaque cas (âge de la femme, multiparité, etc.). Une limite arbitraire ne saurait atteindre le but ici poursuivi, soit la sécurité de la mère et des enfants à naître.

On ne saurait trop espérer la mise au point de techniques ne nécessitant pas la stimulation ovarienne et qui, de ce fait, élimineraient les risques reliés aux médicaments inducteurs de l'ovulation et permettraient de diminuer les risques de grossesse multiple. En attendant des résultats plus concluants, une importance primordiale doit être attachée à la réduction du taux de grossesse multipare.

RECOMMANDATION

15. Il y aurait lieu de tout mettre en œuvre pour réduire les risques de grossesse multiple et favoriser la mise au point de techniques reposant sur le cycle normal d'ovulation. À cette fin, les autorités fédérales devraient encourager les études et la recherche visant à réduire le taux de grossesse multiple et à perfectionner les techniques ne nécessitant pas la stimulation ovarienne. En outre, les cliniques devraient avoir l'obligation d'enregistrer et de motiver le nombre d'embryons implantés au cours de chaque cycle de traitement.

2. Les risques psychologiques

Les faux espoirs fondés sur des taux de succès peu représentatifs, l'inefficacité marquée de certaines techniques, les répercussions des différentes étapes de la fécondation in vitro et de l'implantation tubaire de gamètes, de même que l'intervention génétique d'une tierce personne, sont autant de risques psychologiques non négligeables pour les personnes qui choisissent de recourir à la procréation médicalement assistée.

727. Voir *supra*, pp. 21-23.

728. Voir *supra*, p. 24 et suiv. L'Interim Licensing Authority du Royaume-Uni et le Reproductive Technology Accreditation Committee de l'Australie ont mis en application des recommandations à l'effet de limiter à trois ou, dans des cas extrêmes, à quatre le nombre d'embryons qui peuvent être implantés au cours d'un même cycle.

729. Voir *supra*, p. 24.

Derrière les faibles taux de succès se cachent en effet les douleurs et angoisses des patients dont les efforts sont demeurés vains⁷³⁰. De plus, le coût élevé de certains traitements, les souffrances physiques qu'ils imposent et la succession d'opérations qu'ils comportent sont également des sources de tension et d'anxiété⁷³¹.

Enfin, l'intervention d'un tiers donneur dans la formation d'une unité familiale peut également comporter des risques psychologiques pour les futurs parents et l'enfant à naître. La tension psychologique qu'engendre le secret, les conséquences d'une divulgation non préparée, les frustrations éventuelles du père envers l'enfant et la mère (si elle a un lien biologique avec l'enfant), ainsi que les problèmes d'identité que l'enfant peut éprouver, ne sauraient être minimisés. Le besoin d'assistance va donc au-delà de l'aide médicale à la conception. Étant donné la fragilité des personnes aux prises avec un diagnostic d'infertilité (souvent après des années de tentatives et d'investigation du problème) et la difficulté des choix qui se présentent, il est primordial que ces personnes soient particulièrement bien informées des difficultés qui les attendent. Afin d'être en mesure de prendre des décisions libres et éclairées, elles devraient avoir la faculté de consulter des experts (médecins, psychologues, etc.) que ce soit au sujet des risques, tant physiques⁷³² que psychologiques, ou des taux réels de succès, et ce, avant, pendant et après l'application d'une technique de procréation médicalement assistée. Les cliniques qui offrent des services en matière de procréation médicalement assistée devraient donc avoir l'obligation d'offrir aussi des services de consultation⁷³³. Nous reviendrons sur cette question dans le contexte de l'accréditation des cliniques.

730. Au sujet de la notion de taux de succès, L. VANDELAC (*loc. cit.*, note 698, 1115) écrit : « Elle camoufle [...] l'angoisse et la douleur de celles qui subissent ces fausses-couches, grossesses extra-utérines et morts fœtales avec leur cortège de risques, de douleurs, d'espoirs déçus, de complications et d'hospitalisations ». Carolyn M. MAZURE et Dorothy A. GREENFELD, « Psychological Studies of In Vitro Fertilization/Embryo Transfer Participants » (1989), 6:4 *J. In Vitro Fert. Embryo Transfer* 242, 248 : [TRADUCTION] « L'autre phénomène émotif le plus fréquent semble être la réaction de détresse qui fait suite à l'échec du traitement. » Voir également la p. 250 à ce sujet ; au sujet de l'attitude et des sentiments que génèrent l'infertilité, voir *id.*, 243-244 :

[TRADUCTION]

Freeman et ses collègues ont révélé que, au cours des entretiens préalables au traitement, sur 200 couples candidats à la FIVETE, 49% des femmes et 15% des hommes ont déclaré que l'infertilité avait été l'épreuve la plus affligeante de leur vie, en comparaison d'autres pertes comme la mort ou d'autres facteurs de tension comme le divorce. Mahlstedt et ses collègues, pour leur part, ont demandé aux participants à la FIVETE de remplir un questionnaire et de le retourner par la poste à la fin du cycle de traitement ou au moment de la confirmation de la grossesse. Dans le cadre de cette étude, on a également demandé aux participants de comparer la tension provenant de l'infertilité, de la mort et du divorce. De ceux qui avaient vécu un divorce ou la perte d'un ami ou d'un membre de leur famille, [...] 63% ont déclaré que l'infertilité avait été aussi éprouvante, sinon davantage, que le divorce, et 58% ont affirmé que l'infertilité était à tout le moins aussi affligeante que la perte d'un être cher.

731. C.M. MAZURE et D.A. GREENFELD, *loc. cit.*, note 730, 248, 249.

732. Voir *supra*, p. 20 et suiv.

733. Voir *supra*, p. 27. En Nouvelle-Galles du Sud, la consultation est obligatoire ; voir *infra*, annexe A, p. 204 et suiv. La rec. 19 du Rapport Warnock (*op. cit.*, note 425, p. 132) prévoit que : « la consultation d'un conseiller soit proposée à tous les couples stériles et aux parties tiers à tout stade du traitement, aussi bien comme partie intégrante du service offert par le NHS [National Health Service] que dans le secteur privé. » Les lignes directrices de l'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'ONTARIO (*loc. cit.*, note 86, 28), contiennent une disposition d'ordre général au sujet de la nécessité de services de consultation : [TRADUCTION] « Il y a

RECOMMANDATION

16. Toute clinique qui offre des services en matière de procréation médicalement assistée devrait avoir l'obligation d'offrir aux personnes qui y ont recours, et ce, avant, pendant et après l'application d'un traitement, des services de consultation permettant à ces personnes d'obtenir auprès d'experts (médecins, psychologues, etc.) l'aide et l'information dont elles peuvent avoir besoin au sujet des problèmes particuliers de la procréation médicalement assistée.

C. La tenue des dossiers

Essentielle à la réglementation⁷³⁴, à la compilation de statistiques et à la réalisation d'études sur les effets à long terme des différentes techniques, la tenue de dossiers médicaux adéquats est extrêmement importante pour la santé physique et psychologique de l'enfant. L'information médicale concernant le patrimoine génétique de l'enfant peut, en effet, être essentielle à l'efficacité des soins médicaux dispensés à l'enfant. Cette information doit donc être conservée et accessible⁷³⁵.

Toutefois, la tenue de dossiers et l'accès à l'information qu'ils contiennent posent la question du respect de la vie privée des parties, de leur droit à l'anonymat. L'information relative à l'identité des parties devrait donc être conservée de façon indépendante du dossier médical. Un système permettant au médecin de relier le donneur ou la donneuse à la receveuse, et, du même coup, à l'enfant ainsi conçu, devrait être mis sur pied par les cliniques. Un tel système rendrait possible l'accès à l'information médicale et génétique nécessaire sans toutefois porter atteinte au droit à la vie privée des intéressés⁷³⁶. Toujours au nom de ce droit, l'information recueillie devrait être limitée à ce qui est nécessaire à la poursuite des objectifs motivant la tenue des dossiers, et les cliniques devraient garantir la confidentialité de l'information qu'elles ont en leur possession⁷³⁷.

lieu d'apporter une attention particulière aux besoins et au soutien émotifs des couples et de leurs familles. Chez de nombreux couples, la fécondation *in vitro* n'est pas la solution à l'infertilité. Des services de consultation devraient donc être offerts pour permettre à ces couples d'envisager des solutions de rechange. »

734. B. M. KNOPPERS et E. SLOSS, *loc. cit.*, note 272, 681 : [TRADUCTION] « Afin de coordonner et de contrôler efficacement la sélection des gamètes, il est nécessaire d'établir un système de dossiers complets et permanents permettant de relier entre eux les enfants, donneurs et receveuses. » Un tel système permettrait également de retracer les gamètes contaminés, les personnes qui les ont donnés et celles qui les ont reçus.

735. Voir la rubrique « Le droit d'être informé de ses origines biologiques », *supra*, p. 99. À la p. 100, nous avons mentionné que le refus de divulguer des renseignements nécessaires à la préservation de la vie et de la santé constituait une atteinte au droit à la sécurité de la personne conçue grâce à la procréatique. Voir également l'art. 583 du projet de loi 125, précité, note 200.

736. Au sujet des diverses positions préconisées dans le monde, voir *infra*, annexe A, pp. 205-207.

737. La loi modifiant la loi uniforme sur le statut de l'enfant (précitée, note 203, art. 11.2) contient certaines dispositions à ce sujet. Ces dispositions rendent les médecins responsables de la tenue des dossiers mais c'est un registre central qui rendrait possible l'accès aux dossiers qui peuvent être reliés. Le responsable de la confidentialité de cette information est ici l'organisme qui la reçoit.

L'information identifiante⁷³⁸ et l'information d'ordre social⁷³⁹ peuvent, pour leur part, s'avérer importantes pour le bien-être psychologique de l'enfant. C'est là toute la question du droit de l'enfant de connaître les origines de sa naissance et l'identité de ses géniteurs⁷⁴⁰. Comme nous l'avons vu⁷⁴¹, cette question ne nous est pas tout à fait inconnue. En matière d'adoption, certaines provinces ont mis sur pied des systèmes permettant aux enfants adoptifs de rechercher leurs parents biologiques⁷⁴². Il est maintenant bien reconnu que la possibilité de retrouver ses parents biologiques, ou du moins de savoir qui ils sont, répond à un besoin psychologique important chez les personnes adoptées. Or, il existe une analogie certaine entre la situation de celles-ci et celle des enfants issus de gamètes donnés.

Certes, l'intérêt que peut avoir l'enfant à connaître ses origines entre, en premier lieu, en conflit avec le droit à la vie privée des parents. Imposer aux parents le devoir de divulguer à l'enfant l'origine de sa naissance pourrait en effet être perçu comme un empiètement inconstitutionnel sur le droit fondamental des parents de prendre les décisions qu'ils jugent bien fondées concernant la façon d'élever leurs enfants. De plus, l'intérêt de l'enfant est ici très difficile à déterminer de façon objective. Comme le soulevait la CRDO, [TRADUCTION] « Les répercussions sociales et psychologiques de la divulgation sont tout simplement obscures ; il est impossible d'en prédire les effets précis dans chaque cas individuel⁷⁴³. » La décision doit être laissée à la discrétion des intéressés, à la lumière de la personnalité et des besoins de chaque enfant⁷⁴⁴.

En second lieu, l'intérêt de l'enfant entre aussi en conflit avec l'intérêt du donneur à conserver l'anonymat. Ce conflit exige la poursuite d'un équilibre entre le droit à la vie privée du donneur et le droit de l'enfant de connaître ses origines.

738. L'information identifiante doit de toute façon être conservée puisqu'elle est essentielle pour établir la responsabilité éventuelle du donneur.

739. Celle-ci peut porter notamment sur l'origine ethnique, la profession, le niveau d'instruction, l'appartenance religieuse et les centres d'intérêt. Voir à titre d'exemple, MINISTÈRE DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES, *Services de divulgation des renseignements sur les adoptions*, Toronto, le Ministère, 1987, p. 6.

740. Lori B. ANDREWS, « Legal and Ethical Aspects of New Reproductive Technologies » (1986), 29:1 *Clin. Obstet. Gynecol.* 190, 198 : [TRADUCTION] « Certaines personnes conçues par insémination artificielle et âgées maintenant d'une vingtaine ou d'une trentaine d'années estiment avoir éprouvé des troubles émotifs en raison du fait qu'elles ont été conçues au moyen du sperme d'un donneur. À l'instar des enfants adoptés, elles éprouvent le besoin, pour leur bien-être psychologique et physiologique, de connaître d'une façon ou d'une autre le donneur, leur père biologique. » Dans le même sens, voir R. ACHILLES, *loc. cit.*, note 713, 110.

741. Voir *supra*, pp. 67, 68, 99 et suiv.

742. Voir *supra*, pp. 67-68 et note 284.

743. *Op. cit.*, note 2, p. 187.

744. Même en Suède, où le droit de connaître ses origines est reconnu à l'enfant, la divulgation est laissée à la discrétion des parents.

Dans les travaux préparatoires de la nouvelle loi, il est constaté d'emblée qu'il importe que les parents aient une attitude franche et ouverte envers l'enfant. Les parents doivent par conséquent, dès que le moment semble venu, dire à l'enfant comment il a été conçu. Il n'a pas été jugé opportun de régler cette question par voie légale ; au lieu de cela, il est souligné que le médecin, lors de la consultation psycho-sociale qui précède l'insémination, doit s'employer à faire comprendre aux futurs parents l'importance de la franchise envers l'enfant.

Göran EWERLÖF, « L'insémination artificielle — Législation et débat » (1985), 329 *Actualités Suédoises* 1, 7.

Si l'information identifiante doit être conservée (parce qu'essentielle à l'établissement de la responsabilité éventuelle du donneur), sa divulgation ne pourrait toutefois avoir lieu qu'avec le consentement du donneur au moment de la demande formulée par l'enfant⁷⁴⁵.

L'information d'ordre social non identifiante devrait en revanche pouvoir être divulguée sur simple demande de l'enfant ou des parents. En effet, la communication de ces renseignements d'ordre général, importante pour le développement psychologique de l'enfant, ne compromet en rien la vie privée du donneur⁷⁴⁶.

RECOMMANDATIONS

17. (1) Les cliniques devraient être tenues de maintenir des dossiers (concernant le donneur ou la donneuse, la receveuse et l'enfant) permettant au médecin de relier le donneur ou la donneuse à la receveuse, tout en garantissant l'anonymat des parties.

(2) L'information recueillie devrait être limitée à ce qui est nécessaire à la poursuite des objectifs suivants : permettre l'accès à l'information médicale et génétique qui pourrait être nécessaire à l'efficacité des soins médicaux dispensés à l'enfant ; satisfaire les besoins psychologiques de l'enfant ; permettre une préparation adéquate des rapports cliniques et entreprendre des études sur les effets à long terme des différentes techniques de procréation médicalement assistée.

(3) Les cliniques devraient être garantes de la confidentialité de l'information qu'elles ont en leur possession.

18. À la demande des parents légaux ou de l'enfant, l'information non identifiante, notamment l'information d'ordre social (comme l'origine ethnique, la profession, le niveau d'instruction, l'appartenance religieuse et les centres d'intérêt du donneur ou de la donneuse), devrait pouvoir être divulguée. En revanche, l'information identifiante ne devrait pouvoir être divulguée que si le donneur ou la donneuse y consent.

745. Signalons qu'en Suède, si l'adoption d'une loi qui reconnaissait à l'enfant le droit de connaître ses origines a initialement donné lieu à une baisse importante du nombre de donneurs, il n'a fallu que quelques mois pour que cette situation se rectifie. R. ACHILLES, *loc. cit.*, note 713, 105-115 : [TRADUCTION] « [E]n quelques mois, le nombre de donneurs a remonté pour atteindre les niveaux antérieurs et, selon les rapports, on trouve maintenant dans les programmes un type différent de donneurs. » Voir également, dans ce sens, Bertil WENNERGREN, « Consequences of New Regulations in Reproductive Medicine and Human Embryo Research in their Relationship with Science, Ethics and Law — The Swedish Approach », dans C. BYK (dir.), *op. cit.*, note 644, p. 387, à la page 389, et Lena JONSSON, « Artificial Insemination in Sweden », dans *Sortir la maternité du laboratoire*, *op. cit.*, note 497, p. 148, à la page 154.

746. Voir *supra*, pp. 100-101. Dans la plupart des rapports récents concernant l'adoption et la procréation médicalement assistée on a recommandé que l'information non identifiante soit rendue disponible et que l'information identifiante ne soit divulguée qu'avec le consentement des parents biologiques. Voir B.M. KNOPPERS et E. SLOSS, *loc. cit.*, note 272, 693-696.

Toutefois, à la lumière de la décision récente *R. c. Thornton*⁷⁴⁷, nous pouvons conclure que le donneur ou la donneuse qui, intentionnellement, cacherait des renseignements importants ou donnerait de faux renseignements pourrait faire l'objet de poursuites en application soit de l'article 180 (nuisance publique) du *Code criminel*, soit de l'article 219 (négligence criminelle)⁷⁴⁸. Il est donc essentiel que le nom du donneur ou de la donneuse soit conservé et que son droit à l'anonymat ne lui serve pas de défense à d'éventuelles poursuites criminelles⁷⁴⁹.

RECOMMANDATION

19. L'identité du donneur ou de la donneuse qui omet de fournir des renseignements ou qui fournit de faux renseignements devrait pouvoir être révélée au ministère public en vue de poursuites pénales liées à cette réticence ou à cette déclaration mensongère.

D. L'évaluation à long terme

L'incertitude qui entoure les risques que comporte la procréation médicalement assistée exige qu'une certaine vigilance soit exercée. À titre d'exemple, si l'utilisation de gamètes et d'embryons congelés paraît n'avoir posé jusqu'à présent aucun problème de sécurité, la prudence nous incite à recommander que l'on continue à surveiller les conséquences à long terme de la cryoconservation sur la santé et la sécurité. De façon générale, il devrait en être de même des effets à long terme des différentes techniques sur les enfants qui en sont nés. Et pour que des études sur les effets à long terme puissent être réalisées, il est essentiel que des dossiers soient adéquatement tenus et que des données soient colligées et disponibles à l'échelle nationale⁷⁵⁰.

RECOMMANDATION

20. Des études devraient être entreprises pour déterminer et mesurer les effets à long terme des techniques de procréation médicalement assistée sur les enfants qui en sont nés.

747. Précitée, note 273.

748. Voir les art. 180, 216 et 219 du *Code Criminel*. Dans *R. c. Thornton* (précité, note 273), le juge Flanigan de la Cour de district d'Ontario écrit ce qui suit à la p. 34 de ses motifs : [TRADUCTION] « Encore une fois, je suis d'avis que le Code nous fournit au moins trois textes d'incrimination pour sanctionner les agissements de l'accusé en l'espèce ; il s'agit des dispositions traitant de la négligence criminelle ou du méfait public, et des dispositions sur lesquelles s'appuie la poursuite, c'est-à-dire celles des articles 180 et 216. »

749. Voir, dans le même sens, *Rapport sur le sperme humain de 1981*, *op. cit.*, note 149, p. 23. Pour plus de détails, voir *infra*, annexe A, p. 207.

750. Ces dernières préoccupations ont déjà fait l'objet de recommandations. Voir *supra*, rec. 9 et 17.

III. La mise en œuvre des recommandations

A. La réglementation de la pratique

Compte tenu de l'insuffisance des contrôles actuels⁷⁵¹ et afin de régler efficacement les différents aspects de la sécurité des citoyens, nous sommes d'avis qu'il est essentiel de réglementer certains aspects de l'activité des cliniques et des banques de gamètes et d'embryons⁷⁵². Diverses conditions et restrictions pourraient être imposées grâce à un système d'accréditation⁷⁵³. Ainsi, l'octroi de l'accréditation serait conditionné par l'exécution de certaines obligations initiales comme la mise sur pied de services de consultation et d'un système de dossiers⁷⁵⁴, alors que son maintien dépendrait du respect des autres normes⁷⁵⁵, obligations⁷⁵⁶, restrictions⁷⁵⁷ ou interdictions⁷⁵⁸. De cette façon, il serait possible de vérifier, par exemple, si les cliniques et les banques observent les interdictions en matière de sélection et de commercialisation des gamètes et embryons⁷⁵⁹. Enfin, ce système permettrait de régler certains autres aspects délicats de la procréation médicalement assistée, comme le contenu des formules servant à exprimer la volonté des titulaires de l'autorité sur les gamètes et les embryons⁷⁶⁰.

RECOMMANDATION

21. (1) Un système d'accréditation des cliniques et des banques de gamètes et d'embryons devrait être mis sur pied afin de réglementer, notamment, les questions suivantes :

- a) les normes nationales de sélection et de conservation des gamètes et des embryons ;**
- b) l'obligation de faire un rapport annuel à un registre central, de même que le contenu de ce rapport ;**

751. Voir *supra*, p. 111 et suiv.

752. Voir la rubrique « La réglementation de la procréation », *supra*, p. 123. Voir les recommandations concernant les normes de sélection, de dépistage et de conservation des gamètes et des embryons (rec. 10), ainsi que les recommandations qui prévoient, à l'égard des cliniques et des banques, différentes obligations (rec. 9, 11, 15 à 19), restrictions (rec. 5(4), 6(4), 12 à 14) et interdictions (rec. 2 et 3). La Commission a déjà recommandé dans son document intitulé *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain (op. cit., note 7)* qu'il conviendrait d'élaborer des normes visant la création, l'expansion et la gestion des banques de sperme et d'embryons (*id.*, rec. 8(3), p. 59).

753. Pour les effets de l'accréditation, voir notamment *supra*, la rec. 14.

754. Voir *supra*, rec. 16 et 17.

755. Normes portant par exemple sur la sélection et la conservation des gamètes et des embryons ; voir *supra*, rec. 10.

756. Voir *supra*, rec. 9, 11 et 15 à 19.

757. Voir *supra*, rec. 5(4), 6(4) et 12 à 14.

758. Voir *supra*, rec. 2 et 3.

759. Voir *supra*, rec. 2 et 3.

760. Voir *supra*, rec. 5 et 6.

- c) l'obligation de congeler le sperme donné et de l'utiliser seulement après que le donneur aura été soumis à des analyses adéquates pour le dépistage du virus du sida ;**
- d) l'obligation de motiver par écrit le nombre d'embryons implantés au cours de chaque cycle de traitement ;**
- e) l'obligation d'établir des services de consultation, ainsi que la composition et les fonctions de ces services de consultation ;**
- f) l'obligation de tenir des dossiers médicaux, de même que le contenu de ces dossiers ;**
- g) l'obligation de mettre sur pied un système permettant aux médecins de relier les donneurs et les donneuses aux receveuses tout en garantissant l'anonymat des parties ;**
- h) les obligations concernant l'accès à l'information identifiante et non identifiante ;**
- i) les restrictions concernant les formes d'utilisation permises et le délai de congélation des gamètes et des embryons, la fréquence d'utilisation des gamètes d'un même donneur et l'importation des gamètes et des embryons ;**
- j) les interdictions concernant la sélection et la commercialisation des gamètes et des embryons ;**
- k) les conditions relatives au don de gamètes et d'embryon, la notion d'autorité sur ceux-ci, la façon pour le titulaire de cette autorité d'exprimer sa volonté, ainsi que la portée et les modalités d'exercice de cette volonté.**

Il importe par ailleurs d'empêcher les cliniques privées de contourner les exigences du contrôle de la qualité, par exemple en utilisant du sperme frais provenant d'un réseau de donneurs qu'elles pourraient réunir, ce qui risquerait de compromettre la sécurité de la mère et de l'enfant à naître. Aussi est-il essentiel de réserver l'application des techniques de procréation médicalement assistée aux cliniques accréditées, et de punir l'exercice non autorisé de la procréatique⁷⁶¹. D'autre part, il est important d'assurer le respect par les cliniques et les banques des différentes prohibitions, restrictions et obligations recommandées en réponse aux divers problèmes que pose la procréatique (par exemple, en matière de sélection, de commercialisation et d'utilisation des gamètes et des embryons)⁷⁶².

761. Malgré son caractère moins invasif et sa nature privée, nous incluons ici l'insémination artificielle puisque, sans certaines précautions, l'enfant risque d'en souffrir. Il est en effet essentiel, comme nous l'avons déjà mentionné, que, par exemple, les donneurs soient bien sélectionnés, que le sperme fasse l'objet d'un dépistage adéquat et que l'information identifiante, médicale, génétique et sociale soit conservée. De plus, ces exigences permettent de veiller au respect des restrictions en matière de sélection des gamètes et des embryons ; voir *supra*, rec. 2. Voir aussi *infra*, annexe A, p. 208 et suiv.

762. Au même effet, voir *infra*, annexe A, p. 208 et suiv. Cette forme de contrôle ajouterait à celui exercé par les corporations professionnelles qui normalement protègent le public contre la mauvaise pratique ou la pratique illégale de la médecine, et qui fournissent des paramètres éthiques.

RECOMMANDATION

21. (2) L'application des différentes techniques de procréation médicalement assistée devrait être réservée aux cliniques accréditées. D'autre part, la conservation et l'importation des gamètes et des embryons devraient être réservées aux banques de gamètes et d'embryons accréditées.

B. La nécessité d'un organisme national

Comment mettre en œuvre toutes ces recommandations ? Que ce soit au niveau des principes, de l'administration de la justice ou de la sécurité des citoyens, la nature et l'objet des recommandations proposées exigent un contrôle central et uniforme de la procréation médicalement assistée. À l'exercice de ce contrôle de nature administrative s'ajoutent la mise en place du système d'accréditation, la réglementation, la surveillance de la pratique⁷⁶³ et la mise sur pied d'un registre central. Il importe également, à l'échelle nationale, d'encourager les recherches et études jugées nécessaires et d'entreprendre des études à long terme.

Le besoin d'uniformité, que ce soit au niveau des choix sociaux, de la réglementation de la pratique ou de la procréation médicalement assistée en général, ainsi que la nécessité d'éviter les disparités régionales et le « tourisme interprovincial » exigent que les autorités fédérales, provinciales et territoriales collaborent à l'établissement d'un tel contrôle national⁷⁶⁴.

Il est sans aucun doute souhaitable d'assurer la coordination et le contrôle de l'application des techniques de procréation médicalement assistée. Dans un pays unitaire, il serait aisé de légiférer pour créer un organisme doté des attributions nécessaires. Dans le contexte canadien, toutefois, où les compétences en jeu sont partagées entre le fédéral et les provinces, l'exercice de ce contrôle dépend de la collaboration de ceux-ci, de concert avec les intervenants du milieu.

La création d'un organisme national ayant des pouvoirs réglementaires et relevant tant du fédéral que des provinces semble la meilleure façon de donner suite à nos recommandations afin qu'elles aient l'effet désiré⁷⁶⁵.

763. Par exemple, veiller au respect des obligations, restrictions et prohibitions réglementaires ; voir *supra*, p. 172.

764. Sur le besoin de coopération entre les autorités fédérales et provinciales, voir à titre d'exemple le rapport de la CRDO, *op. cit.*, note 2, rec. 9 et 17(2), pp. 276-277.

765. Le Rapport Warnock (*op. cit.*, note 425, par. 13.3, p. 119) a recommandé la mise en place d'une autorité indépendante du gouvernement dotée d'un pouvoir réglementaire, la Statutory Licensing Authority. Celle-ci serait, entre autres, chargée du contrôle et de la réglementation des services d'infertilité, de la conservation des gamètes et des embryons, de la recherche, de l'accréditation et enfin d'un registre central des dossiers. L'Interim Licensing Authority a rempli les fonctions de la Statutory Licensing Authority en attendant l'adoption d'une loi instituant cet organisme. En novembre 1990, le *Human Fertilisation and Embryology Act 1990* (précité, note 425) est venu créer le Human Fertilisation and Embryology Authority (*id.*, art. 5). Cet organisme devrait être pleinement opérationnel à l'été 1991 et devrait remplacer l'Interim Licensing Authority ; voir à ce sujet l'annexe A, *infra*, p. 210.

Nous préférons cette solution à l'adoption d'une loi générale sur la procréation médicalement assistée. La création d'un organisme administratif national assurerait la souplesse nécessaire à ce domaine si complexe. Cet organisme permettrait une intervention systématique, un contrôle adéquat et la résolution des problèmes que le droit actuel ne peut régler.

Cet organisme devrait consister dans une équipe multidisciplinaire formée de personnes qualifiées. Il aurait les fonctions suivantes : protéger les citoyens ; octroyer l'accréditation ; réglementer certains aspects des activités des banques de gamètes et d'embryons, des cliniques et de la procréation médicalement assistée en général (conditions d'accréditation, modalités du consentement au don et à la conservation, etc.) ; assurer le respect des différentes obligations, normes, restrictions et prohibitions ; mettre sur pied un registre central ; définir les problèmes réels sur la base de données nationales ; analyser les différents taux de succès et compiler des statistiques ; exercer une surveillance à long terme au moyen d'études sur les aspects technique, médical et psychologique de la procréation médicalement assistée ; veiller à éviter l'exploitation et la mercantilisation dans le domaine de la procréation médicalement assistée ; encourager les recherches et études jugées nécessaires (par exemple, en vue de réévaluer la durée maximale du délai de congélation des gamètes et des embryons, de réduire le nombre de grossesses multiples et de mettre au point des techniques ne nécessitant pas la stimulation ovarienne, etc.) ; enfin, conseiller les autorités publiques en la matière. Afin de remplir ces fonctions, cet organisme devra pouvoir effectuer des inspections auprès des cliniques et des banques de gamètes et d'embryons et, en cas de non-respect des normes, obligations, restrictions et interdictions imposées, modifier, révoquer ou suspendre l'accréditation.

RECOMMANDATION

22. (1) Les autorités fédérales, provinciales et territoriales, de concert avec les spécialistes du milieu, devraient examiner la possibilité de mettre sur pied un organisme national de réglementation en matière de procréation médicalement assistée.

(2) Cet organisme national devrait avoir les attributions suivantes :

a) octroyer l'accréditation ;

b) établir par règlement les différentes normes, obligations, restrictions et interdictions énumérées à la recommandation 21(1) et en assurer le respect ;

c) mettre sur pied un registre central ;

d) définir les problèmes sur la base de données nationales ;

e) analyser les différents taux de succès et compiler des statistiques ;

f) exercer une surveillance à long terme au moyen d'études sur les aspects technique, médical et psychologique de la procréation médicalement assistée ;

g) veiller à empêcher l'exploitation et la mercantilisation dans le domaine de la procréation médicalement assistée ;

h) encourager les recherches et études jugées nécessaires ;

i) conseiller les autorités publiques en la matière ;

j) effectuer des inspections auprès des cliniques et des banques de gamètes et d'embryons accréditées et, au besoin, modifier, révoquer ou suspendre leur accréditation.

(3) Le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative d'organiser des rencontres dans le but de mettre sur pied un tel organisme.

Sommaire des recommandations

1. L'intervention éventuelle du législateur pour régir l'accès aux techniques de procréation médicalement assistée devrait respecter le droit à l'égalité. L'accès ne devrait être limité qu'en fonction du coût et de la rareté des ressources. Le cas échéant, la sélection ne pourrait reposer sur des motifs de discrimination illicites aux termes des législations fédérale et provinciales (la situation de famille, l'état matrimonial, l'orientation sexuelle, etc.).

2. Afin d'éviter de donner prise à l'eugénisme, la sélection des gamètes et des embryons en fonction de qualités particulières devrait être prohibée sauf lorsqu'elle a pour but d'éviter la transmission de maladies génétiques graves.

3. (1) La commercialisation du don de gamètes ou d'embryon devrait être interdite. Seul le remboursement des frais raisonnables engagés par le donneur devrait être autorisé.

(2) Il devrait être interdit aux banques de gamètes ou d'embryons d'exercer leurs activités dans un but lucratif. Toutefois, les banques devraient pouvoir se faire rembourser les frais raisonnables afférents à leurs activités et à leur fonctionnement.

4. Le contrat de maternité de substitution doit demeurer nul de nullité absolue. De plus, le fait d'agir comme intermédiaire rémunéré dans la conclusion d'un tel contrat devrait constituer une infraction criminelle.

5. (1) Avant la conception d'un embryon en vue d'un usage personnel futur, le ou les titulaires éventuels de l'autorité sur l'embryon devraient être tenus d'exprimer par écrit leur volonté quant au sort de l'embryon dans les cas suivants, notamment : décès du titulaire de l'autorité, abandon du projet parental, expiration du délai de congélation, divorce ou conflit entre les titulaires de l'autorité. Le titulaire de l'autorité sur un embryon devrait pouvoir, par écrit, modifier l'expression de sa volonté quant au sort de l'embryon tant que celui-ci n'a pas été utilisé aux fins prévues ; dans le cas où l'autorité serait partagée, toute modification devrait se faire d'un commun accord.

(2) L'autorité sur l'embryon issu des gamètes d'un couple devrait être exercée conjointement par les partenaires. L'autorité sur l'embryon issu des gamètes d'un seul des partenaires d'un couple et d'un donneur devrait être exercée exclusivement par le conjoint lié génétiquement à l'embryon. L'autorité sur l'embryon issu des gamètes de deux donneurs devrait être exercée par la banque ou la clinique qui en a la possession.

(3) L'utilisation de l'embryon devrait être limitée à l'implantation, à l'expérimentation et à la destruction ; à l'échéance du délai de congélation, toutefois, l'implantation devrait être prohibée.

(4) Le titulaire de l'autorité sur un embryon qui décide de donner celui-ci devrait être tenu, avant l'exécution du don, de faire une déclaration écrite exprimant son consentement au don et énumérant les conditions auxquelles celui-ci est assujéti quant à l'utilisation de l'embryon. Il devrait aussi pouvoir, au moyen d'une déclaration écrite, modifier ces conditions ou retirer son consentement en tout temps avant l'utilisation de l'embryon donné ; dans le cas où l'autorité serait partagée, toute modification devrait se faire d'un commun accord.

6. (1) L'autorité sur les gamètes devrait être attribuée au géniteur.

(2) La personne qui dépose ses gamètes en vue d'un usage personnel futur devrait être tenue, avant le dépôt, d'exprimer par écrit sa volonté quant au sort des gamètes dans les cas suivants, notamment : décès du titulaire de l'autorité, abandon du projet parental et expiration du délai de congélation. Le déposant devrait pouvoir, au moyen d'une déclaration écrite, modifier l'expression de sa volonté quant au sort de ses gamètes avant la conception d'embryons ou l'utilisation à laquelle les gamètes étaient destinés.

(3) La personne qui fait don de ses gamètes devrait être tenue avant l'exécution du don, de faire une déclaration écrite exprimant son consentement au don et énumérant les conditions auxquelles celui-ci est assujéti quant à l'utilisation des gamètes. Le donneur devrait pouvoir, par écrit, modifier ces conditions ou retirer son consentement en tout temps avant la conception d'embryons ou l'utilisation des gamètes donnés.

(4) L'utilisation des gamètes devrait être limitée à la fécondation, à l'expérimentation et à la destruction ; à l'échéance du délai de congélation, toutefois, la fécondation devrait être prohibée.

7. (1) Les lois provinciales sur la filiation devraient refléter la volonté des couples qui ont recours à la procréation médicalement assistée et déclarer irrecevables l'action en désaveu de paternité de la part du père qui a consenti au traitement et l'action en contestation de paternité de la part d'un tiers soutenant que l'enfant est issu de gamètes donnés.

(2) Aucun lien de filiation ne devrait pouvoir être établi entre le donneur et l'enfant.

(3) Les législations qui font toujours la distinction entre l'enfant légitime et l'enfant illégitime devraient reconnaître à l'enfant né grâce à la procréation médicalement assistée le statut d'enfant légitime.

8. Les lois provinciales sur les successions devraient être harmonisées afin d'établir que l'enfant né grâce à l'utilisation posthume de gamètes ou d'un embryon n'est pas successible à moins d'une mention expresse au testament du géniteur décédé.

9. Les cliniques offrant des services de procréation médicalement assistée devraient avoir l'obligation de présenter un rapport annuel écrit à un registre central, le contenu minimal du rapport et les modalités de présentation des données étant déterminés.

10. Des normes contraignantes et uniformes de sélection, de dépistage et de conservation à l'égard des donneurs, des gamètes et des embryons devraient être élaborées à l'échelle nationale.

11. Le sperme donné devrait être congelé et ne devrait être utilisé pour la fécondation qu'après que le donneur aura été soumis à des analyses adéquates pour le dépistage du virus du sida.

12. (1) L'embryon ne devrait pas pouvoir être congelé pendant plus de cinq ans. Les autorités fédérales devraient encourager les recherches sur les effets de la cryoconservation afin que cette limite puisse être réévaluée.

(2) Les gamètes ne devraient pas pouvoir être congelés pendant plus de dix ans. Les autorités fédérales devraient encourager les recherches sur les effets de la cryoconservation afin que cette limite puisse être réévaluée.

13. Le nombre de fois que les gamètes d'un même donneur peuvent être utilisés devrait être limité. Les études nécessaires devraient être encouragées afin que cette limite puisse être adéquatement fixée.

14. L'importation des gamètes et des embryons devrait être réservée aux banques accréditées. Les gamètes et les embryons importés devraient répondre aux normes canadiennes.

15. Il y aurait lieu de tout mettre en œuvre pour réduire les risques de grossesse multiple et favoriser la mise au point de techniques reposant sur le cycle normal d'ovulation. À cette fin, les autorités fédérales devraient encourager les études et la recherche visant à réduire le taux de grossesse multiple et à perfectionner les techniques ne nécessitant pas la stimulation ovarienne. En outre, les cliniques devraient avoir l'obligation d'enregistrer et de motiver le nombre d'embryons implantés au cours de chaque cycle de traitement.

16. Toute clinique qui offre des services en matière de procréation médicalement assistée devrait avoir l'obligation d'offrir aux personnes qui y ont recours, et ce, avant, pendant et après l'application d'un traitement, des services de consultation permettant à ces personnes d'obtenir auprès d'experts (médecins, psychologues, etc.) l'aide et l'information dont elles peuvent avoir besoin au sujet des problèmes particuliers de la procréation médicalement assistée.

17. (1) Les cliniques devraient être tenues de maintenir des dossiers (concernant le donneur ou la donneuse, la receveuse et l'enfant) permettant au médecin de relier le donneur ou la donneuse à la receveuse, tout en garantissant l'anonymat des parties.

(2) L'information recueillie devrait être limitée à ce qui est nécessaire à la poursuite des objectifs suivants : permettre l'accès à l'information médicale et génétique qui pourrait être nécessaire à l'efficacité des soins médicaux dispensés à l'enfant ; satisfaire les besoins psychologiques de l'enfant ; permettre une préparation adéquate des rapports cliniques et entreprendre des études sur les effets à long terme des différentes techniques de procréation médicalement assistée.

(3) Les cliniques devraient être garantes de la confidentialité de l'information qu'elles ont en leur possession.

18. À la demande des parents légaux ou de l'enfant, l'information non identifiante, notamment l'information d'ordre social (comme l'origine ethnique, la profession, le niveau d'instruction, l'appartenance religieuse et les centres d'intérêt du donneur ou de la donneuse), devrait pouvoir être divulguée. En revanche, l'information identifiante ne devrait pouvoir être divulguée que si le donneur ou la donneuse y consent.

19. L'identité du donneur ou de la donneuse qui omet de fournir des renseignements ou qui fournit de faux renseignements devrait pouvoir être révélée au ministère public en vue de poursuites pénales liées à cette réticence ou à cette déclaration mensongère.

20. Des études devraient être entreprises pour déterminer et mesurer les effets à long terme des techniques de procréation médicalement assistée sur les enfants qui en sont nés.

21. (1) Un système d'accréditation des cliniques et des banques de gamètes et d'embryons devrait être mis sur pied afin de réglementer, notamment, les questions suivantes :

- a) les normes nationales de sélection et de conservation des gamètes et des embryons ;
- b) l'obligation de faire un rapport annuel à un registre central, de même que le contenu de ce rapport ;

- c) l'obligation de congeler le sperme donné et de l'utiliser seulement après que le donneur aura été soumis à des analyses adéquates pour le dépistage du virus du sida ;*
- d) l'obligation de motiver par écrit le nombre d'embryons implantés au cours de chaque cycle de traitement ;*
- e) l'obligation d'établir des services de consultation, ainsi que la composition et les fonctions de ces services de consultation ;*
- f) l'obligation de tenir des dossiers médicaux, de même que le contenu de ces dossiers ;*
- g) l'obligation de mettre sur pied un système permettant aux médecins de relier les donneurs et les donneuses aux receveuses tout en garantissant l'anonymat des parties ;*
- h) les obligations concernant l'accès à l'information identifiante et non identifiante ;*
- i) les restrictions concernant les formes d'utilisation permises et le délai de congélation des gamètes et des embryons, la fréquence d'utilisation des gamètes d'un même donneur et l'importation des gamètes et des embryons ;*
- j) les interdictions concernant la sélection et la commercialisation des gamètes et des embryons ;*
- k) les conditions relatives au don de gamètes et d'embryon, la notion d'autorité sur ceux-ci, la façon pour le titulaire de cette autorité d'exprimer sa volonté, ainsi que la portée et les modalités d'exercice de cette volonté.*

(2) L'application des différentes techniques de procréation médicalement assistée devrait être réservée aux cliniques accréditées. D'autre part, la conservation et l'importation des gamètes et des embryons devraient être réservées aux banques de gamètes et d'embryons accréditées.

22. (1) Les autorités fédérales, provinciales et territoriales, de concert avec les spécialistes du milieu, devraient examiner la possibilité de mettre sur pied un organisme national de réglementation en matière de procréation médicalement assistée.

(2) Cet organisme national devrait avoir les attributions suivantes :

- a) octroyer l'accréditation ;*
- b) établir par règlement les différentes normes, obligations, restrictions et interdictions énumérées à la recommandation 21(1) et en assurer le respect ;*
- c) mettre sur pied un registre central ;*
- d) définir les problèmes sur la base de données nationales ;*
- e) analyser les différents taux de succès et compiler des statistiques ;*

- f) exercer une surveillance à long terme au moyen d'études sur les aspects technique, médical et psychologique de la procréation médicalement assistée ;*
- g) veiller à empêcher l'exploitation et la mercantilisation dans le domaine de la procréation médicalement assistée ;*
- h) encourager les recherches et études jugées nécessaires ;*
- i) conseiller les autorités publiques en la matière ;*
- j) effectuer des inspections auprès des cliniques et des banques de gamètes et d'embryons accréditées et, au besoin, modifier, révoquer ou suspendre leur accréditation.*

(3) Le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative d'organiser des rencontres dans le but de mettre sur pied un tel organisme.

ANNEXE A

Étude comparative des textes étrangers et canadiens traitant de la procréation médicalement assistée

Introduction¹

La procréation médicalement assistée a fait l'objet de plusieurs études et rapports depuis un certain nombre d'années. Ces travaux ont mené, dans certains pays, à l'adoption de nouvelles dispositions législatives. Avant d'analyser les mesures qui ont été recommandées ou adoptées, il convient d'expliquer brièvement les démarches entreprises dans ce domaine à l'étranger, au Canada et au Québec².

En Australie, l'État de Victoria a été le premier à édicter une loi d'ensemble qui régit la procréation médicalement assistée et la maternité de substitution³. Le Commonwealth d'Australie et d'autres États ont aussi adopté des dispositions législatives⁴, et tous les États australiens ont produit des rapports portant sur la procréation médicalement assistée⁵. Enfin, le Family Law Council a émis des recommandations au sujet des contrats de maternité de substitution⁶ et le National Bioethics Consultative Committee s'est penché sur les problèmes liés à l'accès à l'information et à la maternité de substitution⁷.

Au Danemark, le Conseil d'éthique national a abordé la question de la procréation médicalement assistée en 1990⁸. L'Espagne, s'inspirant des travaux du Conseil de

-
1. Le lecteur trouvera à la fin de la présente annexe la liste des textes cités, regroupés et numérotés sous la rubrique des pays visés par nos recherches, *infra*, pp. 225-231.
 2. Pour un aperçu de l'état du droit dans le monde, voir Jan STEPAN (dir.), *Recueil international de lois sur la procréation assistée*, Zurich, Schulthess Polygraphischer Verlag, 1990. Voir aussi EUROPE DE L'EST 1.
 3. VICTORIA 1. Voir aussi VICTORIA 2.
 4. COMMONWEALTH D'Australie 1 ; AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 1 et AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2 ; AUSTRALIE-Occidentale 1 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 1 et NOUVELLE-GALLES DU SUD 2 ; QUEENSLAND 1 et QUEENSLAND 2 ; TASMANIE 1 ; TERRITOIRE DU NORD 1.
 5. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 3 ; AUSTRALIE-Occidentale 2 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4 et NOUVELLE-GALLES DU SUD 5 ; QUEENSLAND 3 ; VICTORIA 3 et VICTORIA 4.
 6. AUSTRALIE 1.
 7. COMMONWEALTH D'Australie 2 et COMMONWEALTH D'Australie 3. Le National Bioethics Consultative Committee a fait circuler, en octobre 1990, deux documents de consultation ; voir COMMONWEALTH D'Australie 4 et COMMONWEALTH D'Australie 5.
 8. DANEMARK 1 ; ce rapport contient des recommandations au sujet de la protection du matériel humain et un projet de réglementation au sujet de l'insémination artificielle.

l'Europe⁹, a adopté en 1988 une loi qui porte sur l'ensemble des techniques de procréation médicalement assistée. En 1989, le Conseil de l'Europe a autorisé la publication du rapport de son Comité ad hoc d'experts sur les progrès des sciences biomédicales (CAHBI) dans l'espoir de contribuer à l'harmonisation de la réglementation des États membres en matière de procréation médicalement assistée¹⁰.

Aux États-Unis, une trentaine d'États ont adopté des dispositions législatives au sujet de la filiation des enfants nés à la suite d'une insémination artificielle hétérologue¹¹. La Louisiane et la Pennsylvanie ont légiféré relativement à l'application clinique de la fécondation in vitro et l'Ohio a fait de même pour l'insémination hétérologue¹². Le recours de plus en plus fréquent à la maternité de substitution a donné lieu à l'adoption de quelques lois¹³ et à l'élaboration de plusieurs projets de loi¹⁴. Le New York Task Force on Life and the Law a publié des recommandations ainsi qu'un projet législatif à ce sujet en 1988¹⁵. L'American Fertility Society et son comité d'éthique ont émis des recommandations et des lignes directrices au sujet de la procréation¹⁶.

En France, le législateur n'a pas encore pris position sur ces questions, si ce n'est le Décret n° 88-327, où la procréation médicalement assistée est abordée sous l'angle du contrôle professionnel et de l'organisation hospitalière¹⁷. Cela dit, le Conseil d'État français a publié, en 1988, un rapport portant notamment sur la procréation médicalement assistée¹⁸, et un avant-projet de loi traduisant ces recommandations a été déposé à l'Assemblée nationale¹⁹.

9. Voir ESPAGNE 1. Voir aussi ESPAGNE 2 et ESPAGNE 3, p. 241.

10. CONSEIL DE L'EUROPE 1. Cependant, le Comité n'a pas accordé au rapport le statut de recommandation officielle.

11. Voir, par exemple, LOUISIANE 1 ; MISSOURI 1, art. 210.824 ; NEW YORK 1, art. 1. Voir aussi ÉTATS-UNIS 5.

12. LOUISIANE 2, art. 121 à 133 ; PENNSYLVANIE 1, art. 3213 ; OHIO 1, art. 3111.30 à 3111.38. Voir aussi ÉTATS-UNIS 4, p. 249 ; LOUISIANE 4, art. 1062.1, et DELAWARE 1, art. 2801, au sujet des examens de dépistage à l'occasion de dons de gamètes ; ILLINOIS 1, par. 6(7), au sujet de la vente et de l'expérimentation sur le fœtus ; TEXAS 1, art. 3A, au sujet du paiement des services par les compagnies d'assurances.

13. Voir, par exemple, ARKANSAS 1, art. 9-10-201 ; INDIANA 1, art. 31.8.1.2 à 31.8.2.1 ; KENTUCKY 1 ; LOUISIANE 3 ; MICHIGAN 1, art. 722.853 à 722.861 ; NEBRASKA 1 ; NEVADA 1, art. 127.287 et 127.288. Voir aussi ÉTATS-UNIS 3.

14. Voir NEW YORK 2, p. 99, n. 13. Voir aussi les projets de loi des États suivants : Alabama, Arizona, Connecticut, Delaware, Floride, Illinois, Iowa, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, New Jersey, New York, Caroline du Nord, Oregon, Pennsylvanie, Rhode Island, Caroline du Sud, Texas, Wisconsin.

15. Voir le *Proposed Surrogate Parenting Act*, NEW YORK 2, p. A-1.

16. Seules les recommandations les plus récentes sont citées ; voir ÉTATS-UNIS 1 et ÉTATS-UNIS 2.

17. FRANCE 1.

18. FRANCE 6.

19. Voir FRANCE 5. Les dispositions législatives proposées modifient le *Code de la santé publique* (FRANCE 2), le *Code civil* (FRANCE 3) et le *Code pénal* (FRANCE 4). Les dispositions touchées sont citées à la suite de chaque article de l'avant-projet de loi.

En 1987, le Parlement norvégien a adopté une loi réglementant l'insémination artificielle et la fécondation in vitro²⁰, faisant suite aux recommandations formulées dans un projet législatif²¹.

Au Royaume-Uni, le *Surrogacy Arrangements Act 1985*²² porte sur la maternité de substitution et le *Human Fertilisation and Embryology Act 1990*²³ traite de l'ensemble des techniques de procréation médicalement assistée. Ce dernier fait suite aux recommandations d'une première étude importante menée sous la direction de Dame Mary Warnock²⁴, qui a conduit à l'élaboration d'un projet législatif, le « White Paper²⁵ ». De plus, des rapports annuels sont préparés par l'Interim Licensing Authority²⁶, organisme institué dans la foulée du rapport Warnock, qui n'a toutefois aucun pouvoir de contrainte.

En Suède, le Riksdag a adopté, en 1984 et en 1988 respectivement, une loi sur l'insémination artificielle²⁷ et une loi sur la fécondation in vitro²⁸. En décembre 1990, le Parlement de l'ancienne République fédérale d'Allemagne a adopté une loi visant principalement la protection des embryons et l'utilisation inconsidérée de la procréation médicalement assistée²⁹.

Au Canada, les premières études publiées avaient une portée limitée à l'insémination artificielle. Le rapport de la Commission royale sur le droit de la famille et de l'enfance de la Colombie-Britannique a été publié en 1975³⁰ et celui du Comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain a été présenté au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en 1981³¹.

La procréation médicalement assistée a été abordée globalement pour la première fois dans un document publié en 1985 par la Commission de réforme du droit de l'Ontario. Posant pour principe de base la non-intervention de l'État dans le domaine de la procréation, la Commission conclut toutefois à la nécessité d'une intervention législative en raison des implications de la procréation pour les personnes autres que les futurs parents³².

20. NORVÈGE 1.

21. NORVÈGE 2.

22. ROYAUME-UNI 1.

23. ROYAUME-UNI 2.

24. ROYAUME-UNI 5.

25. ROYAUME-UNI 6.

26. ROYAUME-UNI 4 ; voir aussi ROYAUME-UNI 3.

27. SUÈDE 1. Un règlement a également été adopté, voir SUÈDE 3.

28. SUÈDE 2 ; voir aussi SUÈDE 4 et SUÈDE 5, p. 387.

29. VOIR ALLEMAGNE 1.

30. COLOMBIE-BRITANNIQUE 1.

31. CANADA 3.

32. ONTARIO 1, pp. 119-120.

En mars 1987, la Commission de réforme du droit de la Saskatchewan a publié un court rapport et un projet législatif sur l'insémination artificielle, qui portent essentiellement sur la situation juridique de l'enfant et du donneur³³.

En juin 1989, la Section de la Colombie-Britannique de l'Association du Barreau canadien a rendu public un rapport sur la procréation médicalement assistée, dont les éléments principaux ont été entérinés comme politique fondamentale de l'Association en mars 1990³⁴.

Le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme a pour sa part opté, dans un document publié en février 1990, pour une approche différente de la procréation médicalement assistée en considérant avant tout la prévention de l'infertilité³⁵.

Enfin, la Société canadienne de fertilité et d'andrologie a émis des principes directeurs au sujet de l'insémination artificielle hétérologue en 1988³⁶ et, de concert avec la Société canadienne d'obstétriciens et de gynécologues, a récemment publié une analyse portant sur l'ensemble des techniques de procréation médicalement assistée³⁷.

Dans la province de Québec, le comité ad hoc du Barreau du Québec a formulé, en avril 1988, ses recommandations au sujet de la procréation médicalement assistée³⁸. En 1988³⁹ et en 1989⁴⁰, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié deux rapports sur l'intégration de la procréation au système de soins de santé du Québec et les orientations à prendre dans ce domaine. Depuis 1985, le Conseil du statut de la femme porte un intérêt particulier à la procréation médicalement assistée. La fusion de sept rapports et des communiqués recueillis lors d'un forum international organisé par le Conseil a permis la présentation d'un *Avis synthèse*⁴¹ au Gouvernement du Québec en mai 1989. Enfin, en décembre 1990, le ministre de la Justice du Québec a présenté le projet de loi 125, *Code civil du Québec*, dans lequel cinq articles visent précisément la procréation médicalement assistée⁴².

33. SASKATCHEWAN 1.

34. CANADA 2.

35. CANADA 1. La procréation médicalement assistée y est assimilée à l'expérimentation.

36. CANADA 4.

37. CANADA 5.

38. QUÉBEC 1.

39. QUÉBEC 5. Dans une opinion dissidente du rapport de 1988, M^{me} Francine McKenzie dénonce le laxisme qui prévaut dans la détermination de l'infertilité (un an de rapports sexuels sans contraceptifs) et dans la sélection des candidats (qui peuvent déjà avoir eu des enfants ou encore une stérilisation volontaire). Elle déplore l'acharnement dont peuvent être victimes les femmes, la banalisation des graves dangers sociaux inhérents à ces techniques et le triomphe de la technique sur l'humain, et elle s'oppose à l'expansion et au financement additionnel des cliniques de fertilité au Québec. Voir *Opinion synthèse de Madame McKenzie*, diffusée par communiqué de presse du Conseil du statut de la femme, le 18 avril 1988.

40. QUÉBEC 6.

41. QUÉBEC 4 ; voir aussi QUÉBEC 3.

42. QUÉBEC 7, art. 579 à 583.

Les démarches entreprises afin de saisir les implications de la procréation médicalement assistée sont importantes et nombreuses. La substance des mesures qui ont été adoptées ou recommandées est analysée dans trois grandes sections. La première traite des principes généraux, la seconde, de l'innocuité des techniques de procréation médicalement assistée, et la troisième, du contrôle médical et de l'encadrement de la procréatique.

I. Les principes généraux

Certains aspects de la procréation médicalement assistée appellent des choix sur les plans des principes et des valeurs. Ainsi en est-il de l'accès, de la commercialisation, de la maternité de substitution, de l'autorité sur les gamètes et les embryons, et de la filiation de l'enfant né grâce à la procréatique.

A. L'accès

L'accès à la procréation médicalement assistée est une question importante abordée dans la majorité des lois et rapports qui ont traité du sujet. Des conditions restrictives sont souvent proposées, le Conseil d'État français allant par exemple jusqu'à recommander d'infliger des sanctions pénales aux médecins qui y contreviendraient⁴³. En revanche, quelques pays proposent de déferer la question au jugement du médecin⁴⁴. Lorsqu'ils existent, les critères sont d'ordre personnel ou d'ordre médical.

1. Les critères d'ordre personnel

Parmi les critères d'accès d'ordre personnel qui sont considérés le plus fréquemment, citons l'état matrimonial, l'orientation sexuelle, la stabilité et le consentement du conjoint.

L'état matrimonial des candidats à la procréatique n'est pas un critère restrictif. Sauf en Norvège⁴⁵, les lois et rapports n'exigent pas que les couples soient unis par les liens du mariage.

La situation de couple et l'orientation sexuelle des partenaires sont des critères qui limitent l'accès d'une façon importante. Plusieurs pays recommandent en effet de n'accepter

43. FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 675. Voir aussi NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 9, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 6.14, rec. 8, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 9, pp. 66-67, qui prévoient que le médecin doit considérer certains facteurs au moment d'acquiescer à une demande, sous peine de se rendre coupable d'« inconduite professionnelle ».

44. ROYAUME-UNI 5, rec. 23, p. 132, et ROYAUME-UNI 6, par. 78 ; CANADA 1, p. 29, et CANADA 2, p. 22.

45. NORVÈGE 1, art. 4. Signalons que l'avant-projet de loi permettrait l'accès aux couples non mariés.

que les couples hétérosexuels⁴⁶. Par contre, la Commission de réforme du droit de l'Ontario permettrait l'accès aux femmes seules⁴⁷ et les rapports du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec⁴⁸ et de l'American Fertility Society⁴⁹ proposent de leur permettre l'accès à l'insémination artificielle, quel que soit leur statut. La législation espagnole⁵⁰, la Société canadienne de fertilité et d'andrologie⁵¹ et le Conseil d'éthique danois⁵² acceptent les femmes seules ou formant un couple homosexuel. Enfin, un certain nombre de pays n'excluent pas les femmes seules⁵³. Par ailleurs, la stabilité du couple⁵⁴ et le consentement du conjoint éventuel à l'intervention⁵⁵ sont quelquefois exigés.

2. Les critères d'ordre médical

Les critères d'accès d'ordre médical les plus fréquemment retenus sont l'expertise médicale et sociale, ainsi que l'infertilité ou la transmission d'affections génétiques.

-
46. Voir, par exemple, AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2, art. 13(3), 13(4) et 13(7), et VICTORIA 1, art. 10 à 13A ; cette politique ne s'appliquerait toutefois pas à l'insémination artificielle. CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 1 ; FRANCE 5, art. 10 et pp. 27-28 — FRANCE 2, L. 668-10 et L. 675 ; NORVÈGE 1, art. 4 ; SUÈDE 1, art. 2, SUÈDE 2, art. 2, et SUÈDE 5, p. 388 ; QUÉBEC 1, pp. 36-37, rec. 3, QUÉBEC 4, p. 13, rec. 2.1 et 3.1, et QUÉBEC 5, rec. 38 (pour FIV). Voir aussi tableau I, *infra*, pp. 212-213.
47. ONTARIO 1, rec. 5.
48. QUÉBEC 5, rec. 11, où l'on mentionne « les femmes seules, quel que soit leur statut. »
49. ÉTATS-UNIS 1, princ. IV.
50. ESPAGNE 1, art. 6, ESPAGNE 2, p. 237, et ESPAGNE 3, p. 242.
51. CANADA 4, p. 11 ; CANADA 5, p. 28, rec. 11 : [TRADUCTION] « La décision de restreindre l'accès au traitement ne devrait pas reposer sur des facteurs discriminatoires ni des stéréotypes. »
52. DANEMARK 1, p. 95, rec. 5.1, p. 124, et règl. 2.1, p. 131.
53. ÉTATS-UNIS 2, p. 24S ; ROYAUME-UNI 2, art. 13(6) et 28(4) ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 3, 4, 5 et 14 : on favorise l'application des critères relatifs à l'adoption. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 3(1), 7(2) et 9, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, pp. 43-44, par. 6.14 et rec. 7, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 7, p. 65 (on exige toutefois que soient pris en considération les critères suivants : lorsque la femme est partie à un couple, l'infertilité du couple ou le risque de celui-ci de transmettre une affection génétique ; le bien-être et l'intérêt de l'enfant ; la stabilité du foyer ; la nécessité d'une consultation ; la santé physique et mentale, ainsi que l'âge du ou des futurs parents).
54. Voir, par exemple, NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 9, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 6.14, rec. 7, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 7 (la stabilité est considérée, mais n'est pas forcément décisive) ; ONTARIO 1, rec. 5, et CANADA 4, p. 11 ; QUÉBEC 1, p. 36. Voir aussi tableau II, *infra*, pp. 214-216. *Contra* : CANADA 1, p. 29.
55. VICTORIA 1, art. 10 à 13A (toutefois, cette exigence ne s'applique pas à l'insémination artificielle), et QUEENSLAND 3, rec. B(2) (vii) ; DANEMARK 1, règl. 1.1, p. 131 ; ESPAGNE 1, art. 6, ESPAGNE 2, p. 237, et ESPAGNE 3, p. 242 ; OHIO 1, art. 3111.34 et 3111.35, et ÉTATS-UNIS 1, princ. IV ; FRANCE 5, art. 10 et p. 28 ; FRANCE 2, L. 668-11 et L. 675 ; NORVÈGE 1, art. 4 ; ROYAUME-UNI 5, rec. 20, 21 et 26, pp. 132-133 ; SUÈDE 1, art. 2, SUÈDE 2, art. 2, SUÈDE 3 et SUÈDE 5, pp. 388-389 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 1, et CANADA 3, p. 29 et rec. 3.4. *Contra* : NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, rec. 10, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 8, pp. 65-66 ; CANADA 2, p. 15.

L'expertise médicale, qui peut comprendre des éléments psycho-sociaux, est quelquefois obligatoire⁵⁶ et l'appréciation du bien-être de l'enfant à naître est recommandée par quelques textes⁵⁷.

Il est souvent précisé que les personnes désirant avoir accès à la procréatique doivent être infertiles, stériles ou susceptibles de transmettre une maladie génétique⁵⁸. Par exemple, certains États australiens exigent entre un et deux ans de traitements restés infructueux⁵⁹, et le rapport du Conseil du statut de la femme du Québec recommande de porter de un an à deux la période d'infécondité tendant à établir l'infertilité⁶⁰. En ce qui a trait à la transmission d'affections génétiques, le Conseil d'État exige l'existence d'une forte probabilité de transmettre une affection incurable⁶¹ et le Conseil de l'Europe, un problème génétique grave ou une maladie qui entraînerait la mort précoce ou un handicap grave, selon le jugement du médecin traitant⁶².

Enfin, le choix du sexe de l'enfant à naître n'est habituellement permis que s'il existe un risque de transmission d'une maladie héréditaire grave liée au sexe⁶³ et un appariement « minimal » des caractéristiques du donneur et du conjoint de la femme inséminée est généralement conseillé⁶⁴.

-
56. VICTORIA 1, art. 18 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 9, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 6.14, rec. 7, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 7, p. 65 (l'expertise médicale doit être considérée mais n'est pas concluante) ; ESPAGNE 1, art. 2 et 6 ; NORVÈGE 1, art. 5 ; SUÈDE 1, art. 3 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 3, 4, 5 et 14. *Contra* : QUÉBEC 5, rec. 39 (les exigences ne sauraient être plus rigoureuses que celles qui s'appliquent à la procréation naturelle).
57. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 9, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 6.14, rec. 7, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 7, p. 65 ; VICTORIA 1 (voir art. 1(9) de l'ann. 3 du *Infertility (Medical Procedure) Regulations 1988*) ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 1 ; ROYAUME-UNI 2, par. 13(5) ; SUÈDE 1, art. 3.
58. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2, par. 13(3) et 13(7) ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 9 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 6.14, rec. 7, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 7, p. 65 (chez les couples, cette règle doit être considérée mais n'est pas impérative) ; QUEENSLAND 3, rec. B(2) (i) et (ii) ; VICTORIA 1, art. 10 à 13A (cette exigence ne s'applique pas à l'insémination artificielle) ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 1 ; FRANCE 5, art. 10 et pp. 26-27 ; FRANCE 2, L. 668-10 et L. 675-1 ; NORVÈGE 1, art. 8 et 12 ; ONTARIO 1, rec. 1 (cette exigence ne s'applique pas lorsqu'il s'agit d'une femme seule) ; QUÉBEC 1, p. 36 et rec. 3 ; QUÉBEC 4, p. 13 et rec. 2.1 ; QUÉBEC 5, rec. 11 et 38 (cette exigence s'applique aux couples qui ont recours à l'insémination artificielle hétérologue). Signalons que certains acceptent les techniques comme moyens de traiter l'infertilité, sans toutefois exiger l'infertilité dans leurs recommandations sur l'accès ; voir, par exemple, ROYAUME-UNI 5, rec. 4 à 7 et 27, pp. 129, 130 et 133.
59. VICTORIA 1, art. 10 à 13A, VICTORIA 4, par. 3.6 et QUEENSLAND 3, rec. B(2) (ii).
60. QUÉBEC 4, p. 10 et rec. 1.5, 2.1 et 3.1. Voir aussi QUÉBEC 5, rec. 2, qui propose de réévaluer le délai d'un an.
61. FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-10.
62. CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 1.
63. ÉTATS-UNIS 2, p. 20S ; ROYAUME-UNI 5, par. 9.11, 9.12 et rec. 28, p. 133 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 1 ; ALLEMAGNE 1, art. 3 ; CANADA 5, pp. 46-47, rec. 28. QUÉBEC 4, p. 13 et rec. 2.6 ; QUÉBEC 5, rec. 12. *Contra* : ONTARIO 1, rec. 28.
64. ROYAUME-UNI 5, par. 4.21 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 20 ; ÉTATS-UNIS 1, princ. VIII, et OHIO 1, art. 3111.35 ; CANADA 4, p. 8 ; CANADA 5, p. 30, rec. 13 ; QUÉBEC 5, rec. 16.

B. La commercialisation

Les dispositions législatives et recommandations d'un grand nombre de pays condamnent la commercialisation en matière de procréation médicalement assistée. Cette mesure est formulée tantôt en termes généraux, tantôt de manière spécifique par référence soit à la gratuité des dons, soit à l'interdiction de la vente des gamètes et des embryons⁶⁵. L'indemnisation est donc limitée au remboursement des frais raisonnables des donneurs (frais de déplacement, frais médicaux, perte de revenus)⁶⁶.

Lorsqu'il en est fait mention, les banques de gamètes et d'embryons à but lucratif sont généralement interdites⁶⁷. Toutefois, le rapport de l'Ontario permettrait aux banques de gamètes dûment autorisées et réglementées d'exercer des activités de nature commerciale tout en étant assujetties à un contrôle public. Un tarif réglant le remboursement des frais et éventuellement les profits raisonnables serait établi et la vente serait limitée aux médecins, hôpitaux et autres banques licenciées⁶⁸.

C. La maternité de substitution

Les pays qui se sont prononcés sur la maternité de substitution ont choisi d'interdire, de décourager ou, dans de très rares cas, de réglementer cette pratique.

L'interdiction pure et simple de toute forme de maternité de substitution est relativement rare⁶⁹. Les pays tentent plutôt de décourager cette pratique et de s'attaquer à son aspect

65. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 12, et VICTORIA 1, art. 11 à 13A ; DANEMARK 1, rec. 11.1, p. 127 ; ESPAGNE 1, art. 5 et 20 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 26 et princ. 9(1) et 9(2) ; ILLINOIS 1, par. 6(7) ; LOUISIANE 2, art. 122 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-6 et L. 668-13 ; ROYAUME-UNI 2, art. 12 et par. 41(8), et ROYAUME-UNI 4, princ. 15d) ; SUÈDE 1, art. 7, et SUÈDE 2, art. 4 ; CANADA 1, p. 30 ; QUÉBEC 1, p. 23, et rec. 3 et 7 ; QUÉBEC 4, p. 13, rec. 2.4 ; QUÉBEC 5, rec. 20, 51 et 53 ; QUÉBEC 6, p. 61, et QUÉBEC 7, art. 25.

66. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 12 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 10.9, rec. 24 ; QUEENSLAND 3, rec. C(5) (vi) ; VICTORIA 1, art. 11 à 13A, et ann. 4, art. 3 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 9(1) ; ÉTATS-UNIS 1, princ. VII(C) ; ÉTATS-UNIS 2, pp. 45S, 49S et 52S ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-6 (la perte de salaire est toutefois exclue) ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.27, rec. 25, p. 132 ; ROYAUME-UNI 6, par. 63 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, p. 23 ; ONTARIO 1, rec. 15 ; CANADA 3, p. 29, CANADA 4, p. 10, et CANADA 5, p. 41, rec. 25 ; QUÉBEC 1, p. 23, et QUÉBEC 5, rec. 21.

67. Voir, par exemple, CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 26 et princ. 9(2) (le remboursement de certains frais est cependant admis : collecte, prélèvement, conservation, implantation et services médicaux) ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-13 ; QUÉBEC 5, rec. 53, et QUÉBEC 6, p. 61. Voir aussi les interdictions générales citées aux notes précédentes.

68. ONTARIO 1, rec. 17 et 18 : on suggère un mode de fonctionnement semblable à celui de la Société canadienne de la Croix-Rouge. Voir aussi CANADA 5, p. 39, rec. 23 : on propose, à défaut de financement public adéquat, la mise sur pied de banques à but lucratif.

69. ALLEMAGNE 1, par. 1(1)7 ; FRANCE 5, art. 16 — FRANCE 4, art. 353 ; QUEENSLAND 2, art. 2 et 3 ; QUÉBEC 1, pp. 27-30 et rec. 17. Voir aussi DANEMARK 1, p. 100, où l'on s'oppose à la maternité de substitution sans toutefois proposer de changements à la législation criminelle en ce domaine. Pour ce qui est du droit américain, voir ÉTATS-UNIS 3.

commercial. Dans cette optique, ils prohibent l'activité (même à titre gratuit) des agences ou autres intermédiaires⁷⁰, et interdisent toute forme de publicité relative à la maternité de substitution⁷¹ ou, encore, le fait de payer ou de recevoir une rétribution, pécuniaire ou autre, reliée à un contrat de maternité de substitution⁷².

Par ailleurs, d'autres pays n'interdisent pas la maternité de substitution, permettent les contrats à titre gratuit et se sont abstenus de légiférer à l'égard des ententes privées. Dans ce contexte, l'activité des intermédiaires non rémunérés n'est pas prohibée⁷³. Un remboursement limité aux frais est possible⁷⁴. Dans certains cas, les parties elles-mêmes ne peuvent être poursuivies⁷⁵. Enfin, la mesure recommandée le plus souvent consiste à rendre le contrat de maternité de substitution inexécutoire en justice ou à le déclarer nul et non avenu⁷⁶.

70. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 1, art. 10h ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 5, rec. 5 et 6, pp. 44-53 ; VICTORIA 1, art. 30 ; AUSTRALIE 1, rec. 17 et par. 6.6.16 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 15(1), 15(3) et 15(4) ; MICHIGAN 1, art. 722.859, division 9 ; NEW YORK 2, p. 126, art. 3 du *Proposed Surrogate Parenting Act* ; FRANCE 5, art. 16 et pp. 31-32 — FRANCE 4, art. 353.1 ; ROYAUME-UNI 1, art. 2, ROYAUME-UNI 5, par. 8.18 et rec. 57, p. 137, et ROYAUME-UNI 6, par. 73 ; QUÉBEC 1, rec. 18 et 20, QUÉBEC 4, p. 21 et rec. 4.1, QUÉBEC 5, rec. 56 et 57, et QUÉBEC 6, p. 60.
71. Voir, par exemple, AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 1, art. 10h ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 5, rec. 4, pp. 43-44 ; QUEENSLAND 2, art. 3 ; VICTORIA 1, art. 30 ; AUSTRALIE 1, par. 6.6.16 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 15(3) ; ROYAUME-UNI 1, par. 3(1) ; QUÉBEC 4, p. 21 et rec. 4.2, QUÉBEC 5, rec. 56, et QUÉBEC 6, p. 60.
72. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 1, art. 10g et 10h (pour intermédiaires) ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 5, rec. 3 et pp. 40-43 ; QUEENSLAND 2, art. 3 ; VICTORIA 1, art. 30 ; AUSTRALIE 1, rec. 17 et par. 6.6.15 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 15(4) ; MICHIGAN 1, art. 722.859, division 9, et NEW YORK 2, p. 126, art. 3 du *Proposed Surrogate Parenting Act* (cette règle ne s'applique pas au remboursement des frais d'adoption, médicaux et juridiques, à l'exclusion, toutefois, de la perte de salaire) ; ROYAUME-UNI 1, par. 2(3) (exclut le paiement à la femme porteuse) ; CANADA 1, p. 30, et CANADA 2, pp. 26-33 et rec. 9d. *Contra* : NEVADA 1, art. 127.287. Voir aussi ÉTATS-UNIS 3.
73. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 1, art. 10h ; VICTORIA 1, art. 30 ; MICHIGAN 1, art. 722.859 ; NEW YORK 2, p. 126, art. 3 du *Proposed Surrogate Parenting Act* (le médecin peut être rémunéré pour ses services) ; ÉTATS-UNIS 2, p. 67S ; ROYAUME-UNI 1, art. 2.
74. MICHIGAN 1, art. 722.853, division 3a ; NEW YORK 2, p. 126, art. 3 du *Proposed Surrogate Parenting Act* (la perte de salaire est toutefois exclue) ; ÉTATS-UNIS 2, p. 67S (on accepte la possibilité d'un paiement supérieur) ; ROYAUME-UNI 1, par. 2(3) (est exclu le paiement fait à la femme porteuse) ; ONTARIO 1, pp. 253-255, rec. 51 ; CANADA 5, p. 42, rec. 26.
75. Voir aussi ROYAUME-UNI 5, par. 8.19, et ROYAUME-UNI 6, par. 73 ; QUÉBEC 5, rec. 57 ; ALLEMAGNE 1, art. 1 : [TRADUCTION] « Est passible d'une peine d'emprisonnement de trois ans ou d'une amende quiconque : [...] (vii) tente de pratiquer une insémination artificielle ou un transfert d'embryon humain sur une femme disposée à renoncer définitivement à l'enfant à la naissance de celui-ci (femme porteuse). » Toutefois, le par. (3) soustrait la femme porteuse et les parents sociaux à l'application de cette disposition : [TRADUCTION] « Pour l'application de l'alinéa 1(vii), la femme porteuse, de même que la personne qui désire assumer la responsabilité de l'enfant, ne peut être punie ». Des poursuites sont toutefois possibles, dans certains pays, en cas de paiement ou de publicité ; voir tableau IV, *infra*, pp. 221-224.
76. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 1, art. 10g ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 5, rec. 8, pp. 55-60 ; QUEENSLAND 2, art. 4 ; VICTORIA 1, par. 30(3) ; AUSTRALIE 1, rec. 17 et par. 6.6.15 ; COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 3, p. 36 ; ESPAGNE 1, art. 10, ESPAGNE 2, p. 237, et ESPAGNE 3, p. 242 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 15(2) ; INDIANA 1, art. 31.8.2.1 ; MICHIGAN 1, art. 722.855, division 5 ; NEW YORK 2, art. 2 du *Proposed Surrogate Parenting Act* ; FRANCE 5, art. 11 — FRANCE 3, art. 342-12 ; ROYAUME-UNI 2, par. 36(1) (qui modifie le *Surrogacy Arrangements Act 1985*), ROYAUME-UNI 5, par. 8.19, rec. 58, p. 137, et ROYAUME-UNI 6, par. 73 ; CANADA 2, rec. 9b) (le contrat de maternité de substitution serait valide mais inopposable à la femme porteuse) ; QUÉBEC 1, rec. 18, et QUÉBEC 7, art. 582. Voir aussi ÉTATS-UNIS 3.

Aux États-Unis, l'American Fertility Society permet la maternité de substitution pour des raisons strictement médicales, au même titre que toute autre forme d'expérimentation clinique qui doit être étudiée à fond. Les parties seraient informées des risques psychologiques qu'elle peut comporter⁷⁷.

La Commission de réforme du droit de l'Ontario recommande de légaliser la maternité de substitution mais de la réglementer. Un rôle majeur est dévolu au tribunal : celui-ci doit approuver l'entente avant la conception, mais après détermination de l'aptitude des requérants à devenir parents, de leur stabilité individuelle et de celle de leur couple, et de la nécessité, sur le plan médical, du recours à cette technique. Le juge doit en outre porter un jugement sur la future femme porteuse : santé physique et mentale, situation familiale et opinion du conjoint, effets sur les autres enfants. Il doit s'assurer que des analyses sanguines sont effectuées afin de prévenir toute contestation ultérieure au sujet de la filiation de l'enfant, approuver tout paiement éventuel et s'assurer qu'il y a entente sur les sujets suivants : assurances, décès ou séparation des requérants, conduite et alimentation avant et pendant la grossesse, examens diagnostics, modalités de remise de l'enfant et rapports futurs entre la femme porteuse et l'enfant⁷⁸.

D. L'autorité sur les gamètes et les embryons

Les recommandations à ce sujet varient sensiblement d'un pays à l'autre. Par exemple, certains reconnaissent au donneur un droit de propriété sur ses gamètes⁷⁹, tandis que d'autres appliquent à l'embryon le régime juridique régissant les personnes⁸⁰. La Louisiane accorde même à l'embryon in vitro la personnalité juridique jusqu'au moment de son implantation⁸¹. L'étendue de l'autorité des donneurs sur les gamètes et les embryons est examinée ici sous deux angles différents : l'exercice de cette autorité et la fécondation posthume.

77. ÉTATS-UNIS 2, p. 67S. Au même effet, voir CANADA 5, p. 27, rec. 10 :

[TRADUCTION]

Les Sociétés recommandent ce qui suit :

1. La maternité de substitution devrait être permise lorsqu'elle est justifiée par des raisons médicales ;
2. Des recherches de longue haleine devraient être entreprises afin d'apprécier soigneusement les effets de la maternité de substitution sur tous les intéressés.

Voir aussi CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 11 et 15(4) (le Conseil laisse aux États membres le choix de permettre ou d'interdire la maternité de substitution).

78. ONTARIO 1, rec. 34 à 66 ; l'audience doit avoir lieu à huis clos et l'activité des intermédiaires serait réglementée. Signalons par ailleurs que l'un des commissaires s'est opposé au principe même de la légalisation de la maternité de substitution : *id.*, pp. 287-291. COMMONWEALTH D'Australie 3, p. 36 : on recommande que la maternité de substitution ne soit pas totalement interdite mais que son application soit strictement réglementée.

79. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 10.14, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 23*i*), p. 86. Voir cependant ROYAUME-UNI 5, par. 10.11 et 11.17, rec. 41 et 61, pp. 135 et 137 (on propose d'offrir une protection légale à l'embryon, sans toutefois qu'il n'existe un droit de propriété sur l'embryon humain), et CANADA 2, rec. 10(*d*) (les tissus humains ne doivent pas être traités comme des marchandises).

80. QUÉBEC 1, p. 15 ; FRANCE 5, p. 34.

81. LOUISIANE 2, art. 123-126 : l'embryon a la personnalité juridique, peut poursuivre ou être poursuivi par l'entremise d'un curateur.

1. L'exercice de l'autorité

L'autorité sur les produits humains s'exerce généralement au moyen d'un formulaire de consentement décrivant les façons dont les gamètes et les embryons pourront être utilisés.

a) *Le consentement*

Le consentement au don ou à la conservation des gamètes et des embryons doit généralement être écrit et quelquefois signé par les deux conjoints⁸². Certains pays exigent que le formulaire de consentement signé au moment du don stipule dans quelles conditions les gamètes peuvent être utilisés, conservés ou détruits⁸³, et indique, aux fins de conservation, les vœux respectifs des partenaires en cas de décès, de mésentente et de divorce⁸⁴.

On trouve aussi des dispositions particulières régissant le sort des gamètes. Au décès du géniteur, à l'expiration du délai de conservation ou si le géniteur est introuvable, trois solutions sont possibles : les gamètes sont détruits⁸⁵ ; les droits des géniteurs sont dévolus à l'organisme qui conserve les gamètes, compte tenu des désirs exprimés par le géniteur⁸⁶ ; les gamètes sont utilisés ou détruits à la discrétion de l'organisme dépositaire⁸⁷.

Quant à l'embryon en état de conservation, au décès du couple, à l'expiration du délai de conservation, en cas de mésentente ou si le couple est introuvable, les trois mêmes solutions sont possibles : l'embryon est détruit⁸⁸ ; l'autorité des géniteurs est dévolue à l'organisme dépositaire, qui doit toutefois tenir compte des désirs du couple⁸⁹ ; l'embryon

82. QUEENSLAND 3, rec. B(3) (xix), VICTORIA 1, art. 9 à 13A ; DANEMARK 1, rec. 6.1 et 7.1, pp. 124-125, règl. 3.1, p. 132 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 22 et princ. 4 et 9(3) ; ÉTATS-UNIS 2, p. 60S, et ÉTATS-UNIS 1, princ. VII(C) ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-5 ; ROYAUME-UNI 4, princ. 15 et 16 et ROYAUME-UNI 6, par. 55 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 9 et 10 ; CANADA 3, p. 29, rec. 3.4 ; ONTARIO 1, rec. 12 et CANADA 4, pp. 10-13.

83. AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 2, art. 10(3) ; VICTORIA 1, art. 11 à 13A, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 10.18, rec. 26 ; ESPAGNE 1, art. 5 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-11 et L. 668-12 ; ROYAUME-UNI 2, ann. 3, art. 2, 3, 6 et 8, ROYAUME-UNI 4, princ. 15d), et ROYAUME-UNI 6, par. 55 ; ONTARIO 1, rec. 13 et 14 ; CANADA 5, p. 31, rec. 14.

84. ÉTATS-UNIS 2, p. 60S ; ROYAUME-UNI 2, ann. 3, art. 2 et 3, et ROYAUME-UNI 6, par. 60 ; CANADA 5, p. 40, rec. 24 ; QUÉBEC 5, rec. 47 et 48.

85. DANEMARK 1, p. 97 et rec. 6.1, p. 124 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, pp. 24-25 et princ. 7 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-3 ; ROYAUME-UNI 2, art. 14, et ROYAUME-UNI 6, par. 57 ; QUÉBEC 1, rec. 9. *Contra* : QUÉBEC 5, p. 49, rec. 35.

86. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 10.18 et rec. 26 ; ROYAUME-UNI 6, par. 57.

87. ROYAUME-UNI 5, par. 10.8, rec. 59, p. 137.

88. NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 2 et 22 ; DANEMARK 1, rec. 6.1, p. 124 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, pp. 25-26 et princ. 8 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 670 ; ROYAUME-UNI 2, art. 14 et ROYAUME-UNI 6, par. 57, 58 et 60 ; ONTARIO 1, rec. 32 ; QUÉBEC 1, p. 34.

89. ROYAUME-UNI 6, par. 57, 58 et 60. Voir aussi NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, par. 5.51, qui prévoit le statu quo jusqu'à la fin du délai de conservation en cas de mésentente.

est utilisé ou détruit à la discrétion de l'organisme dépositaire⁹⁰. Si un seul partenaire du couple décède, l'embryon est détruit⁹¹ ou les droits dont il est l'objet sont dévolus au partenaire survivant⁹².

Selon le rapport de la Commission de réforme du droit de l'Ontario, l'embryon conçu grâce aux gamètes d'un donneur et d'un des partenaires serait soumis à l'autorité exclusive de ce dernier. L'autorité sur l'embryon issu des gamètes de deux donneurs appartiendrait à l'organisme qui en a la possession tant qu'il n'est pas implanté chez la femme pour qui il a été conçu⁹³.

En général, un consentement explicite est requis pour toute forme d'utilisation des gamètes et des embryons, et la volonté exprimée par les géniteurs doit être respectée⁹⁴. Les conditions auxquelles est assujéti un don de gamètes peuvent aussi s'appliquer à l'embryon issu de ces gamètes⁹⁵, mais un don inconditionnel prive le donneur de tout droit à l'égard de l'utilisation de ses gamètes ou de l'embryon qui en est issu⁹⁶.

Le Conseil de l'Europe permet d'assortir le don de conditions raisonnables et non-discriminatoires⁹⁷. Pour sa part, le Barreau du Québec s'oppose au don assorti de conditions visant le couple ou la receveuse⁹⁸. Le don fait à une personne déterminée est quelquefois interdit⁹⁹, mais d'autres autorités ne s'y opposent pas pour peu que les précautions habituelles aient été prises¹⁰⁰. Le consentement peut généralement être

90. NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 2 et 26 ; ROYAUME-UNI 5, par. 10.10, rec. 31, p. 133 ; ONTARIO 1, rec. 27(1). Voir, cependant, QUÉBEC 5, rec. 48, selon laquelle un comité d'éthique jugerait du sort des embryons si le couple est introuvable, ou s'il y a désaccord ou abandon du projet parental.

91. DANEMARK 1, p. 101, rec. 6.1, p. 124 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 670 ; ROYAUME-UNI 6, par. 60.

92. NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 2 et 25 ; ROYAUME-UNI 5, par. 10.12, rec. 32, p. 133, et ROYAUME-UNI 6, par. 59 ; ONTARIO 1, rec. 27(1).

93. ONTARIO 1, rec. 27(1) et (2).

94. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 13, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 2, 23 et 24 ; VICTORIA 1, art. 9 à 13A ; DANEMARK 1, rec. 4.1, p. 123, règl. 4.2, p. 132 ; ESPAGNE 1, art. 13 à 15 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 26 et princ. 8(3) et 17(2) ; ÉTATS-UNIS 2, pp. 36S et 60S ; LOUISIANE 2, art. 126 et 130 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-12, L. 668-13, L. 669, L. 671, L. 672 et L. 676-2 ; ROYAUME-UNI 2, ann. 3, art. 5, ROYAUME-UNI 4, princ. 5 et 6, et ROYAUME-UNI 5, par. 11.24, rec. 13 et 14, pp. 130-131, ROYAUME-UNI 6, par. 51 et 56 ; ALLEMAGNE 1, art. 4 ; ONTARIO 1, rec. 12 ; CANADA 2, rec. 10(b) ; QUÉBEC 1, rec. 23, 25 et 27, et QUÉBEC 5, rec. 45, 47 et 50.

95. CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 17(2) ; ROYAUME-UNI 2, ann. 3, art. 2 et 6 ; ONTARIO 1, rec. 13, 26 et 27(2).

96. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 10.13, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 23 ; ONTARIO 1, rec. 27(2).

97. CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 26 et princ. 9(3) ; par exemple, utilisation des gamètes à l'extérieur de la région où ils ont été donnés.

98. QUÉBEC 1, p. 24.

99. ROYAUME-UNI 4, princ. 13(j) ; on déconseille l'utilisation de gamètes provenant de personnes connues ou de proches parents ; FRANCE 5, art. 10 et p. 25 — FRANCE 2, L. 668-7 ; QUÉBEC 1, p. 24.

100. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 8.4 ; VICTORIA 1, art. 16 ; ÉTATS-UNIS 2, pp. 49S-50S et 52S ; ROYAUME-UNI 5, par. 6.7 ; voir aussi QUÉBEC 5, p. 43.

modifié ou retiré avant l'utilisation du produit du don¹⁰¹, encore que certains pays le considèrent irrévocable¹⁰².

b) L'utilisation des gamètes

Le don de gamètes est souvent assujéti à des restrictions. Les législations suédoise et norvégienne interdisent le don d'ovule et de sperme pour la fécondation in vitro¹⁰³. Le Barreau du Québec propose de permettre les dons de gamètes si ceux-ci sont utilisés à des fins thérapeutiques¹⁰⁴. Le Conseil de l'Europe précise que, dans le cadre de la fécondation in vitro, il est préférable d'utiliser les gamètes du couple¹⁰⁵. Au Québec, un rapport propose d'interdire le don d'ovule¹⁰⁶ tandis qu'un autre suggère de l'assujéti à des conditions restrictives : l'ovule ne pourrait être prélevé dans le seul but d'être donné et devrait provenir d'une femme qui subit des traitements d'infertilité et qui en a suffisamment pour ses propres besoins¹⁰⁷. Enfin, l'utilisation du sperme de plusieurs donneurs, lors d'un même cycle, pour l'insémination artificielle est souvent interdite ou, à tout le moins, déconseillée¹⁰⁸.

L'utilisation des gamètes de mineurs est généralement déconseillée¹⁰⁹. Toutefois, l'Ontario propose de l'autoriser, mais ne permettrait le don d'ovule que s'il y a consentement éclairé et si l'ovule est donné à l'occasion d'une autre opération, telle une hystérectomie¹¹⁰. L'expérimentation sur les gamètes ne soulève généralement pas de problèmes¹¹¹.

c) L'utilisation de l'embryon

Certains pays interdisent le don d'embryon¹¹², tandis que d'autres l'assujéti à

101. VICTORIA 1, art. 11 à 13A et art. 15 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 9(3) ; ROYAUME-UNI 2, ann. 3, art. 4, ROYAUME-UNI 4, princ. 15b), et ROYAUME-UNI 6, par. 57 ; ONTARIO 1, rec. 13 et 14.

102. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 3, p. 25 ; DANEMARK 1, p. 99 ; voir aussi ESPAGNE 1, art. 5, où la stérilité ultérieure du donneur est le seul motif permettant à celui-ci de revenir sur son consentement, à charge pour lui d'indemniser la receveuse.

103. SUÈDE 2, art. 2 ; NORVÈGE 1, art. 12.

104. QUÉBEC 1, p. 23.

105. CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 27 et princ. 11(1). Voir aussi DANEMARK 1, rec. 7.1a et 7.1b, p. 125 (position minoritaire).

106. QUÉBEC 4, p. 17, rec. 3.1.

107. QUÉBEC 5, rec. 50 et 51 ; voir également ALLEMAGNE 1, al. 1(1)i et ii.

108. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 9.24, rec. 22 et 23 ; VICTORIA 1, art. 26 ; ESPAGNE 1, art. 20 ; SUÈDE 3 ; CANADA 3, rec. 3.5 ; QUÉBEC 4, rec. 2.8, QUÉBEC 5, rec. 26, et QUÉBEC 6, p. 60.

109. QUEENSLAND 3, rec. B(3) (iii) ; VICTORIA 1, art. 25 (à moins que le mineur ne soit marié) ; ESPAGNE 1, art. 5.

110. ONTARIO 1, rec. 10 et 11.

111. Voir, par exemple, ESPAGNE 1, art. 14, et ESPAGNE 2, p. 238 (les gamètes soumis à l'expérimentation ne pourraient toutefois être utilisés aux fins de procréation) ; voir également CANADA 5, pp. 43-45, rec. 27.

112. NORVÈGE 1, art. 3 et 12, et SUÈDE 2, art. 2. Voir aussi DANEMARK 1, rec. 7.1a, p. 125 (position minoritaire) ; ALLEMAGNE 1, art. 1(1)v, ne permet pas la création d'embryons surnuméraires.

des conditions précises : les donneurs doivent avoir réalisé ou abandonné leur projet parental et le couple receveur doit être en traitement¹¹³ ; le don doit être restreint à des circonstances exceptionnelles, notamment en vue d'éviter que l'embryon soit détruit ou qu'il soit soumis à l'expérimentation¹¹⁴, à moins que le consentement au don n'ait été donné avant la fécondation¹¹⁵.

Le but de la création d'embryons est souvent restreint à la procréation¹¹⁶ ou au traitement du couple ; l'embryon ne peut donc être conçu dans le seul but d'être donné¹¹⁷. La Commission de réforme du droit de l'Ontario propose de permettre l'implantation d'embryons issus de différents donneurs chez une même personne¹¹⁸, mais certains pays s'y opposent¹¹⁹.

En ce qui a trait à la recherche sur les embryons, bien que certains pays l'interdisent¹²⁰, la majorité préfèrent la réglementer. Plusieurs formes d'expérimentation sont interdites (clonage, croisement de gamètes humains avec ceux d'autres espèces, manipulations génétiques, parthénogénèse, ectogénèse¹²¹) et la recherche doit souvent être approuvée ou autorisée par une autorité quelconque¹²². L'expérimentation sur l'embryon *in vitro* n'est généralement permise que si elle a un but thérapeutique ou préventif¹²³, sur des embryons qui n'ont pas les qualités requises pour se développer¹²⁴, ou si le but recherché ne peut être atteint autrement¹²⁵.

113. LOUISIANE 2, art. 130 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 671 et L. 676 ; QUÉBEC 1, pp. 32-33.

114. CONSEIL DE L'EUROPE 1, pp. 27-28 et princ. 11 et 12 ; QUÉBEC 1, rec. 24, p. 39.

115. VICTORIA 1, art. 13. Des services de consultation doivent avoir été fournis au couple au moment où il a consenti à faire le don. Le Ministre peut également autoriser le don si les géniteurs sont décédés ou introuvables (art. 14).

116. ESPAGNE 1, art. 3 et 20, et ESPAGNE 3, p. 243 ; LOUISIANE 2, art. 122 ; ALLEMAGNE 1, art. 1 et 2 ; QUÉBEC 6, p. 61. Voir aussi DANEMARK 1, rec. 7.1c, p. 125 (position minoritaire).

117. CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 25 et princ. 8(1) ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 669 ; QUÉBEC 1, p. 32, rec. 22 et 26, et QUÉBEC 5, rec. 49.

118. ONTARIO 1, rec. 26.

119. VICTORIA 1, art. 13 ; ESPAGNE 1, art. 20.

120. DANEMARK 1, rec. 3.1, p. 129 (position minoritaire) ; NORVÈGE 1, art. 3 et 14 ; ROYAUME-UNI 5, par. 11.18 ; QUÉBEC 4, p. 13, rec. 6.4 : le Conseil du statut de la femme du Québec recommande l'imposition d'un moratoire à ce chapitre.

121. Voir, par exemple, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 13, p. 71, et VICTORIA 1, art. 6 ; DANEMARK 1, rec. 9.1 et 10.1, pp. 125-126 ; ESPAGNE 1, art. 14, 15 et 20 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 20 et 21 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 673 ; ROYAUME-UNI 2, art. 3 et ann. 2, art. 3, ROYAUME-UNI 4, préambule et princ. 10, ROYAUME-UNI 5, par. 12.3, rec. 15, 46 et 47, pp. 131, 135-136, ROYAUME-UNI 6, par. 37, 39, 41 et 42 ; ALLEMAGNE 1, art. 5 à 7 ; CANADA 2, rec. 10f).

122. Voir, par exemple, AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2, art. 14 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 17 à 19 ; VICTORIA 1, art. 6 et 29 ; DANEMARK 1, rec. 4.1, p. 123, et rec. 12.1 à 13.2, p. 127 ; ESPAGNE 1, art. 14 et 15, et ESPAGNE 2, p. 238 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 17(2) ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 673 ; ROYAUME-UNI 2, art. 11 et ann. 2, art. 3, ROYAUME-UNI 4, princ. 5, et ROYAUME-UNI 5, par. 11.18 et 12.16, rec. 11, 42 et 48, pp. 130, 135-136 ; ONTARIO 1, rec. 29, et CANADA 2, rec. 10e) ; CANADA 5, pp. 43-45, rec. 27 ; QUÉBEC 6, p. 61.

123. Voir, par exemple, AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2, par. 14(2) ; VICTORIA 1, art. 9A ; DANEMARK 1, rec. 4.1, p. 123 ; ESPAGNE 1, art. 12 et 16 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 17(1) ; ILLINOIS 1, par. 6(7) ; ROYAUME-UNI 2, ann. 2, art. 3, et ROYAUME-UNI 4, princ. 3 ; QUÉBEC 1, pp. 33-34, rec. 27.

124. Voir, par exemple, ESPAGNE 1, art. 15, et ESPAGNE 2, p. 238.

125. Voir, par exemple, DANEMARK 1, rec. 4.1, p. 123 ; ESPAGNE 1, art. 15 et 16 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 17(2) ; ROYAUME-UNI 4, princ. 2.

Quelques pays interdisent l'expérimentation sur l'embryon *in vivo*¹²⁶ et précisent que l'embryon ayant fait l'objet de recherches *in vitro* ne peut être implanté dans l'utérus d'une femme, sauf lorsqu'il s'agit d'améliorer ses chances de grossesse¹²⁷, ou que l'expérimentation était de nature thérapeutique¹²⁸. Enfin, la création ou le recueil d'embryons aux seules fins de recherche sont souvent interdits¹²⁹.

2. L'utilisation posthume des gamètes et des embryons

L'utilisation posthume des gamètes ou des embryons issus d'un partenaire décédé est permise dans certains pays¹³⁰. Au Royaume-Uni, sauf disposition testamentaire expresse, l'intervention doit être pratiquée avant le décès pour qu'il y ait un lien de filiation entre l'enfant et le géniteur décédé¹³¹. En Espagne, le lien de filiation n'est possible que si la fécondation a lieu dans les six mois qui suivent le décès et que le père ait reconnu l'enfant à naître dans un testament ou autre disposition notariée¹³². En Australie, l'enfant conçu après le décès du géniteur par insémination artificielle ou fécondation *in vitro* n'est pas successible sauf legs particulier mais il conserve un recours contre la succession en vertu d'une autre loi¹³³. Pour l'Ontario, enfin, la Commission de réforme du droit de cette province recommande que l'enfant posthume soit successible à condition d'avoir été conçu avant la détermination des héritiers, à moins, bien entendu, d'un legs particulier¹³⁴.

Les pays qui s'opposent à l'utilisation posthume des gamètes et des embryons soutiennent qu'elle est contraire au bien-être de l'enfant, à qui il manquerait un parent¹³⁵.

126. Voir, par exemple, CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 19.

127. Voir, par exemple, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, par. 5.24 et rec. 16 ; DANEMARK 1, rec. 9.1, p. 125 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 18 ; ROYAUME-UNI 4, princ. 4, et ROYAUME-UNI 5, par. 11.22, rec. 45, p. 135 ; QUÉBEC 1, rec. 27, p. 40.

128. ONTARIO 1, rec. 30 ; ESPAGNE 1, art. 12 à 16.

129. Voir, par exemple, DANEMARK 1, rec. 9.2, p. 126 ; ESPAGNE 1, art. 3 et 20 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 16 ; LOUISIANE 2, art. 122 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 669 ; QUÉBEC 1, p. 32, et rec. 22 et 27, pp. 39-40. *Contra* : NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 14 ; VICTORIA 1, art. 9A ; ROYAUME-UNI 2, ann. 2, art. 3, et ROYAUME-UNI 5, par. 11.30, rec. 44, p. 135 ; voir aussi ALLEMAGNE 1, art. 1(1)v.

130. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 12.4, rec. 28 et 29, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 38 et 39 ; ESPAGNE 1, art. 9, ESPAGNE 2, p. 237, et ESPAGNE 3, p. 243 ; ROYAUME-UNI 2, art. 28(6). Voir aussi ROYAUME-UNI 5, par. 4.4, 10.9 et 10.15, et ROYAUME-UNI 6, par. 59 et 60, où cette pratique est découragée. ONTARIO 1, rec. 20 et 21 ; QUÉBEC 5, rec. 35.

131. ROYAUME-UNI 2, par. 28(6), ROYAUME-UNI 5, par. 10.9 et 10.15, rec. 60 et 63, pp. 137-138, et ROYAUME-UNI 6, par. 59, 60 et 88.

132. ESPAGNE 1, art. 9.

133. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 3 et 5A, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 12.4, rec. 28, 29 et 31, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 38.

134. ONTARIO 1, rec. 20 et 21.

135. DANEMARK 1, pp. 97 et 101, rec. 6.1 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 25 et princ. 7(4) ; FRANCE 5, art. 10 et p. 27 — FRANCE 2, L. 668-3 ; SUÈDE 3 et SUÈDE 4, p. 6. Voir aussi ALLEMAGNE 1, art. 4 ; par. 4(i) : [TRADUCTION] « Est passible d'une peine d'emprisonnement de trois ans ou d'une amende quiconque : [...] (iii) sciemment, féconde artificiellement un ovule avec le sperme d'un homme après le décès de ce dernier ». QUÉBEC 1, p. 21 et rec. 6, p. 38, QUÉBEC 4, p. 12, et QUÉBEC 5, rec. 35.

E. La filiation de l'enfant

La filiation de l'enfant né par suite d'un don de gamètes ou d'embryon est traitée plus fréquemment que la filiation de l'enfant né d'une femme porteuse¹³⁶.

1. Le don de gamètes et d'embryon

Pour un grand nombre de pays, le donneur ou la donneuse de gamètes n'a aucun lien de filiation ni aucune responsabilité parentale envers l'enfant né grâce à son don¹³⁷. Toutefois, certains limitent l'application de ce principe aux seuls cas où le don est effectué sous surveillance médicale ou par l'entremise d'un centre autorisé¹³⁸. Signalons qu'une loi récente du Royaume-Uni précise que le donneur de sperme doit avoir consenti au don pour ne pas être considéré comme le père de l'enfant¹³⁹.

La maternité légale est souvent établie au moyen d'une présomption qui tient pour mère la femme qui donne naissance à l'enfant¹⁴⁰. Suivant la recommandation de la Commission de réforme du droit de l'Ontario, la femme qui porte un enfant dans l'intention de l'élever devrait être reconnue comme sa mère de façon concluante¹⁴¹. D'autre part, la législation espagnole prévoit que le couple marié qui a consenti à l'intervention ne peut contester la filiation maternelle¹⁴².

Le mari de la femme qui donne naissance à l'enfant est tenu pour le père légal de l'enfant, soit par l'opération d'une présomption, soit en raison de son consentement à

136. Voir aussi la section portant sur l'utilisation posthume des gamètes et des embryons.

137. AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 1, art. 10e ; AUSTRALIE-OCCIDENTALE 1, art. 7, NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 6 ; QUEENSLAND 1, art. 15 à 18 ; TASMANIE 1, art. 10c ; TERRITOIRE DU NORD 1, art. 5D, 5E et 5F ; VICTORIA 2, art. 10c à 10f ; DANEMARK 1, p. 96 ; ESPAGNE 3, p. 243 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, pp. 29-30 et princ. 14 ; NEW YORK 1, par. 2(b) et MISSOURI 1, art. 210.824 ; FRANCE 5, art. 11 — FRANCE 3, art. 342-9 ; NORVÈGE 1, par. 15(2) (par suite de la modification du *Children Act*) ; ROYAUME-UNI 2, art. 28, ROYAUME-UNI 5, par. 4.22, 6.8 et 7.6, rec. 51 et 54, p. 136 et ROYAUME-UNI 6, par. 88 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 1 et 13 ; ONTARIO 1, rec. 19(2) et 21 ; SASKATCHEWAN 1, p. 9 et art. 4 et CANADA 2, p. 14 et rec. 1 ; CANADA 5, pp. 33-34, rec. 18 ; QUÉBEC 1, rec. 12 et 13, p. 38 ; QUÉBEC 5, rec. 24 et 25, QUÉBEC 6, p. 60, et QUÉBEC 7, art. 579.

138. En Europe, lorsque le don n'est pas effectué par l'entremise d'un centre autorisé, le donneur est tenu à des obligations parentales et un lien de filiation avec l'enfant pourrait être établi : CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 30, princ. 14(3). Voir aussi SASKATCHEWAN 1, art. 2 et 4.

139. ROYAUME-UNI 2, par. 28(6).

140. COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 1, art. 60B ; AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 1, art. 10c ; AUSTRALIE-OCCIDENTALE 1, art. 5 et 7 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 37 ; QUEENSLAND 1, art. 17 ; TASMANIE 1, art. 10c ; TERRITOIRE DU NORD 1, art. 5C ; VICTORIA 2, art. 10E ; ESPAGNE 3, p. 242 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, pp. 29-30, princ. 14 ; ARKANSAS 1, art. 9-10-201 ; ROYAUME-UNI 2, art. 27, ROYAUME-UNI 5, par. 6.8 et 7.6, rec. 54 et 55, pp. 136-137, et ROYAUME-UNI 6, par. 88 ; CANADA 2, rec. 2 ; QUÉBEC 1, rec. 13, p. 38, et QUÉBEC 5, rec. 34.

141. ONTARIO 1, rec. 19(1).

142. ESPAGNE 1, art. 8.

l'intervention¹⁴³, lequel serait présumé jusqu'à preuve du contraire dans plusieurs pays¹⁴⁴. Selon la Commission de réforme du droit de la Saskatchewan, enfin, le consentement pourrait être donné avant ou après l'insémination¹⁴⁵.

Pour la plupart des pays, lorsque le couple n'est pas marié, le conjoint de fait peut généralement être reconnu comme le père de l'enfant s'il a consenti à l'intervention¹⁴⁶. Selon la proposition de la Commission de réforme du droit de l'Ontario, le mari ou partenaire consentant de la femme qui porte l'enfant dans l'intention de l'élever serait, de façon concluante, tenu pour le père légal de l'enfant¹⁴⁷.

Le désaveu ou la contestation de la paternité se fait généralement par la preuve de l'absence de consentement ou du fait que l'enfant n'est pas né par suite de l'intervention, mais naturellement¹⁴⁸. En France, le conjoint qui a consenti mais ne reconnaît plus l'enfant à la naissance reste responsable envers la mère et l'enfant. De plus, il est impossible à quiconque, y compris l'enfant, de contester ce lien de filiation pour cause d'absence de lien biologique¹⁴⁹.

L'enfant né grâce à la procréation médicalement assistée jouit des mêmes droits que l'enfant légitime conçu naturellement si le couple est marié et que le mari ait donné son

143. COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 1, art. 60B ; AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 1, art. 10d ; AUSTRALIE-OCCIDENTALE 1, art. 6 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 5 ; QUEENSLAND 1, art. 15 à 17 ; TASMANIE 1, art. 10c ; TERRITOIRE DU NORD 1, art. 5D ; VICTORIA 2, art. 10C à 10E ; ESPAGNE 3, p. 242 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 30, princ. 14(2) ; NEW YORK 1, art. 1 ; MISSOURI 1, art. 210.824 ; ARKANSAS 1, art. 9-10-201 ; FRANCE 5, p. 29 (conformément au droit commun, FRANCE 3, art. 312) ; NORVÈGE 1, par. 15(2) (par suite de la modification de l'art. 9 du *Children Act*) ; ROYAUME-UNI 2, art. 28, ROYAUME-UNI 5, par. 4.17, 4.24, 4.25 et 7.6, rec. 50, 52, 53 et 55, pp. 136-137, et ROYAUME-UNI 6, par. 88 et 89 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 1 et 17 ; CANADA 3, rec. 1 ; ONTARIO 1, rec. 19(1) ; SASKATCHEWAN 1, p. 8 et art. 2(a) et 3 ; CANADA 2, rec. 3 ; QUÉBEC 1, p. 25 et rec. 11 et 12, p. 38 ; QUÉBEC 5, rec. 33, et QUÉBEC 7, art. 580 et 581. La Suède et une trentaine d'États américains ont adopté des dispositions législatives au même effet, en s'inspirant du *Uniform Parentage Act* (voir ÉTATS-UNIS 5, p. 244).

144. COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 1, art. 60B ; AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 1, art. 10a et 10d ; AUSTRALIE-OCCIDENTALE 1, art. 3, 5 et 6 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 3 et 5 ; QUEENSLAND 1, art. 13 et 15 à 17 ; TASMANIE 1, art. 10c ; TERRITOIRE DU NORD 1, art. 5A et 5D ; VICTORIA 2, art. 10A, 10C, 10D et 10E ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.24, rec. 53, p. 136, et ROYAUME-UNI 6, par. 88 et 89 (projet de modification du *Family Law Reform Act* 1987, visant à inclure les dons d'ovules et d'embryons) ; ONTARIO 1, rec. 19(3), et CANADA 2, rec. 3.

145. SASKATCHEWAN 1, p. 8 et art. 3.

146. COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 1, art. 60B ; AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 1, art. 10a et 10d ; AUSTRALIE-OCCIDENTALE 1, art. 3, 5 et 6 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 3 et 5 ; QUEENSLAND 1, art. 13 et 15 à 17 ; TERRITOIRE DU NORD 1, art. 5A et 5D ; VICTORIA 2, art. 10A, 10C à 10E ; ESPAGNE 1, art. 6, et ESPAGNE 3, p. 242 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 14(2) ; ROYAUME-UNI 2, art. 28 ; CANADA 2, rec. 3 ; QUÉBEC 5, rec. 34, et QUÉBEC 7, art. 581.

147. ONTARIO 1, rec. 19(1).

148. CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 30, princ. 14(2) ; LOUISIANE 1, art. 188 ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.24, rec. 52, p. 136 ; ONTARIO 1, rec. 19(3) ; QUÉBEC 7, art. 580.

149. FRANCE 5, art. 11 et pp. 29-30 ; FRANCE 3, art. 342-10 et 342-11.

consentement¹⁵⁰. Certains pays exigent que l'insémination ait été pratiquée sous surveillance médicale¹⁵¹ et d'autres, que l'acte de naissance ne fasse aucune mention du mode de conception¹⁵².

2. La maternité de substitution

Parmi les pays qui tentent de décourager la maternité de substitution, plusieurs recommandent que la présomption attribuant la maternité légale à la femme qui donne naissance à l'enfant s'applique en dépit du contrat conclu¹⁵³. En Espagne, la loi ne permet pas à la femme de renoncer à l'avance à sa maternité par contrat¹⁵⁴. Le rapport du Barreau du Québec précise d'autre part qu'aucun droit préférentiel à l'adoption ne devrait être accordé à la conjointe du père biologique¹⁵⁵. Au Royaume-Uni, l'Interim Licensing Authority recommande que soit évitée la maternité de substitution par fécondation in vitro entre parents proches¹⁵⁶. Enfin, certains organismes proposent de reconnaître aux enfants nés grâce à cette technique les droits d'accès à l'information reconnus aux enfants adoptés ou conçus par insémination artificielle¹⁵⁷.

Dans l'État américain de l'Arkansas, le père biologique et sa femme sont reconnus comme les parents de l'enfant conçu dans le cadre d'un contrat de maternité de substitution, bien que ce soit le nom de la femme porteuse qui figure sur le certificat de naissance¹⁵⁸. Au Michigan, en cas de litige, la partie ayant la garde physique de l'enfant la conserve jusqu'à ce qu'un tribunal, au regard de l'intérêt véritable de l'enfant, en décide autrement¹⁵⁹.

L'Association du Barreau canadien, qui ne s'oppose pas à la maternité de substitution à titre gratuit et non contestée, propose que la législation sur l'adoption et la famille soit

150. CONSEIL DE L'EUROPE 1, pp. 29-30 ; ARKANSAS 1, art. 9-10-201 ; FRANCE 5, p. 29 (enfant légitime du mari, FRANCE 3, art. 312) ; NORVÈGE 1, par. 15(2) ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.17, 4.24 et 7.6, rec. 50, 52 et 55, pp. 136-137, et ROYAUME-UNI 6, par. 89 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 1 ; CANADA 3, p. 37 et rec. 1 ; ONTARIO 1, rec. 21, et SASKATCHEWAN 1, art. 3.

151. NEW YORK 1, art. 1 ; SASKATCHEWAN 1, al. 2a) et b).

152. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 11.1 à 11.4, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 41, p. 104 ; COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. X ; ESPAGNE 1, art. 7 ; FRANCE 5, p. 29 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 17 ; ONTARIO 1, rec. 20, et CANADA 2, p. 16, rec. 4. Voir cependant ROYAUME-UNI 5, par. 4.25, 6.8 et 7.6, et ROYAUME-UNI 6, par. 90, qui ne semblent pas défavorables à l'inscription du mode de conception au registre des naissances.

153. NOUVELLE-GALLES DU SUD 5, rec. 9, pp. 60-62 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 30 et princ. 14 ; ESPAGNE 1, art. 10 ; ROYAUME-UNI 2, art. 27, et ROYAUME-UNI 5, par. 8.20.

154. ESPAGNE 1, art. 10, ESPAGNE 2, p. 237, et ESPAGNE 3, p. 242.

155. QUÉBEC 1, pp. 29-30 et rec. 21, p. 39. Voir aussi NOUVELLE-GALLES DU SUD 5, rec. 10, pp. 62-65.

156. ROYAUME-UNI 4, princ. 13(k). Voir aussi QUÉBEC 5, rec. 58, où l'on se dit défavorable à la pratique des contrats de maternité de substitution avec transfert d'embryon.

157. NOUVELLE-GALLES DU SUD 5, rec. 11 ; QUÉBEC 4, p. 20.

158. ARKANSAS 1, art. 9-10-201.

159. MICHIGAN 1, art. 722.861, division 11.

modifiée pour faciliter la reconnaissance des parents sociaux comme parents légaux dans ces circonstances. Aucun droit de visite ou de garde ne serait accordé si la femme porteuse refuse de rendre l'enfant. Celle-ci pourrait en revanche réclamer au couple qui refuse d'adopter l'enfant une pension alimentaire pour celui-ci si elle le garde¹⁶⁰. La position et les recommandations du New York Task Force on Life and the Law sont au même effet : en cas de conflit dans l'exécution d'une entente à titre gratuit, le tribunal devrait accorder la garde à la femme porteuse, à moins qu'il soit prouvé de façon claire et convaincante que l'intérêt de l'enfant serait mieux servi autrement¹⁶¹.

La Commission de réforme du droit de l'Ontario favorise l'exécution du contrat en attribuant dès la naissance de l'enfant la maternité et la paternité au couple requérant. La femme porteuse ne pourrait changer d'avis ; il lui faudrait remettre l'enfant à ce moment, et pourrait y être forcée par ordonnance judiciaire¹⁶².

II. L'innocuité des techniques de procréation médicalement assistée

Les normes d'application, la tenue des dossiers et l'accès à l'information, de même que la responsabilité du donneur et les recours de l'enfant, sont les thèmes qui reviennent régulièrement dans les lois et rapports examinés lorsqu'il s'agit d'assurer l'innocuité des techniques de procréation médicalement assistée.

A. Les normes d'application

Les normes d'application de la procréation portent en général sur les risques physiques, la fréquence d'utilisation des gamètes d'un même donneur et les services de consultation.

1. Les risques physiques

Pour assurer la qualité des gamètes, les rapports recommandent que les mesures suivantes deviennent obligatoires : l'évaluation psychologique du donneur et de ses

160. CANADA 2, pp. 26-33 et rec. 9c) à 9h) ; la femme porteuse aurait le même délai qu'en matière d'adoption pour décider si elle veut garder l'enfant.

161. NEW YORK 2, pp. 136-137, et art. 4 du *Proposed Surrogate Parenting Act*. Le tribunal doit aussi déterminer les droits de visite et de pension alimentaire en fonction du droit existant. Le fardeau de la preuve relatif à l'intérêt de l'enfant est plus élevé que la prépondérance de preuve, mais moins élevé que la preuve hors de tout doute raisonnable.

162. ONTARIO 1, rec. 49 et 56 à 59. Voir aussi NEW YORK 2, p. 99, où l'on cite le projet de loi de la Floride qui interdit à la femme porteuse de révoquer son consentement à l'adoption.

motivations¹⁶³, l'examen médical du donneur¹⁶⁴, le dépistage des maladies transmissibles ou héréditaires¹⁶⁵, le dépistage génétique ou la vérification des antécédents familiaux¹⁶⁶, le dépistage sanguin des anticorps contre le virus d'immuno-déficience humaine (VIH)¹⁶⁷ ou encore la répétition, au moins six mois après le don, du dépistage du VIH chez le donneur avant toute utilisation du sperme¹⁶⁸.

Dans certains pays, on exige ou, à tout le moins, recommande de n'utiliser que du sperme congelé¹⁶⁹, alors que d'autres jugent suffisant de s'en remettre aux lignes directrices du corps médical en matière de dépistage et de sélection des donneurs¹⁷⁰.

En ce qui a trait aux recommandations relatives à la conservation des gamètes et embryons, le délai maximum de conservation des gamètes varie généralement entre cinq et dix ans¹⁷¹. La congélation d'ovules non fécondés est souvent déconseillée¹⁷². Le délai

163. COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 10 ; CANADA 3, p. 6 ; CANADA 4, p. 7 ; QUÉBEC 5, rec. 14.

164. DELAWARE 1, art. 2801 ; OHIO 1, art. 3111.33 ; ÉTATS-UNIS 1, princ. VII, et ÉTATS-UNIS 2, p. 45S ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.18 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 11 ; CANADA 3, pp. 9-10, CANADA 4, p. 6, et CANADA 5, pp. 29-30, rec. 12 : [TRADUCTION] « Les Sociétés recommandent que les donneurs soient soumis aux épreuves de dépistage et analyses génétiques déterminées par la corporation professionnelle ».

165. ESPAGNE 1, art. 5 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 5 ; OHIO 1, art. 3111.33 ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.18 ; SUÈDE 3 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 11 ; CANADA 3, rec. 2, et CANADA 4, p. 6.

166. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 5.12 et 5.15 ; QUEENSLAND 3, p. 111 ; ESPAGNE 1, art. 5 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 5 ; ÉTATS-UNIS 1, princ. VII, ÉTATS-UNIS 2, p. 45S, et OHIO 1, art. 3111.33 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 11 ; CANADA 3, pp. 7-9, rec. 2.2, et CANADA 4, pp. 6-7. Voir aussi QUÉBEC 1, p. 23, où l'on recommande l'adoption de normes minimales et uniformes pour la sélection et l'appariement des donneurs.

167. ÉTATS-UNIS 1, princ. V, VI et VII ; ROYAUME-UNI 4, princ. 13(h) ; SUÈDE 3 ; CANADA 1, p. 29, CANADA 4, p. 6, et CANADA 5, pp. 38-39, rec. 22 ; QUÉBEC 1, p. 23, QUÉBEC 5, rec. 17, et QUÉBEC 6, p. 61. Les ÉTATS-UNIS et le ROYAUME-UNI recommandent également le dépistage du virus de l'hépatite B.

168. LOUISIANE 4, art. 1062.1, et ÉTATS-UNIS 1, princ. VII ; SUÈDE 3 ; CANADA 4, p. 6 ; QUÉBEC 4, p. 13 et rec. 2.7, QUÉBEC 5, pp. 89-92 et rec. 17, et QUÉBEC 6, pp. 43-45.

169. DANEMARK 1, p. 97 ; ÉTATS-UNIS 1, princ. VII(D), ÉTATS-UNIS 2, p. 44S, et LOUISIANE 4, art. 1062.1 (cette règle ne s'applique pas à l'insémination artificielle homologue) ; ROYAUME-UNI 4, princ. 13(i), et ROYAUME-UNI 5, par. 10.1 et rec. 29, p. 133 (sauf l'insémination artificielle homologue), ROYAUME-UNI 6, par. 44 ; SUÈDE 3 ; CANADA 4, p. 5, CANADA 5, pp. 38-39, rec. 22 ; QUÉBEC 4, p. 13 et rec. 2.7, QUÉBEC 5, rec. 17, et QUÉBEC 6, p. 61.

170. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 5.12 et 9.11, rec. 4, 17 et 18 ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.5 (pour l'insémination artificielle homologue) ; ONTARIO 1, rec. 8 (on recommande toutefois la tenue de consultations nationales aux fins d'uniformisation) ; SASKATCHEWAN 1, p. 3, et CANADA 2, p. 19 (les banques de gamètes provinciales se chargeraient d'assurer la qualité des gamètes et la sélection des donneurs).

171. ESPAGNE 1, art. 11 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 7(2) et 7(3) ; FRANCE 5, art. 10 et p. 23 — FRANCE 2, L. 668-3 ; ROYAUME-UNI 2, art. 14, ROYAUME-UNI 5, par. 10.8 et rec. 30, p. 133, et ROYAUME-UNI 6, par. 54. Voir aussi QUÉBEC 1, rec. 9, p. 38. Le lecteur trouvera au tableau III, *infra*, pp. 217-220, la liste des délais proposés.

172. ESPAGNE 1, art. 11 ; ÉTATS-UNIS 2, p. 57S ; NORVÈGE 1, art. 3 ; ROYAUME-UNI 4, princ. 11 (la congélation des ovules est permise mais leur implantation subséquente est interdite), et ROYAUME-UNI 5, par. 10.2 et rec. 9, p. 130 ; QUÉBEC 5, rec. 52.

recommandé pour la cryoconservation des embryons peut varier entre douze mois et dix ans¹⁷³ et l'ovule fécondé in vitro ne peut être conservé pendant plus de quatorze jours¹⁷⁴.

Plusieurs autorités se sont prononcées sur les risques occasionnés par la grossesse multiple, le nombre d'embryons à implanter et leur réduction subséquente¹⁷⁵. De plus, le don ou transfert d'embryon de l'utérus d'une femme à celui d'une autre (par lavage utérin ou autrement) est généralement déconseillé en raison du caractère expérimental de la technique et du risque de grossesse auquel s'expose la donneuse¹⁷⁶.

2. La fréquence d'utilisation des gamètes d'un même donneur

On a recommandé de contrôler la participation des donneurs aux programmes de dons de gamètes en limitant soit le nombre d'utilisations, soit le nombre d'enfants issus des gamètes du même donneur¹⁷⁷. L'objectif visé est d'éviter les risques de consanguinité, ainsi que la transmission de maladies que les connaissances médicales actuelles ne permettent pas de détecter¹⁷⁸. Par ailleurs, le rapport ontarien propose de laisser la détermination du nombre de fois que les gamètes d'un même donneur peuvent être utilisés au jugement du médecin et à la préférence des parties¹⁷⁹.

173. AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 2, par. 10(3) et 13(6) ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 2, pp. 55-56 et rec. 22, p. 86 ; DANEMARK 1, rec. 6.1, p. 124 ; ESPAGNE 1, art. 11 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 8(2) ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 670 ; NORVÈGE 1, art. 3 ; ROYAUME-UNI 2, art. 14, ROYAUME-UNI 4, princ. 8, ROYAUME-UNI 5, par. 10.10, rec. 31, p. 133, et ROYAUME-UNI 6, par. 54 ; ONTARIO 1, rec. 32 ; CANADA 2, rec. 10(g) ; QUÉBEC 1, pp. 32-34, et QUÉBEC 5, rec. 46.

174. AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 2, par. 10(3) et 13(6) (le délai de congélation ne peut dépasser la limite de la période où l'embryon peut encore être implanté), et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 2, pp. 55-56 et rec. 15, p. 72 ; ESPAGNE 1, art. 15 et 20 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 17.2(b) ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 672 (délai de sept jours) ; ROYAUME-UNI 2, art. 3, ROYAUME-UNI 4, princ. 7 et 8 ; ROYAUME-UNI 5, par. 11.22, rec. 12 et 44, pp. 130 et 135, ROYAUME-UNI 6, par. 33 et 34 ; ONTARIO 1, rec. 31 ; CANADA 2, rec. 10(c), et QUÉBEC 1, rec. 27, pp. 39-40.

175. DANEMARK 1, p. 100 : la réduction est permise si des raisons médicales l'exigent. ESPAGNE 1, art. 4 : les embryons sont implantés en nombre suffisant pour assurer des chances raisonnables de grossesse. ROYAUME-UNI 4, princ. 12 : le nombre d'embryons pouvant être implantés est limité à trois. ROYAUME-UNI 5, par. 5.4 : le nombre d'embryons à implanter est laissé au jugement du médecin. ALLEMAGNE 1, art. 1 : le nombre d'embryons pouvant être implantés est limité à trois. ONTARIO 1, rec. 26 : le nombre d'embryons pouvant être implantés ne devrait pas être limité. QUÉBEC 5, rec. 42 et 43 : on accepte l'implantation de plusieurs embryons mais on déplore la technique de la réduction.

176. AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 2, par. 10(3) et 13(6) ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 28, princ. 12 ; ÉTATS-UNIS 2, p. 54S ; ESPAGNE 1, art. 20 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 669 ; ROYAUME-UNI 5, par. 7.5 et rec. 8, p. 130 ; ALLEMAGNE 1, art. 1 ; CANADA 5, p. 24, rec. 8, et QUÉBEC 1, p. 19 et rec. 4, p. 38. *Contra* : ONTARIO 1, p. 146 et rec. 1.

177. ESPAGNE 1, art. 5 ; ÉTATS-UNIS 1, princ. VII(C), et ÉTATS-UNIS 2, p. 45S ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.26 et 6.6, rec. 22 et 26, pp. 132-133 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 12, QUÉBEC 4, p. 13, rec. 2.4, et QUÉBEC 5, rec. 22. Bien qu'elle soit recommandée, la limite n'est pas chiffrée dans les rapports suivants : NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 9.15, rec. 20 et 21 ; DANEMARK 1, règl. 3.1, p. 132 (devra être fixée par le Conseil danois de la santé) ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 10 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-9 (devra être fixé par arrêté du ministre de la Santé) ; ROYAUME-UNI 6, par. 87 ; CANADA 3, p. 13 et rec. 2.4, et QUÉBEC 1, p. 24.

178. Voir, par exemple, CONSEIL DE L'EUROPE 1, pp. 26-27.

179. ONTARIO 1, rec. 16.

3. Les services de consultation

Par souci de protection des participants aux programmes de procréation médicalement assistée, des services de consultation sont recommandés dans certains pays¹⁸⁰ et obligatoires dans d'autres¹⁸¹. Par exemple, la loi de l'État de Victoria les rend obligatoires avant toute intervention, y compris le don de gamètes¹⁸².

B. La tenue des dossiers et l'accès à l'information

La tenue des dossiers et la centralisation de l'information, ainsi que l'accès à celle-ci, ont fait l'objet de recommandations diverses.

1. La tenue des dossiers et la centralisation de l'information

Si la nécessité de tenir des dossiers fait l'unanimité, on ne peut en dire autant des modalités de leur tenue. Cette responsabilité peut revenir au médecin ou à la clinique¹⁸³ et un système permettant de relier le dossier du donneur à celui de la receveuse, tout en conservant l'anonymat, est généralement recommandé¹⁸⁴. Un rapport australien recommande que, lorsque l'enfant naît à la suite d'un don de gamètes ou d'embryon, les dossiers soient gardés indéfiniment¹⁸⁵.

La mise sur pied d'un registre central des dossiers des donneurs et de ceux des enfants nés de la procréation, ainsi que l'obligation des médecins et des cliniques de fournir les

180. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 7.11, rec. 13; NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 10, pp. 67-68, et COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. VII; DANEMARK 1, p. 99; ÉTATS-UNIS 1, princ. IV, et ÉTATS-UNIS 2, pp. 47S et 60S; ROYAUME-UNI 2, par. 13(6) et ann. 3, art. 3, ROYAUME-UNI 4, princ. 13(g) et 15(a), ROYAUME-UNI 5, par. 3.4, 6.6 et 7.7, rec. 19 et 26, pp. 132-133, et ROYAUME-UNI 6, par. 56, 60 et 77; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, p. 10 et rec. 10; CANADA 1, pp. 28-29, CANADA 3, p. 28 et rec. 3.3, et CANADA 4, p. 7; QUÉBEC 1, p. 24 et rec. 5, p. 38, QUÉBEC 4, p. 10, rec. 1.5, 2.3, 2.5 et 3.1, et QUÉBEC 5, p. 58, rec. 36.

181. VICTORIA 1, art. 9 à 13A et 18; ESPAGNE 1, art. 2; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 4(2).

182. VICTORIA 1, art. 9 à 13A et 18. Le conseiller doit être approuvé par le Ministre. Le médecin qui pratique l'intervention doit s'assurer que le couple, et non seulement la personne qui subit l'intervention, a reçu des services de consultation et qu'un suivi est prévu.

183. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2, par. 13(3) et (6) (médecin), NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 16 (médecin), NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 13.30 et rec. 37 (médecin et clinique), et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 27 à 29, pp. 90-92 (clinique); CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 6 (médecin et clinique); ESPAGNE 1, art. 19 (médecin); ÉTATS-UNIS 2, pp. 44S et 76S (médecin); ROYAUME-UNI 4, princ. 13(b) et 14(b) (clinique); CANADA 3, p. 25 (médecin).

184. ÉTATS-UNIS 2, p. 76S; OHIO 1, art. 3111.36; SUÈDE 3; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 16; CANADA 3, pp. 19-26, rec. 3.2; ONTARIO 1, rec. 22(3) et 22(5); QUÉBEC 5, rec. 24, et QUÉBEC 6, p. 60.

185. COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. II. Voir aussi SUÈDE 1, art. 3, et SUÈDE 3: les dossiers sont conservés pendant soixante-dix ans.

renseignements pertinents sont fréquemment recommandées¹⁸⁶. Toutefois, certains craignent que le respect de l'anonymat soit compromis par un tel registre¹⁸⁷.

2. L'accès à l'information

L'anonymat du donneur et des parties est une règle générale suivie par tous les pays¹⁸⁸, à l'exception de la Suède où l'anonymat du donneur a cédé le pas au droit primordial de l'enfant de connaître ses origines génétiques¹⁸⁹. Certains précisent que la confidentialité des renseignements obtenus des donneurs est garantie au même titre que celle dont jouit tout patient¹⁹⁰ et les modalités du consentement des parties aux conditions d'accès à l'information sont abordées à quelques reprises¹⁹¹.

L'accès aux données obéit à un régime différent selon que l'information est identifiante ou non. Par ailleurs, les circonstances qui justifient la levée de l'anonymat sont diverses : la personne y consent¹⁹², l'existence d'un motif raisonnable ou d'un cas extrême¹⁹³, la

186. VICTORIA 1, art. 22 ; QUEENSLAND 3, rec. B(3) (xi) et (xii) ; COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. IV et VIII ; ESPAGNE 1, art. 5 ; PENNSYLVANIE 1, art. 3213 ; ROYAUME-UNI 2, art. 31, ROYAUME-UNI 4, princ. 13(b), ROYAUME-UNI 5, par. 13.9, rec. 16, p. 131, et ROYAUME-UNI 6, par. 15, 79, 80 et 85 ; CANADA 1, p. 29, CANADA 2, pp. 24-25, rec. 5 ; QUÉBEC 4, p. 25.

187. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 13.30, rec. 37, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, par. 5.52 ; CANADA 3, p. 24.

188. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 14, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 8.2 et 8.13, rec. 14 et 16, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 34, p. 97 ; QUEENSLAND 3, rec. B(3) (xiii) ; VICTORIA 1, art. 23 ; COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. 1 ; DANEMARK 1, rec. 8.1, p. 125 et règl. 5.1, p. 133 ; ESPAGNE 1, art. 2, 5, 19 et 20 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 13 ; ÉTATS-UNIS 1, princ. VII(c), et ÉTATS-UNIS 2, pp. 44S, 50S, 52S, 75S et 76S ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-8, et FRANCE 4, art. 378 ; NORVÈGE 1, art. 10 ; ROYAUME-UNI 2, art. 31 à 33 et 41, ROYAUME-UNI 4, princ. 13(j), ROYAUME-UNI 5, par. 3.2, 6.6 et 7.7, rec. 18 et 26, pp. 131 et 133, ROYAUME-UNI 6, par. 83 et 84 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 1 et 9 ; ONTARIO 1, rec. 22(4) ; SASKATCHEWAN 1, p. 10 et par. 5(1) ; CANADA 2, p. 24, et CANADA 4, p. 10 ; QUÉBEC 1, rec. 15 et 16, pp. 38-39, QUÉBEC 5, rec. 29 et 31, et QUÉBEC 7, art. 583.

189. SUÈDE 1, art. 4, et SUÈDE 5, p. 389 : l'enfant a accès au dossier complet du donneur lorsqu'il est jugé suffisamment mûr. Voir aussi DANEMARK 1, rec. 8.1a, p. 125, et règl. 5.1a, p. 132, où la minorité des membres partagent aussi cet avis à l'égard du don de gamètes ou d'embryon.

190. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 14, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 8.13 et 14.10, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 34, p. 97 ; ONTARIO 1, rec. 22(2).

191. Voir, par exemple, COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. VII : les parties doivent consentir formellement aux conditions d'accès à l'information avant le début de toute intervention. QUÉBEC 6, p. 60 : le donneur doit obligatoirement être avisé de la nature des renseignements auxquels l'enfant peut avoir accès ; voir aussi SUÈDE 3.

192. AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 2, art. 18 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 15 (le droit d'accès n'est pas ouvert à l'enfant âgé de moins de dix-huit ans, à moins qu'il ne soit marié) ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 8.2 et 13.23, rec. 15 et 32, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 31, pp. 92-93 ; VICTORIA 1, art. 22 ; COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. VII, version 2 (le droit d'accès ne s'ouvre que lorsque l'enfant atteint l'âge de dix-huit ans, la demande doit être présentée par écrit par une personne ayant un intérêt légitime, et les parents doivent consentir si l'information demandée concerne l'enfant) ; CANADA 5, pp. 35-37, rec. 19 à 21, et QUÉBEC 5, rec. 31 et 32 (le donneur a le droit de refuser la divulgation de son identité et les parents peuvent refuser au nom de l'enfant s'il n'est pas au courant de son mode de conception).

193. COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. VII ; ÉTATS-UNIS 2, p. 44S ; QUÉBEC 1, rec. 14 à 16, pp. 38-39.

décision d'une autorité déterminée¹⁹⁴, le danger pour la vie ou la santé¹⁹⁵, les besoins de l'organisme qui applique les techniques ou qui effectue de la recherche et, enfin, les exigences de l'application de la loi¹⁹⁶. Par ailleurs, on envisage la levée éventuelle de l'anonymat, dans des circonstances qui restent encore à arrêter¹⁹⁷. D'aucuns permettent déjà à l'enfant majeur d'avoir accès sur demande aux données identifiantes¹⁹⁸.

Le droit d'accès à l'information non identifiante du dossier du donneur est reconnu à l'enfant soit lorsqu'il atteint l'âge de dix-huit ans¹⁹⁹, soit lorsqu'il atteint l'âge de quatorze ans²⁰⁰, soit sans restriction à cet égard²⁰¹. Toutefois, certaines autorités exigent une raison médicale, telle la découverte d'une maladie génétique ou héréditaire²⁰². Enfin,

194. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 15, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 8.2, rec. 15, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 31, pp. 92-93 (permission du Conseil biomédical) ; COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. VII ; ESPAGNE 2, p. 237 (dans le cadre de procédures judiciaires) ; SUÈDE 1, art. 5 (dans le cadre d'un procès où la paternité est en litige) ; CANADA 2, rec. 6 (ordonnance d'un tribunal permettant d'avoir accès au registre provincial) ; QUÉBEC 5, rec. 29 et 32 (accès permis au médecin et au donneur lorsque cela est nécessaire pour des raisons médicales, et sur ordonnance du tribunal).

195. ESPAGNE 1, art. 5 et 8 (preuve d'un danger pour la vie de l'enfant ; toutefois, la divulgation de l'identité ne fait pas preuve de la paternité légale) ; CANADA 2, rec. 6 (l'accès au registre provincial serait conditionné par la nécessité d'ordre médical) ; CANADA 3, p. 29 (maladie congénitale ou héréditaire de l'enfant lorsque ce renseignement présente une importance pour la santé du donneur) ; SASKATCHEWAN 1, p. 12 et art. 5 (pour l'insémination artificielle hétérologue, l'information peut être consultée par les médecins et le personnel médical ou sous leur surveillance ; elle est recevable en preuve au cours de procédures judiciaires à condition que l'identité du donneur ne soit pas révélée) ; QUÉBEC 1, p. 27 et rec. 15-16, pp. 38-39 (sur permission du tribunal lorsqu'une vie humaine est en cause ou pour éviter des troubles psychologiques majeurs chez l'enfant ; les contacts directs ne sont toutefois pas obligatoires) ; QUÉBEC 5, rec. 29 et 32 (accès permis au médecin et au donneur lorsque cela est nécessaire pour des raisons médicales) ; QUÉBEC 7, art. 583.

196. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2, art. 18 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 15, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 8.2, rec. 15, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 31, pp. 92-93.

197. CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 13 (les États membres sont libres de légiférer pour permettre l'accès à l'identité du donneur et au mode de conception) ; ROYAUME-UNI 6, par. 84 ; QUÉBEC 6, pp. 60-61 ; VICTORIA 4, par. 3.14 et 3.36 ; NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 32, p. 95.

198. COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. VII, version I ; ROYAUME-UNI 2, art. 31 ; QUÉBEC 4, p. 13 et rec. 2.9. Voir à ce sujet QUÉBEC 2.

199. NOUVELLE-GALLES DU SUD 5, rec. 11, pp. 66-67 ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.21, 6.6 et 7.7, rec. 26, p. 133 (voir la rec. 20 dans la version anglaise du rapport), et ROYAUME-UNI 6, par. 83. Voir aussi ESPAGNE 1, art. 5 et 19.

200. QUÉBEC 4, p. 13 et rec. 2.9 ; QUÉBEC 5, rec. 28.

201. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 17 (la personne qui a un motif valable fondé sur le bien-être ou la santé d'une des parties peut avoir accès à l'information sur simple entente avec la personne responsable des dossiers), NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 13.23 et rec. 33, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 30, 32 et 33, pp. 92-95 (l'information peut être communiquée à l'enfant, au donneur ou à toute personne sur preuve d'un motif valable ou sur décision du Conseil biomédical) ; VICTORIA 1, art. 20 et 23 et ann. 7 ; COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. VII (la demande est présentée par écrit au registre de l'État par toute personne ayant un intérêt légitime ou par les parents de l'enfant si celui-ci est mineur) ; ÉTATS-UNIS 1, princ. VII(c), et ÉTATS-UNIS 2, p. 44S ; ROYAUME-UNI 2, art. 31 (l'information pouvant être communiquée au mineur est limitée à l'existence de liens génétiques avec un conjoint éventuel ; des services de consultation doivent être proposés) ; ONTARIO 1, rec. 22(7) (la question serait laissée à la discrétion du médecin traitant) ; CANADA 5, pp. 35-37, rec. 19 à 21 ; QUÉBEC 6, p. 60.

202. CONSEIL DE L'EUROPE 1, princ. 13 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 16.

il est quelquefois précisé que la décision de dévoiler à l'enfant le secret de ses origines est de nature purement privée²⁰³.

C. La responsabilité du donneur et les recours de l'enfant

Quelques pays ont érigé en infraction le fait pour un donneur de cacher intentionnellement des renseignements nécessaires ou de donner de faux renseignements²⁰⁴. En France, par contre, l'avant-projet de loi stipule que le donneur n'a aucune responsabilité envers l'enfant²⁰⁵.

Sur le plan civil, la reconnaissance d'un recours spécifique à l'enfant ayant subi un préjudice n'est généralement pas recommandée puisque le médecin reste soumis aux règles de la responsabilité civile²⁰⁶.

Enfin, signalons que, dans le rapport au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, on envisage la possibilité de créer un organisme qui serait chargé d'examiner toute poursuite judiciaire résultant de la naissance d'un enfant atteint d'une malformation congénitale ou d'une maladie génétique grave²⁰⁷.

III. Le contrôle médical et l'encadrement de la procréatique

Des dispositions législatives ou réglementaires uniformes, à l'échelle étatique, provinciale ou nationale, sont recommandées dans divers pays²⁰⁸, alors que d'autres

203. Voir, par exemple, COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2, rec. 1 ; CANADA 3, p. 28, et ONTARIO 1, rec. 22(7) ; QUÉBEC 5, rec. 24.

204. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, art. 11, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 5.18, rec. 5, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 35, p. 98 ; VICTORIA 1, art. 27 ; ONTARIO 1, rec. 23. Voir aussi ÉTATS-UNIS 2, p. 24\$ (il s'agit d'une obligation d'ordre moral plutôt que d'un agissement engageant la responsabilité pénale), et CANADA 3, p. 23 (le respect de l'anonymat du donneur est conditionné par la divulgation de renseignements exacts, au meilleur de la connaissance de celui-ci, sur ses antécédents génétiques et médicaux).

205. FRANCE 5, art. 11 — FRANCE 3, art. 342-9.

206. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 14.9, rec. 41, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 11, p. 69 ; ESPAGNE 1, art. 19 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 1 et 15, ONTARIO 1, rec. 22, 24 et 25 ; SASKATCHEWAN 1, pp. 4-5.

207. CANADA 3, p. 23.

208. Voir, par exemple, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 5.12, rec. 4 (recrutement des donneurs et dépistage) ; ONTARIO 1, rec. 9 (recrutement des donneurs et dépistage) ; CANADA 3, rec. 2 et p. 16 (acquisition, préservation et importation du sperme humain) ; CANADA 2, rec. 10e) (recherche) ; CANADA 5, p. 39, rec. 23 : [TRADUCTION] « Les Sociétés approuvent la mise sur pied de banques de sperme centralisées (régionales) pour la sélection, l'entreposage et la disposition ultime du sperme donné congelé. Ces banques devraient être *légalement tenues* de se conformer aux normes établies par les sociétés professionnelles, telles que la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, pour la sélection des donneurs des points de vue médical et génétique, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et la tenue des dossiers. » [Mis en italiques par nos soins.] QUÉBEC 1, rec. 2, p. 37.

préfèrent laisser certaines questions au jugement professionnel des médecins²⁰⁹, des comités d'éthique²¹⁰ et des groupes de travail compétents²¹¹. L'étude de certains sujets a également été recommandée²¹² mais, en général, les recommandations portent sur le contrôle médical et sur l'encadrement des techniques.

A. Le contrôle médical de la procréatique

La nécessité d'un contrôle médical des techniques de procréation médicalement assistée ne fait pas de doute. Les lois établissent que les techniques doivent être appliquées par des médecins ou des spécialistes, ou sous leur surveillance, ou encore dans des hôpitaux ou centres autorisés²¹³. Les rapports exigent une surveillance médicale ou l'intervention d'un médecin, en précisant que les traitements de procréation médicalement assistée relèvent de l'exercice de la médecine²¹⁴ et doivent être administrés dans des cliniques ou centres autorisés²¹⁵.

209. Voir, par exemple, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, rec. 7, 12, 17 et 36 (formulaire de consentement, services de consultation, examens de dépistage, tenue des dossiers) ; ÉTATS-UNIS 2, pp. 75S-80S ; ONTARIO 1, rec. 16 et 24 (fréquence d'utilisation des gamètes d'un même donneur et accès à l'information non identifiante) ; SASKATCHEWAN 1, p. 3.

210. Voir, par exemple, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 1, 2 et 21, et par. 5.9 à 5.11 (code de déontologie pratique pour la conservation et l'utilisation des embryons conçus par fécondation in vitro) ; ÉTATS-UNIS 2, p. 77S ; ROYAUME-UNI 4, princ. 13(a) et 14(a) (chaque centre doit faire approuver les techniques qu'il applique par un comité d'éthique multidisciplinaire comptant des femmes) ; SUÈDE 5, p. 389 (recherche et expérimentation).

211. Voir, par exemple, ROYAUME-UNI 5, par. 2.17 et rec. 37, p. 134 (groupe de travail national composé de représentants des services de santé et de praticiens, et chargé de l'élaboration de lignes directrices concernant l'organisation des services) ; QUÉBEC 5, rec. 60 et 61 (groupe de travail multidisciplinaire chargé d'examiner la recherche sur l'embryon et de proposer des principes directeurs au ministre de la Santé).

212. Voir, par exemple, ÉTATS-UNIS 2, p. 75S (effets à long terme sur les patients) ; CANADA 1, p. 30 (infertilité, effets des facteurs mutagènes, origines de l'infertilité masculine, programmes de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée) ; CANADA 3, rec. 2.5 (effets à long terme des critères de sélection des donneurs) ; QUÉBEC 5, rec. 6, 19 et 44 (causes et traitements de l'infertilité, contraceptifs, solutions de rechange à la stérilisation volontaire précoce, amélioration des taux de réussite de l'utilisation du sperme congelé, risques de grossesse multiple en fonction du nombre d'embryons transférés, amélioration des chances de grossesse lors du transfert d'un seul embryon) ; QUÉBEC 6, p. 60 (infertilité, fécondité, contraceptifs, solutions de rechange à la stérilisation précoce).

213. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2, art. 13, NOUVELLE-GALLES DU SUD 1, VICTORIA 1, art. 7, 9 à 13A et 17 ; ESPAGNE 1, art. 18 à 20 ; LOUISIANE 2, art. 128, OHIO 1, art. 3111.32 ; FRANCE 1, art. 2 ; NORVÈGE 1, art. 2 et 14 ; SUÈDE 1, art. 3, SUÈDE 2, art. 3 et 4, et SUÈDE 5, pp. 388-389 ; ALLEMAGNE 1, art. 9, 11 et 12.

214. NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 4.7, rec. 2, et NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 5, p. 62 ; DANEMARK 1, pp. 97 et 99 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 21 et princ. 2 ; ÉTATS-UNIS 2, pp. 75S-77S ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-2 et L. 675 ; ROYAUME-UNI 5, par. 3.1, 4.5 et 13.7, rec. 3, p. 129 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 6, ONTARIO 1, rec. 3, CANADA 2, pp. 17-18 et rec. 7.

215. AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 3, rec. 7, NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 4.6 et 4.7, rec. 1 et 2, NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 1, 4 et 6 ; QUEENSLAND 3, rec. B(1) (iii) ; DANEMARK 1, pp. 97 et 99 ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 21 et princ. 2 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-2 et L. 675 (pour la fécondation in vitro et le transfert d'embryon) ; ROYAUME-UNI 5, par. 4.16, 5.10, 6.6, 7.4 et 13.7, rec. 3 à 7, pp. 129-130, et ROYAUME-UNI 6, par. 15, 20, 21 et 27 (pour l'insémination artificielle hétérologue, la fécondation in vitro, le don d'ovule et le don d'embryon) ; QUÉBEC 4, p. 13, rec. 2.2 et 6.2, QUÉBEC 5, rec. 8, 9, 36, 37 et 64, et QUÉBEC 6, p. 60 (limitation du nombre des centres). *Contra* : ONTARIO 1, p. 153 et rec. 4.

En ce qui a trait à la conservation, la cession et l'importation des gamètes et des embryons, la Colombie-Britannique recommande la création d'une banque de sperme responsable devant les autorités publiques²¹⁶. Le Barreau du Québec propose pour sa part d'interdire la création de banques d'embryons dont la seule activité serait le stockage aux fins de don ou d'expérimentation²¹⁷. Selon la majorité des recommandations, seules les banques de gamètes ou autres organismes autorisés pourraient se livrer à de telles activités²¹⁸.

B. L'encadrement de la procréatique

Diverses recommandations ont été faites au sujet de l'encadrement des techniques de procréation médicalement assistée.

En Nouvelle-Galles du Sud, il est recommandé que le Conseil biomédical, organisme multidisciplinaire créé par la loi et composé d'un nombre égal de femmes et d'hommes, établisse les conditions d'obtention des permis ainsi que les normes d'application des techniques, de recherche et de conservation de l'information, au moyen d'un code d'éthique. Le Conseil est chargé de conseiller le ministre de la Santé, d'informer le public, de revoir les délais de conservation des gamètes et des embryons, de trancher les litiges relatifs à l'accès à l'information et, enfin, d'approuver les projets de recherche. L'ensemble du système d'autorisation serait toutefois administré par le ministre de la Santé²¹⁹. Par ailleurs, la loi de cet État qui porte sur l'insémination artificielle ne prévoit aucune mesure spéciale d'encadrement.²²⁰

Une loi adoptée par l'État d'Australie-Méridionale établit le South Australian Council on Reproductive Technology, organisme multidisciplinaire formé d'un nombre égal de femmes et d'hommes. Sa mission consiste à élaborer un code d'éthique comprenant les normes de recherche et d'application des techniques, à conseiller le ministre de la Santé

216. COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 19 et 21.

217. QUÉBEC 1, rec. 26, p. 39.

218. DANEMARK 1, rec. 6.1, p. 124 et règl. 3.1, p. 132 ; ESPAGNE 1, art. 20 (le commerce, l'importation et l'exportation d'embryons sont interdits) ; CONSEIL DE L'EUROPE 1, p. 21 et princ. 2 ; DELAWARE 1, art. 2801 ; FRANCE 1, art. 2 ; FRANCE 5, art. 10 — FRANCE 2, L. 668-2 et L. 676-4 ; NORVÈGE 1, art. 3 et 14 ; ROYAUME-UNI 2, art. 3, 4 et 41, et ann. 2, art. 2, ROYAUME-UNI 5, par. 13.7 et 13.13, rec. 3, 17 et 49, pp. 129, 131 et 136, et ROYAUME-UNI 6, par. 27, 48, 49, 62 et 63 ; SUÈDE 1, art. 6 ; COLOMBIE-BRITANNIQUE 1, rec. 19 à 21 (on favorise la création d'une banque publique, de préférence à des banques commerciales ou privées, à moins que celles-ci ne soient soumises au contrôle des autorités fédérales) ; CANADA 2, rec. 8 (l'ABC recommande la création de banques provinciales), et CANADA 3, p. 15 et rec. 2.5 (l'importation de sperme par des banques commerciales et la création de banques échappant à l'autorité des pouvoirs publics est interdite tant que le fédéral n'aura pas pris des règlements établissant des normes nationales de qualité) ; ONTARIO 1, rec. 17 et 18 (la CRDO permettrait aux banques de fonctionner sur une base commerciale, pour peu qu'elles soient assujetties à un contrôle public) ; QUÉBEC 1, p. 25 et rec. 7, p. 38.

219. NOUVELLE-GALLES DU SUD 4, rec. 1, 2, 4 et 6. La moitié des membres du Conseil seraient des femmes puisque les conséquences de la FIV sont plus importantes pour elles. Voir aussi NOUVELLE-GALLES DU SUD 3, par. 4.6 et 4.7, rec. 1 et 2.

220. NOUVELLE-GALLES DU SUD 1.

sur les questions liées à la procréation médicalement assistée, ainsi que sur les conditions d'octroi des permis, à formuler les conditions d'octroi des permis de recherche, à effectuer certaines recherches, à informer le public et à faire rapport au ministère et au Parlement. Le ministre de la Santé octroie les permis²²¹.

Dans l'État de Victoria, la loi prévoit un système d'accréditation des cliniques et des conseillers par le ministre de la Santé. La recherche et l'octroi des permis à cet égard relèvent du Standing Review and Advisory Committee, organisme multidisciplinaire qui conseille l'État sur toute question liée à la procréation médicalement assistée et prépare un rapport annuel à l'intention du Parlement²²².

Le Conseil d'éthique danois propose l'établissement d'un organisme de contrôle chargé d'approuver les projets de recherche et d'accréditer les cliniques désirant offrir des services de procréation médicalement assistée²²³.

En Espagne, la législation qui traite de tous les aspects de la procréation médicalement assistée prévoit la mise en place d'une commission nationale sur la reproduction assistée. Cet organisme multidisciplinaire conseillerait l'État et collaborerait à la compilation des données et à la formulation des critères relatifs au fonctionnement des cliniques et services. Il pourrait aussi être appelé à autoriser les projets de recherche²²⁴.

Au Royaume-Uni, les premiers rapports ont recommandé la mise en place d'une autorité indépendante du gouvernement, dotée d'un pouvoir réglementaire et chargée de la surveillance et de la réglementation des services d'infertilité, de la conservation des gamètes et des embryons, de la recherche, des permis et, enfin, d'un registre central des dossiers²²⁵. À titre provisoire, la Voluntary Licensing Authority — maintenant appelée Interim Licensing Authority —, organisme créé conjointement par le Medical Research Council et le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, remplit ces fonctions en invitant les centres à obtenir l'accréditation et à détenir un permis²²⁶. La nouvelle loi adoptée en novembre 1990, le *Human Fertilisation and Embryology Act 1990*, reprend ces recommandations en créant un organisme de contrôle appelé Human Fertilisation and Embryology Authority qui, à son tour, est chargé de la mise sur pied d'un ou de plusieurs comités responsables de l'octroi et de la révocation des permis. Il assume la responsabilité du registre des dossiers et conseille les titulaires de permis. Il a pour mission d'établir un code de pratique qui traite du bien-être de l'enfant et de la conduite des activités reliées à la procréation médicalement assistée²²⁷.

221. AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE 2, art. 5, 10 à 12 ; voir aussi art. 13 à 16, au sujet des conditions de délivrance des permis et des pouvoirs du ministère.

222. VICTORIA 1, art. 7 à 9A et 29.

223. DANEMARK 1, rec. 12.1 à 16.1, pp. 127-128. Des organismes régionaux pourraient aussi être formés. voir DANEMARK 1, pp. 139-147.

224. ESPAGNE 1, art. 14 à 16 et 21 ; l'établissement d'un registre central des données est prévu à l'art. 5.

225. ROYAUME-UNI 5, par. 13.3 à 13.13, rec. 1 à 3, 16, 17 et 49, pp. 129, 131 et 136, et ROYAUME-UNI 6, par. 13 à 27, 79 et 85.

226. ROYAUME-UNI 6, par. 9. Voir aussi ROYAUME-UNI 4, pp. 45 et 49.

227. ROYAUME-UNI 2, art. 5, 8, 9, 23, 25 et 31.

Au Québec, le rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux propose l'élaboration de normes minimales de pratique et d'éthique qui seraient intégrées à son mécanisme d'accréditation et d'évaluation des cliniques. Constituées en un réseau provincial, les cliniques seraient chargées de la collecte et de la publication de données uniformes relatives aux services. L'observation de l'évolution de la pratique serait laissée aux milieux universitaires et aux organismes qui s'y intéressent²²⁸. Pour sa part, le Conseil du statut de la femme suggère que le ministère de la Santé et des Services sociaux crée un comité ad hoc multidisciplinaire responsable de l'élaboration des normes d'accréditation — auxquelles devraient se conformer les centres spécialisés — et des mécanismes d'évaluation, de suivi et de contrôle de la qualité des méthodes²²⁹. Le gouvernement devrait également mettre sur pied un organisme consultatif à vocation éthique, composé de représentants de la société plutôt que d'experts, et chargé de le conseiller et d'émettre des avis d'ordre éthique en matière de procréation médicalement assistée²³⁰. Enfin, une loi cadre devrait être adoptée²³¹.

Bref, en ce qui a trait à l'encadrement de la procréation médicalement assistée, les organismes dont on recommande la création ont des responsabilités semblables et une structure analogue.

Bien que les démarches entreprises dans le monde afin de cerner les enjeux de la procréation ne soient pas toutes de même envergure, il ressort de l'étude des dispositions législatives et des recommandations que l'avènement des techniques de procréation médicalement assistée est accepté avec plus ou moins de réserves et qu'un consensus s'est formé sur plusieurs principes de base.

228. QUÉBEC 5, rec. 65 à 76.

229. QUÉBEC 4, p. 25, rec. 6.1, 6.5 et 6.6. Le nombre de centres spécialisés accrédités serait limité à cinq, soit les centres existant actuellement. La durée du mandat de ce comité serait courte, après quoi les recommandations relatives aux conditions entourant la pratique feraient place à des normes édictées par le Ministère pour la reconnaissance des cliniques. Un suivi et une évaluation périodiques seraient nécessaires.

230. QUÉBEC 4, pp. 25-26, rec. 6.5. Le mandat inclurait la gestion qualitative des naissances, l'évaluation et le suivi des méthodes et de la recherche, ainsi que la diffusion de l'information au public. Il évaluerait de façon globale les services offerts en ayant accès aux rapports annuels des centres accrédités. Les femmes devraient y être fortement représentées.

231. QUÉBEC 4, p. 26, rec. 6.6.

TABLEAU 1 : Admissibilité à la procréatique (sauf la maternité de substitution)

Texte*	Couple hétérosexuel non marié	Femme seule	Femmes formant un couple homosexuel
AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2	Autorisé (moyennant 5 ans de cohabitation)	Exclue	Exclues
NOUVELLE-GALLES DU SUD 1	Autorisé	Non exclue mais critères très limitatifs	—
NOUVELLE-GALLES DU SUD 3 (IA)			
NOUVELLE-GALLES DU SUD 4 (FIV)			
VICTORIA 1	Autorisé	Exclue pour FIV	Exclues pour FIV
CANADA 2	Autorisé	Non exclue	—
CANADA 4	Autorisé	Autorisée	Autorisées
CANADA 5	Autorisé	Autorisée	Autorisées
COLOMBIE-BRITANNIQUE 1 (IA)	Autorisé	Non exclue	Non exclues
ONTARIO 1	Autorisé	Autorisée	—
QUÉBEC 1	Autorisé	Exclue	Exclues
QUÉBEC 4	Autorisé	Exclue	Exclues
QUÉBEC 5	Autorisé	Autorisée pour IA	Autorisées pour IA
CONSEIL DE L'EUROPE 1	Autorisé	Exclue	Exclues
DANEMARK 1	Autorisé	Autorisé	Autorisées
ESPAGNE 1	Autorisé	Autorisée	Autorisés
ÉTATS-UNIS 1	Autorisé	Autorisée	—

*Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU I : Admissibilité à la procréatique (sauf la maternité de substitution) (*suite et fin*)

Texte*	Couple hétérosexuel non marié	Femme seule	Femmes formant un couple homosexuel
ÉTATS-UNIS 2	Autorisé	Autorisée dans certaines circonstances	--
FRANCE 5	Autorisé	Exclue	Exclues
NORVÈGE 1	Exclu	Exclue	Exclues
ROYAUME-UNI 2	Autorisé	Non exclue	--
ROYAUME-UNI 5	Autorisé	Non exclue mais préfère couple hétérosexuel	Non exclues mais préfère couple hétérosexuel
SUÈDE 1 (IA) SUÈDE 3	Autorisé	Exclue	Exclues
SUÈDE 2 (FIV)	Autorisé	Exclue	Exclues

*Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU II : Critères d'accès à la procréatique (sauf la maternité de substitution)

Texte*	Infertilité ou affection génétique	Bien-être de l'enfant	Stabilité	Consentement du conjoint	Autres critères	Autorité décisionnelle
AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2	Exigée	—	—	—	—	—
NOUVELLE-GALLES DU SUD 1 NOUVELLE-GALLES DU SUD 3 (IA) NOUVELLE-GALLES DU SUD 4 (FIV)	Considérée chez couples	Considéré	Considérée	—	Nécessité de consultation, santé physique et psychique des parents éventuels	Médecin ; sanction professionnelle si le médecin ne considère pas les critères, même s'ils ne sont pas obligatoires
VICTORIA 1	1 an de traitements infructueux exigé, sauf pour IA	Exigé	—	Exigé sauf pour IA	Consultation obligatoire	Médecin
CANADA 2	—	—	—	—	—	Médecin
CANADA 4	—	—	Exigée	—	—	—
COLOMBIE-BRITANNIQUE 1 (IA)	—	—	—	Exigé chez couples mariés	Qualités parentales exigées comme pour adoption	Médecin suivant critères ; appel possible
ONTARIO 1	Exigée chez couple	—	Exigée	—	—	Médecin suivant critères ; appel possible
QUÉBEC 1	Exigée (infertilité seulement)	—	Exigée chez couples non mariés	—	—	—
QUÉBEC 4	Exigée	—	—	—	—	—

*Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU II : Critères d'accès à la procréatique (sauf la maternité de substitution) (suite)

Texte*	Infertilité ou affection génétique	Bien-être de l'enfant	Stabilité	Consentement du conjoint	Autres critères	Autorité décisionnelle
QUÉBEC 5	Exigée	—	—	—	—	—
CONSEIL DE L'EUROPE 1	Exigée	Exigé	—	—	Chances de succès raisonnables, risques limités pour santé mère ou enfant	Médecin
DENMARK 1	—	—	—	Exigé	—	—
ESPAGNE 1	—	—	—	Exigé chez couples mariés	Chances de succès raisonnables, bonne santé physique et psychologique, majorité de la femme	—
ÉTATS-UNIS 1	—	—	—	Exigé	—	—
FRANCE 5	Exigée	—	—	Exigé	L'opération doit être effectuée par un médecin ou sous sa responsabilité	Sanction pénale pour quiconque contrevient aux critères établis dans l'avant-projet de loi
NORVÈGE 1	Exigée	—	—	Exigé	Évaluation médicale et psychosociale du couple	Médecin
ROYAUME-UNI 2	—	Exigé	—	—	—	—
ROYAUME-UNI 5	—	—	—	Recommandé	—	Médecin qui doit motiver refus

*Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU II : Critères d'accès à la procréatique (sauf la maternité de substitution) (fn)

Texte*	Infertilité ou affection génétique	Bien-être de l'enfant	Stabilité	Consentement du conjoint	Autres critères	Autorité décisionnelle
SUÈDE 1 (IA) SUÈDE 3	—	Exigé	—	Exigé	Évaluation médicale, psychologique et sociale du couple	Médecin ; appel possible
SUÈDE 2 (FIV)	—	—	—	Exigé	—	—

*Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU III : Délais de conservation et commerce des gamètes et des embryons*

Texte**	Délai		Paiements autorisés			Commerce	
	Gamètes	Embryons	Gamètes	Gamètes	Embryons	Gamètes	Embryons
AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2	—	10 ans, révisé annuellement (donneur)	—	—	—	—	—
NOUVELLE-GALLES DU SUD 1 (1A)	—	—	Somme fixe ou remboursement frais (sperme)	—	—	Prohibé	—
NOUVELLE-GALLES DU SUD 3 (1A)	—	—	Somme fixe et remboursement frais nécessaires ou raisonnables (sperme)	—	—	—	—
NOUVELLE-GALLES DU SUD 4 (FIV)	—	10 ans	—	—	—	—	—
VICTORIA 1	—	—	Frais déplacement, médicaux et autres	—	—	Prohibé	Prohibé
CANADA 1	—	—	—	—	—	Interdit	Interdit
CANADA 2	—	5 ans	—	—	—	—	—
CANADA 3	—	—	Inconvénients, temps, frais de déplacement (sperme)	—	—	—	—

*Dans le présent tableau, le terme « prohibé » suppose l'intervention du droit criminel ou pénal, tandis que le terme « interdit » évoque tout autre type de sanction non spécifiée.

**Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU III : Délais de conservation et commerce des gamètes et des embryons* (suite)

Texte**	Délai		Paiements autorisés		Commerce	
	Gamètes	Embryons	Gamètes	Embryons	Gamètes	Embryons
CANADA 4 (IA)	—	—	Frais et incon- vénients (sperme)	—	—	—
CANADA 5	—	—	Frais et inconvenients	—	Si le financement public est insuf- fisant, possibilité de mettre sur pied des banques à but lucratif	—
COLOMBIE-BRITANNIQUE 1 (IA)	—	—	Frais, temps, perte salaire (sperme)	—	—	—
ONTARIO 1	—	10 ans	Frais raison- nables, temps et inconvenients ; pourrait être plus élevé pour ovule ; paiement pour douleurs exclu	—	Banques commerciales permises (selon réglementation)	Banques commerciales permises (selon réglementation)
QUÉBEC 1	À fixer	À fixer	Frais réels	—	Interdit	Interdit
QUÉBEC 4	—	—	Aucune rémunéra- tion (sperme)	—	—	—

* Dans le présent tableau, le terme « prohibé » suppose l'intervention du droit criminel ou pénal, tandis que le terme « interdit » évoque tout autre type de sanction non spécifiée.

** Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU III : Délais de conservation et commerce des gamètes et des embryons* (suite)

Texte**	Délai		Paiements autorisés			Commerce	
	Gamètes	Embryons	Gamètes	Embryons	Gamètes	Embryons	
QUÉBEC 5	—	2 ans (peut être prolongé dans certaines circonstances)	Frais raisonnables, à la charge des receveuses (sperme)	—	Interdit	Interdit	
QUÉBEC 6	—	—	—	—	—	Interdit	
CONSEIL DE L'EUROPE 1	À fixer	À fixer	Frais déplacement et autres, perte salaire	Frais déplacement et autres, perte salaire	Interdit	Interdit	
DANEMARK 1	—	1 an	—	—	—	Interdit	
ESPAGNE 1	5 ans	5 ans	—	—	—	Interdit	
ÉTATS-UNIS 1	—	—	Frais et temps (sperme)	—	—	—	
ÉTATS-UNIS 2	—	—	Frais et temps (sperme) Frais, temps, risques et inconvénients (ovule)	Frais et inconvénients	—	—	
FRANCE 5	À fixer	5 ans	Frais, perte salaire exclue	—	Profit prohibé	—	
NORVÈGE 1	—	1 an	—	—	—	—	

*Dans le présent tableau, le terme « prohibé » suppose l'intervention du droit criminel ou pénal, tandis que le terme « interdit » évoque tout autre type de sanction non spécifiée.
 **Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU III : Délais de conservation et commerce des gamètes et des embryons* (fin)

Texte**	Délai		Paiements autorisés		Commerce	
	Gamètes	Embryons	Gamètes	Embryons	Gamètes	Embryons
ROYAUME-UNI 2	10 ans	5 ans	—	—	Prohibé	Prohibé
ROYAUME-UNI 4	—	10 ans, révisé tous les 2 ans	—	—	Interdit (ovules)	—
ROYAUME-UNI 5	Révisé tous les 5 ans	10 ans, révisé tous les 5 ans	Frais (sperme)	—	Autorisé si accord de l'organisme de contrôle	Autorisé si accord de l'organisme de contrôle
ROYAUME-UNI 6	10 ans	5 ans	Frais raisonnables	Frais raisonnables	Autorisé si accord de l'organisme de contrôle	Autorisé si accord de l'organisme de contrôle
SUÈDE 1 (IA) SUÈDE 2 (FIV)	—	—	—	—	Prohibé	—

* Dans le présent tableau, le terme « prohibé » suppose l'intervention du droit criminel ou pénal, tandis que le terme « interdit » évoque tout autre type de sanction non spécifiée.

** Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU IV : Maternité de substitution*

Texte**	Position générale	Intervention d'intermédiaire(s)	Publicité	Paiement	Contrat
ALLEMAGNE 1	Prohibée	Prohibée	—	—	—
AUSTRALIE 1	Commercialisation prohibée	Prohibée	Prohibée	Prohibé	Nul
AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 1	Commercialisation prohibée	Prohibée si paiement	Prohibée	Prohibé pour intermédiaires	Nul
COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 3	Permise sous contrôle strict	Contrôlée	Contrôlée	—	Nul
NOUVELLE-GALLES DU SUD 5	Découragée ; commercialisation prohibée	Prohibée (y compris professionnels de la santé et avocats)	Prohibée	Prohibé	Nul
QUEENSLAND 2	Prohibée	Prohibée	Prohibée	Prohibé	Nul
VICTORIA 1	Commercialisation prohibée	Prohibée si paiement	Prohibée	Prohibé	Nul
CANADA 2	Opposition à la prohibition des contrats de maternité de substitution ; commercialisation prohibée	—	—	Prohibé	Valide mais inopposable à la femme porteuse
CANADA 5	Permise pour raison médicale à titre expérimental	—	—	Permis pour la femme porteuse pour frais directs et indirects	—

*Dans le présent tableau, le terme « prohibé(e) » suppose l'intervention du droit criminel ou pénal, tandis que le terme « interdit(e) » évoque tout autre type de sanction non spécifiée.

**Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU IV : Maternité de substitution* (suite)

Texte**	Position générale	Intervention d'intermédiaire(s)	Publicité	Paiement	Contrat
ONTARIO 1	Réglementation des contrats	Réglémentée	—	Permis pour la femme porteuse si approuvé par tribunal	Exécutoire si approuvé par le tribunal
QUÉBEC 1	Strictement interdite	Prohibée	—	—	Nul
QUÉBEC 4	Empêcher les contrats de maternité de substitution ; commercialisation prohibée	Prohibée	Interdite	—	—
QUÉBEC 5	Opposition générale ; commercialisation prohibée	Prohibée	Interdite pour les intermédiaires	—	—
QUÉBEC 6	Interdite	Interdite	Interdite	—	—
CONSEIL DE L'EUROPE 1	Commercialisation interdite, États membres peuvent permettre entente altruiste	Interdite (sauf services médicaux en cas exceptionnels)	Interdite	Interdit	Nul
ESPAGNE 1	Découragée	—	—	—	Nul

*Dans le présent tableau, le terme « prohibé(e) » suppose l'intervention du droit criminel ou pénal, tandis que le terme « interdit(e) » évoque tout autre type de sanction non spécifié.
 **Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU IV : Maternité de substitution* (suite)

Texte**	Position générale	Intervention d'intermédiaire(s)	Publicité	Paiement	Contrat
ÉTATS-UNIS 2	Opposition à la prohibition légale, permise pour raison médicale à titre d'expérimentation clinique	Autorisée si frais limités aux services professionnels	—	Indemnité pour frais et inconvénients de femme porteuse permise, et peut-être plus ; frais des intermédiaires	—
MICHIGAN 1	Commercialisation prohibée	Prohibée si paiement	—	Prohibé sauf frais engagés par femme porteuse	Nul
NEW YORK 2	Commercialisation prohibée	Prohibée si paiement (frais du médecin pour IA et FIV exclus)	—	Prohibé sauf frais engagés par femme porteuse (un affidavit déclarant tous paiements reçus doit être soumis au tribunal) ; perte salaire exclue	Nul
FRANCE 4 FRANCE 5	Commercialisation prohibée	Prohibée	—	—	Nul

*Dans le présent tableau, le terme « prohibé(e) » suppose l'intervention du droit criminel ou pénal, tandis que le terme « interdit(e) » évoque tout autre type de sanction non spécifique.
 **Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

TABLEAU IV : Maternité de substitution* (*fin*)

Texte**	Position générale	Intervention d'intermédiaire(s)	Publicité	Paiement	Contrat
ROYAUME-UNI 1	Commercialisation prohibée	Prohibée si paiement	Prohibée	Prohibé pour intermédiaires	Nul
ROYAUME-UNI 5	Commercialisation prohibée	Prohibée pour organismes à but lucratif ou non (y compris les professionnels)	—	—	Nul
ROYAUME-UNI 6	Découragée ; commercialisation prohibée	Prohibée pour les agences commerciales	—	—	Nul

*Dans le présent tableau, le terme « prohibé(e) » suppose l'intervention du droit criminel ou pénal, tandis que le terme « interdite(e) » évoque tout autre type de sanction non spécifiée.

**Voir la liste des textes cités, *infra*, pp. 225-231.

Liste des textes cités

Allemagne (République fédérale)

ALLEMAGNE 1

Loi du 13 décembre 1990 sur la protection des embryons, Bundesgesetzblatt, partie 1, pp. 2746-2748.

Australie

AUSTRALIE 1

FAMILY LAW COUNCIL, *Creating Children: A Uniform Approach to the Law and Practice of Reproductive Technology in Australia*, Canberra, Australian Government Publishing Service, 1985.

AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 1

Family Relationships Act, 1975, modifié par *Family Relationships Act Amendment Act, 1984* (n° 102) et *Family Relationships Act Amendment Act, 1988* (n° 2).

AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 2

Reproductive Technology Act, 1988 (n° 10).

AUSTRALIE-MÉRIDIONALE 3

Report of the Working Party on In Vitro Fertilization and Artificial Insemination by Donor, Adelaide, South Australia Health Commission, 1984.

AUSTRALIE-OCCIDENTALE 1

Artificial Conception Act, 1985 (n° 14).

AUSTRALIE-OCCIDENTALE 2

Report of the Committee Appointed by the Western Australian Government to Enquire into the Social, Legal and Ethical Issues Relating to In Vitro Fertilization and Its Supervision, Perth, Western Australia Department of Health, 1986.

COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 1

Family Law Act, 1975, modifié par *Family Law (Amendment) Act, 1987*.

COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 2

NATIONAL BIOETHICS CONSULTATIVE COMMITTEE, *Reproductive Technology*, Commonwealth d'Australie, le Comité, 1989.

COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 3

NATIONAL BIOETHICS CONSULTATIVE COMMITTEE, *Surrogacy — Report 1*, Commonwealth d'Australie, le Comité, 1990.

- COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 4
 NATIONAL BIOETHICS CONSULTATIVE COMMITTEE, *Discussion Paper on Surrogacy 2 — Implementation*, Commonwealth d'Australie, le Comité, 1990.
- COMMONWEALTH D'AUSTRALIE 5
 NATIONAL BIOETHICS CONSULTATIVE COMMITTEE, *Discussion Paper on Access to Reproductive Technology*, Commonwealth d'Australie, le Comité, 1990.
- NOUVELLE-GALLES DU SUD 1
Artificial Conception Act, 1984 (n° 3), modifié par *Artificial Conception (Amendment) Act, 1986*.
- NOUVELLE-GALLES DU SUD 2
Children (Equality of Status) Act, 1976, modifié par *Children (Equality of Status) Amendment Act, 1984* (n° 6).
- NOUVELLE-GALLES DU SUD 3
 NEW SOUTH WALES LAW REFORM COMMISSION, *Artificial Conception: Human Artificial Insemination*, Rapport n° 49, Sydney, la Commission, 1986.
- NOUVELLE-GALLES DU SUD 4
 NEW SOUTH WALES LAW REFORM COMMISSION, *Artificial Conception: In Vitro Fertilization*, Rapport n° 58, Sydney, la Commission, 1988.
- NOUVELLE-GALLES DU SUD 5
 NEW SOUTH WALES LAW REFORM COMMISSION, *Artificial Conception: Surrogate Motherhood*, Rapport n° 60, Sydney, la Commission, 1988.
- QUEENSLAND 1
Status of Children Act, 1978, modifié par *Status of Children Amendment Act, 1988* (n° 64).
- QUEENSLAND 2
Surrogate Parenthood Act, 1988 (n° 65).
- QUEENSLAND 3
Report of the Special Committee Appointed by the Queensland Government to Enquire into the Laws Relating to Artificial Insemination, In Vitro Fertilization and Other Related Matters, Brisbane, Queensland Government, 1984.
- TASMANIE 1
Status of Children Act, 1974, modifié par *Status of Children Amendment Act, 1985* (n° 122).
- TERRITOIRE DU NORD 1
Status of Children Amendment Act 1985 (n° 40).
- VICTORIA 1
Infertility (Medical Procedures) Act, 1984 (n° 10163), modifié par *Infertility (Medical Procedures) (Amendment) Act, 1987* (n° 86).
- VICTORIA 2
Status of Children Act 1974, modifié par *Status of Children (Amendment) Act 1984* (n° 10069).
- VICTORIA 3
 COMMITTEE TO CONSIDER THE SOCIAL, ETHICAL AND LEGAL ISSUES ARISING FROM IN VITRO FERTILIZATION, *Interim Report*, Melbourne, Victorian Government Printer, 1984.

VICTORIA 4

COMMITTEE TO CONSIDER THE SOCIAL, ETHICAL AND LEGAL ISSUES ARISING FROM IN VITRO FERTILIZATION, *Report on Donor Gametes in IVF*, Melbourne, Victorian Government Printer, 1983.

Canada

CANADA 1

BRYANT, Heather E., *L'infertilité à l'heure de la procréatique . . . et la prévention ?*, préparé pour le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa, le Conseil, 1990.

CANADA 2

ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN, *Report of the Special Task Force Committee on Reproductive Technology of the British Columbia Branch*, 1989 [non publié].

CANADA 3

Rapport du Comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1981.

CANADA 4

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE, *Insémination thérapeutique avec sperme de donneur*, Montréal, la Société, 1988.

CANADA 5

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE ET SOCIÉTÉ CANADIENNE DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES, *Ethical Considerations of the New Reproductive Technologies*, Toronto, Ribosome Communications, 1990.

COLOMBIE-BRITANNIQUE 1

Ninth Report of the Royal Commission on Family and Children's Law: Artificial Insemination, Vancouver (C.-B.), la Commission, 1975.

ONTARIO 1

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DE L'ONTARIO, *Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters*, 2 vol., Toronto, Ministère du Procureur Général, 1985.

QUÉBEC 1

BARREAU DU QUÉBEC, « Rapport du Comité sur les nouvelles technologies de reproduction » (1988), 48:2 (suppl.) *R. du B.*

QUÉBEC 2

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Mémoire portant sur le droit de connaître leurs origines pour les enfants adoptés ou conçus au moyen d'une technique de procréation assistée*, Québec, le Conseil, 1987.

QUÉBEC 3

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Sortir la maternité du laboratoire*, Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction, organisé par le Conseil du statut de la femme et tenu à Montréal les 29, 30 et 31 octobre 1987, à l'Université Concordia, Québec, le Conseil, 1988.

QUÉBEC 4

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Les nouvelles technologies de la reproduction — Avis synthèse*, Québec, le Conseil, 1989.

QUÉBEC 5

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du comité de travail sur les nouvelles technologies de reproduction humaine*, Québec, le Ministère, 1988.

QUÉBEC 6

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec — Orientations*, Québec, le Ministère, 1989.

QUÉBEC 7

Code civil du Québec, projet de loi no 125 (1^{re} lecture, 18 décembre 1990), 1^{re} session, 34^e législature (Québec).

SASKATCHEWAN 1

An Act Respecting Heterologous Human Artificial Insemination by Physicians, dans LAW REFORM COMMISSION OF SASKATCHEWAN, *Proposals for a Human Artificial Insemination Act*, Saskatoon (Sask.), la Commission, 1987, p. 11.

Conseil de l'Europe

CONSEIL DE L'EUROPE 1

CONSEIL DE L'EUROPE, *Procréation artificielle humaine*, Strasbourg, le Conseil, 1989.

Danemark

DANEMARK 1

The Danish Council of Ethics Second Annual Report, 1989: Protection of Human Gametes, Fertilized Ova, Embryos and Fetuses, Copenhagen, le Conseil, 1990.

Espagne

ESPAGNE 1

Act 35/1988, of November 22, on Techniques of Assisted Reproduction.

ESPAGNE 2

QUINTANA TRIAS, Dr O., « La loi espagnole sur la procréation assistée : le point de vue du médecin », dans Christian BYK (dir.), *Procréation artificielle : Où en sont l'éthique et le droit ?*, Lyon, Lacassagne, 1989, p. 235.

ESPAGNE 3

ZARRALUQUI, Luis, « La loi espagnole sur les techniques de reproduction assistée : le point de vue du juriste », dans Christian BYK (dir.), *Procréation artificielle : Où en sont l'éthique et le droit ?*, Lyon, Lacassagne, 1989, p. 241.

États-Unis

ARKANSAS 1

Arkansas Code, art. 9-10-201 (n^o 904), modifié par *Act No. 647* (1989).

DELAWARE 1

Delaware Code Annotated, art. 2801 (11 juillet 1988).

- ÉTATS-UNIS 1
 AMERICAN FERTILITY SOCIETY, « New Guidelines for the Use of Semen Donor Insemination: 1990 » (1990), 53:3 (suppl.1) *Fertil. Steril.*
- ÉTATS-UNIS 2
 ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, « Ethical Considerations of the New Reproductive Technologies » (1990), 53:6 (suppl. 2) *Fertil. Steril.*
- ÉTATS-UNIS 3
 CHARO, R. Alta, « Legislative Approaches to Surrogate Motherhood » (1988), 16:1-2 *Law Med. Health Care* 96.
- ÉTATS-UNIS 4
 CHARO, R. Alta, « Reproductive Technologies and Bioethics in the United States: Looking Back, Looking Ahead », dans Christian BYK (dir.), *Procréation artificielle : Où en sont l'éthique et le droit ?*, Lyon, Lacassagne, 1989, p. 249.
- ÉTATS-UNIS 5
 U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *Infertility: Medical and Social Choices*, Washington (D.C.), OTA, 1988.
- ILLINOIS 1
Illinois Annotated Statutes, ch. 38, 81-26, art. 6(7).
- INDIANA 1
Burns Indiana Statutes Annotated, art. 31.8.1.2 à 31.8.2.1 (1988).
- KENTUCKY 1
Kentucky BR-219 (1988).
- LOUISIANE 1
Louisiana Civil Code, modifié par *Act. No. 430* (1976).
- LOUISIANE 2
Louisiana Act No. 964 (14 juillet 1986).
- LOUISIANE 3
Louisiana Act 583 (juillet 1987).
- LOUISIANE 4
West's Louisiana Statutes Annotated, ch. 40, art. 1062.1 (n° 680, 1988).
- MICHIGAN 1
Michigan Surrogate Parenting Act, 1988, art. 722.853 à 722.861 (n° 199, 27 juin 1988).
- MISSOURI 1
Vernon's Annotated Missouri Statutes, art. 210.824 du *Act of 15 July 1987*.
- NEBRASKA 1
Nebraska LB-674 (février 1988).
- NEVADA 1
Nevada Revised Statutes, art. 127.287 et 127.288 (ch. 773, 1987).

NEW YORK 1

N.Y. Domestic Relations Law, McKinney's Consolidated Laws of New York, 1974, ch. 303.

NEW YORK 2

Proposed Surrogate Parenting Act, dans THE NEW YORK STATE TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW, *Surrogate Parenting: Analysis and Recommendations for Public Policy*, New York, the Task Force, 1988, p. A-1.

OHIO 1

Act Relative to Artificial Insemination by Donor of Women (24 juin 1986).

PENNSYLVANIE 1

Pennsylvania Consolidated Statutes, titre 18, ch. 32.

TEXAS 1

Act of 17 June 1987 — In Vitro Fertilization Procedure.

France

FRANCE 1

Décret n° 88-327 du 8 avril 1988, D.S.1988.242.

FRANCE 2

Code de la santé publique.

FRANCE 3

Code civil.

FRANCE 4

Code pénal.

FRANCE 5

CONSEIL D'ÉTAT, *Avant-projet de loi sur les sciences de la vie et les droits de l'homme*, Paris, le Conseil, mars 1989 [non publié].

FRANCE 6

CONSEIL D'ÉTAT, *Sciences de la vie : De l'éthique au droit*, 2^e éd., Paris, La Documentation française, 1988.

Norvège

NORVÈGE 1

Act N° 68 of 12 June 1987 Relating to Artificial Procreation.

NORVÈGE 2

Proposition N° 25 (1986-87) to the Odelsting Concerning an Act Relating to Artificial Procreation (30 janvier 1987).

Europe de l'Est

EUROPE DE L'EST 1

HADERKA, J., « Artificial Reproduction in Czechoslovak Law with Reference to Other European Socialist Countries » (1987), 1:1 *Int'l J. Law Fam.* 72.

Royaume-Uni

ROYAUME-UNI 1

Surrogacy Arrangements Act 1985 (R.-U.), 1985, ch. 49.

ROYAUME-UNI 2

Human Fertilisation and Embryology Act 1990 (R.-U.), 1990, ch. 37.

ROYAUME-UNI 3

GUNNING, Jennifer, *Human IVF, Embryo Research, Fetal Tissue for Research and Treatment, and Abortion: International Information*, Londres, HMSO, 1990.

ROYAUME-UNI 4

« Guidelines for Both Clinical and Research Application of Human *In Vitro* Fertilisation » et « Guidelines for Ethics Committees for Centres Offering Assisted Reproduction », dans *The Fifth Report of the Interim Licensing Authority for Human In Vitro Fertilisation and Embryology*, 1990, Londres. ILA, 1990, pp. 45 et 49.

ROYAUME-UNI 5

Rapport de la Commission d'enquête concernant la fécondation et l'embryologie humaines, Paris, La Documentation française, 1985 (présidente: Dame Mary Warnock).

ROYAUME-UNI 6

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, *Human Fertilisation and Embryology: A Framework for Legislation*, Londres, HMSO, 1987.

Suède

SUÈDE 1

Law N° 1140 of 20 December 1984 on Insemination.

SUÈDE 2

Law N° 711 of 14 June 1988 on Fertilization Outside the Human Body.

SUÈDE 3

Regulations and General Recommendations of the National Board of Health and Welfare on Insemination (n° 6, 1987).

SUÈDE 4

EWERLÖF, Göran, « L'insémination artificielle — Législation et débat » (1985), 329 *Actualités suédoises*.

SUÈDE 5

WENNERGREN, Bertil, « Consequences of New Regulations in Reproductive Medicine and Human Embryo Research in Their Relationship with Science, Ethics and Law — The Swedish Approach », dans Christian BYK (dir.), *Procréation artificielle : Où en sont l'éthique et le droit ?*, Lyon, Lacassagne, 1989, p. 387.

ANNEXE B

Proposition en vue d'une loi sur la procréation médicalement assistée

Remarques

Le texte qui suit n'est pas en soi un projet de loi sur la procréation médicalement assistée. Dans le cadre d'une politique législative globale sur ce sujet, nous proposons une ébauche de la structure que pourrait prendre la législation réglementant les principaux aspects de cette nouvelle technologie. Dans cette optique, nous n'avons pas tenu compte du partage des compétences entre les différents paliers de gouvernement. Il va de soi que, dans le contexte constitutionnel canadien, une réglementation comme celle qui est proposée ici est tributaire d'accords entre les autorités législatives du fédéral, des provinces et des territoires. Or, les détails de ces accords débordent le cadre du présent document de travail. Afin de présenter un texte le plus complet possible, nous avons dû, dans certains cas, adopter une position un peu plus catégorique que dans nos recommandations, et nous avons tenu pour acquis que les ententes nécessaires entre les différents paliers de gouvernement seraient réalisées.

Outre ces ententes et mesures législatives, il faudrait évidemment que les provinces et territoires prennent sur eux de modifier leur législation en matière, notamment, de filiation et de successions.

PROPOSITION EN VUE D'UNE
LOI SUR LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

TITRE ABRÉGÉ

1.

DÉFINITIONS

2. Les définitions suivantes s'appliquent à la présente loi.

- « accréditation »
 - « clinique accréditée »
 - « dépôt »
 - « don »
 - « embryon »
 - « gamète »
 - « importation »
 - « inspecteur »
 - « procréation médicalement assistée »
 - « procréatique »
 - « prédisposition génétique »
 - « organisme national »
 - « registre central »
 - « services de consultation »
 - « trait génétique »
- etc.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

3. La présente loi repose sur les principes suivants :

- a) Les techniques de procréation médicalement assistée devraient être mises au point et utilisées en conformité avec les principes de l'égalité et de la justice, et de façon à respecter le caractère sacré de la vie ainsi que la dignité et l'inviolabilité de la personne.

- b) L'utilisation d'une technique de procréation médicalement assistée en vue d'éviter la transmission d'un trait ou d'une prédisposition génétiques est inacceptable sauf dans les cas expressément prévus.
- c) La commercialisation de la procréation médicalement assistée est inacceptable.
- d) L'accès aux services de procréation médicalement assistée ne devrait pas être limité en fonction de critères liés à la situation de famille, à l'état matrimonial ou à l'orientation sexuelle du candidat.
- e) Toute personne devrait avoir la possibilité, grâce à des services de consultation, d'obtenir toute l'information nécessaire avant de décider de recourir aux techniques de procréation médicalement assistée.
- f) Il est essentiel d'établir des normes destinées à protéger la santé publique dans le contexte de l'application des techniques de procréation médicalement assistée.

ACCÈS AUX SERVICES DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

4. Limitation de l'accès

Nul ne devrait se voir refuser l'accès aux services de procréation médicalement assistée à moins que la rareté des ressources n'exige qu'une sélection soit exercée parmi les candidats. Le cas échéant, la situation de famille, l'état matrimonial ou l'orientation sexuelle du candidat ne devraient pas compter parmi les critères de sélection.

GAMÈTES ET EMBRYONS

5. Utilisation des gamètes et des embryons

(1) Gamètes. L'utilisation des gamètes devrait être limitée à la fécondation, à l'expérimentation et à la destruction ; toutefois, la fécondation devrait être prohibée au-delà du délai fixé par règlement pour la congélation [recommandations 6(4) et 12(2)]. D'autre part, le sperme donné ne devrait être utilisé pour la fécondation qu'après que le donneur aura été soumis à des analyses adéquates pour le dépistage du virus du sida [recommandation 11].

(2) Embryons. L'utilisation des embryons devrait être limitée à l'implantation, à l'expérimentation et à la destruction ; toutefois, l'implantation devrait être prohibée au-delà du délai fixé par règlement pour la congélation [recommandations 5(3) et 12(1)].

(3) Infraction.

6. Sélection des gamètes et des embryons

(1) **Limitation.** Afin d'éviter de donner prise à l'eugénisme, la sélection des gamètes et des embryons en fonction de qualités particulières devrait être prohibée [recommandation 2].

(2) **Exception.** Toutefois, une telle sélection devrait être permise lorsqu'elle a pour but de prévenir la transmission de maladies génétiques graves [recommandation 2].

(3) **Infraction.**

7. Commercialisation

(1) **Don de gamètes ou d'embryon.** La commercialisation du don de gamètes ou d'embryon devrait être interdite [recommandation 3(1)].

(2) **Exception.** Seul le remboursement des frais raisonnables engagés par le donneur devrait être autorisé [recommandation 3(1)].

(3) **Banques de gamètes ou d'embryons.** Il devrait être interdit aux banques de gamètes ou d'embryons d'exercer leurs activités dans un but lucratif [recommandation 3(2)].

(4) **Exception.** Les banques devraient pouvoir se faire rembourser les frais raisonnables afférents à leurs activités et à leur fonctionnement [recommandation 3(2)].

(5) **Infraction.**

8. Autorité sur les gamètes et les embryons en cas de dépôt ou de don

(1) **Autorité sur les gamètes.** L'autorité sur les gamètes devrait être attribuée au géniteur [recommandation 6(1)].

(2) **Autorité sur l'embryon.**

a) L'autorité sur l'embryon issu des gamètes d'un couple devrait être partagée par les partenaires.

b) L'autorité sur l'embryon issu des gamètes d'un seul des partenaires d'un couple et d'un donneur devrait être exercée exclusivement par le conjoint lié génétiquement à l'embryon.

c) L'autorité sur l'embryon issu des gamètes de deux donneurs devrait être exercée par la banque ou la clinique qui en a la possession.
[Recommandation 5(2).]

(3) Dépôt de gamètes.

a) La personne qui décide de déposer ses gamètes en vue d'un usage personnel futur devrait être tenue, avant le dépôt, d'exprimer par écrit sa volonté quant au sort des gamètes.

b) L'expression écrite de la volonté du déposant doit prévoir le sort des gamètes dans les cas suivants, notamment : décès du titulaire de l'autorité, abandon du projet parental et expiration du délai de congélation.

c) Le déposant devrait pouvoir modifier l'expression de sa volonté quant au sort des gamètes au moyen d'une déclaration écrite faite avant la conception d'embryons ou l'utilisation à laquelle les gamètes étaient destinés.

[Recommandation 6(2).]

(4) Dépôt d'embryon.

a) Avant de concevoir un embryon en vue d'un usage personnel futur, le titulaire éventuel de l'autorité sur l'embryon devrait être tenu d'exprimer par écrit sa volonté quant au sort de l'embryon. Dans les cas où l'autorité serait exercée par les deux partenaires d'un couple, leur volonté commune devrait être exprimée dans une seule et même déclaration.

b) L'expression écrite de la volonté du titulaire de l'autorité sur l'embryon doit prévoir le sort de celui-ci dans les cas suivants, notamment : décès du ou des titulaires de l'autorité, abandon du projet parental, expiration du délai de congélation, divorce ou autre conflit entre les titulaires de l'autorité sur l'embryon.

c) Le titulaire de l'autorité sur l'embryon devrait pouvoir modifier l'expression de sa volonté quant au sort de celui-ci au moyen d'une déclaration écrite faite avant que l'embryon ait été utilisé aux fins prévues. Dans le cas où l'autorité serait exercée par les deux partenaires d'un couple, toute modification devrait se faire d'un commun accord.

[Recommandations 5(1) et (2).]

(5) Don de gamètes.

a) La personne qui fait don de ses gamètes devrait être tenue, avant l'exécution du don, de faire une déclaration écrite exprimant son consentement au don et énumérant les conditions auxquelles celui-ci est assujéti quant à l'utilisation des gamètes.

b) Le donneur devrait pouvoir retirer son consentement ou modifier ces conditions au moyen d'une déclaration écrite avant la conception d'embryons ou l'utilisation des gamètes aux fins prévues.

[Recommandation 6(3).]

(6) Don d'embryon.

a) Le titulaire de l'autorité sur un embryon qui décide de donner celui-ci devrait être tenu, avant l'exécution du don, de faire une déclaration écrite exprimant son

consentement au don et énumérant les conditions auxquelles celui-ci est assujéti quant à l'utilisation de l'embryon. Dans les cas où l'autorité serait exercée par les deux partenaires d'un couple, leur volonté commune devrait être exprimée dans une seule et même déclaration.

b) Le donneur devrait pouvoir retirer son consentement ou modifier ces conditions au moyen d'une déclaration écrite avant l'utilisation de l'embryon aux fins prévues. Dans les cas où l'autorité serait exercée par les deux partenaires d'un couple, toute modification devrait se faire d'un commun accord.
[Recommandation 5(4).]

(7) Infraction.

9. Importation de gamètes et d'embryons

(1) Restriction. L'importation des gamètes et des embryons devrait être réservée aux banques accréditées. Les gamètes et embryons importés devraient également répondre aux normes nationales établies [recommandation 14].

(2) Infraction.

CLINIQUES ET BANQUES

10. Restriction des services

(1) Cliniques. L'application des différentes techniques de procréation médicalement assistée devrait être réservée aux cliniques accréditées [recommandation 21(2)].

(2) Banques. La conservation des gamètes et des embryons devrait être réservée aux banques de gamètes et d'embryons accréditées [recommandation 21(2)].

(3) Infraction.

11. Services de consultation

Toute clinique qui offre des services en matière de procréation médicalement assistée devrait avoir l'obligation d'offrir à toute personne qui y a recours, et ce, avant, pendant et après l'application d'une technique, des services de consultation permettant à cette personne d'obtenir auprès d'experts (médecins, psychologues, etc.) l'aide et l'information dont elle peut avoir besoin [recommandation 16].

12. Tenue et utilisation des dossiers

(1) Obligation de tenir des dossiers. Les cliniques devraient être tenues de maintenir des dossiers (concernant le donneur ou la donneuse, la receveuse et l'enfant) permettant au médecin de relier le donneur ou la donneuse à la receveuse, tout en garantissant l'anonymat des parties [recommandation 17(1)].

(2) Limitation de l'information à conserver. L'information recueillie devrait être limitée à ce qui est nécessaire à la poursuite des objectifs suivants : permettre l'accès à l'information médicale et génétique qui pourrait être nécessaire à l'efficacité des soins médicaux dispensés à l'enfant ; satisfaire les besoins psychologiques de l'enfant ; permettre une préparation adéquate des rapports cliniques et entreprendre des études sur les effets à long terme des différentes techniques de procréation médicalement assistée [recommandation 17(2)].

(3) Protection de la confidentialité. Les cliniques devraient être garantes de la confidentialité de l'information qu'elles ont en leur possession [recommandation 17(3)].

(4) Accès à l'information — anonymat. À la demande des parents légaux ou de l'enfant, l'information non identifiante, notamment les renseignements d'ordre social (comme l'origine ethnique, la profession, le niveau d'instruction, l'appartenance religieuse et les centres d'intérêt du donneur ou de la donneuse) devrait pouvoir être divulguée. En revanche, l'information identifiante ne devrait pouvoir être divulguée que si le donneur ou la donneuse y consent [recommandation 18].

(5) Exception. L'identité du donneur ou de la donneuse qui omet de fournir des renseignements ou qui fournit de faux renseignements quant à ses antécédents médicaux ou à son patrimoine génétique devrait pouvoir être révélée au ministère public en vue de poursuites pénales liées à cette réticence ou à cette déclaration mensongère [recommandation 19].

(6) Infraction.

13. Rapport annuel des cliniques

(1) Obligation de produire un rapport annuel. Toute clinique devrait avoir l'obligation de présenter un rapport annuel écrit à un registre central [recommandation 9].

(2) Contenu du rapport. Le contenu minimal du rapport annuel devrait être établi par règlement et les données devraient être présentées dans la forme prescrite [recommandation 9]. En outre, les cliniques devraient avoir l'obligation d'enregistrer et de motiver le nombre d'embryons implantés au cours de chaque cycle de traitement [recommandation 15].

(3) Infraction.

14. Mise sur pied d'un organisme national

Les autorités fédérales, provinciales et territoriales, de concert avec les spécialistes du milieu, devraient mettre sur pied un organisme national de réglementation en matière de procréation médicalement assistée [recommandation 22(1)].

15. Attributions de l'organisme

(1) Établissement d'un système d'accréditation. L'organisme national devrait mettre sur pied un système d'accréditation des cliniques offrant des services de procréation médicalement assistée et des banques de gamètes et d'embryons [recommandation 21(1)].

(2) Règlements. L'organisme national devrait être habilité à prendre des règlements sur les questions suivantes [recommandation 22(2)b)] :

- a) les critères d'accréditation des cliniques et des banques ;
- b) les normes concernant la sélection des donneurs de gamètes et d'embryons [recommandation 10] et le nombre de fois que les gamètes d'un même donneur peuvent être utilisés [recommandation 13] ;
- c) l'établissement de normes quant à la sélection, à la conservation [recommandation 10] et à l'importation de gamètes et d'embryons [article 9] ;
- d) les délais de congélation des gamètes et des embryons [article 5] ;
- e) les prohibitions relatives à la sélection des gamètes et des embryons [article 6] et à la commercialisation du don de gamètes ou d'embryon [article 7] ;
- f) le remboursement des frais engagés par les donneurs et par les banques [article 7] ;
- g) l'exercice de l'autorité sur les gamètes et les embryons, notamment l'assujettissement du don à des conditions et l'expression de la volonté du titulaire en cas de dépôt [article 8] ;
- h) la composition et les fonctions des services de consultation établis par les cliniques [article 11] ;
- i) la tenue de dossiers par les cliniques et le contenu de ces dossiers [paragraphe 12(1) et (2)] ;
- j) les modalités de la divulgation par les cliniques de renseignements identifiants et non identifiants au sujet des donneurs [paragraphe 12(3) et (4)] ;
- k) le contenu du rapport annuel que les cliniques sont tenues de fournir au registre central [paragraphe 13(1) et (2)].

(3) Attributions supplémentaires. L'organisme national devrait avoir les attributions suivantes :

- a)* prendre les mesures nécessaires à l'observation de la loi et des règlements ;
- b)* octroyer l'accréditation aux cliniques et aux banques [recommandation 22(2)] ;
- c)* effectuer des inspections auprès des cliniques et des banques accréditées [recommandation 22(2)] ;
- d)* modifier, révoquer ou suspendre l'accréditation de toute clinique ou banque qui ne se conforme pas à la loi, aux règlements ou aux exigences de son accréditation [recommandation 22(2)] ;
- e)* établir un registre central chargé de recueillir les rapports annuels des cliniques et de mettre à la disposition du public les statistiques tirées des rapports ;
- f)* analyser les taux de succès de la procréatique et d'autres renseignements tirés des rapports annuels des cliniques, et compiler des statistiques ;
- g)* prendre les mesures nécessaires pour prévenir l'exploitation et la mercantilisation dans le domaine de la procréation médicalement assistée ;
- h)* promouvoir la recherche et les études dans le domaine de la procréatique, notamment en vue de réduire le taux de grossesse multiple, de mettre au point des techniques reposant sur le cycle normal d'ovulation [recommandation 15] et de déterminer les effets (physiologiques et psychologiques) à long terme des techniques de procréation médicalement assistée sur les enfants qui en sont nés [recommandation 20] ;
- i)* déterminer, sur la base des données nationales, les problèmes soulevés par la procréation médicalement assistée ;
- j)* conseiller les autorités publiques en matière de procréation médicalement assistée.

Table des arrêts

Canada

- Andrews c. Law Society of British Columbia*, [1989] 1 R.S.C. 143.
Borowski c. Attorney-General for Canada (1987), 39 D.L.R. (4^e) 731 (C.A. Sask.).
Borowski c. Canada (procureur général), [1989] 1 R.C.S. 342.
Brossard (ville) c. Québec (Commission des droits de la personne), [1988] 2 R.C.S. 279.
C.(G.) c. V.-F.(T.), [1987] 2 R.C.S. 244.
Campbell c. Attorney-General of Ontario (1987), 58 O.R. (2^e) 209 (H.C.), conf. par (1987), 60 O.R. (2^e) 617 (C.A.), autorisation d'en appeler à la Cour suprême refusée, [1987], 1 R.C.S. vi.
Canada (Procureur général) c. Mossop, [1990] 1 C.F. 18 (C.A.), inf. par *Mossop c. Canada (Secrétariat d'Éiat)* (1989), 10 C.H.R.R. D/6064.
Cashin c. Société Radio-Canada, [1988] 3 C.F. 494 (C.A.).
Clarkson c. La Reine, [1986] 1 R.C.S. 383.
Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada c. Canada (Commission canadienne des droits de la personne), [1987] 1 R.C.S. 1114.
Douglas/Kwantlen Faculty Assn. c. Douglas College, [1990] 3 R.C.S. 570.
Duke c. La Reine, [1972] R.C.S. 917.
E. (M^{me}) c. Eve, [1986] 2 R.C.S. 388.
Halls c. Mitchell, [1928] R.C.S. 125.
Halushka c. University of Saskatchewan (1965), 53 D.L.R. (2^e) 436 (C.A. Sask.).
Harrison c. Université de la Colombie-Britannique, [1990] 3 R.C.S. 251.
Hopp c. Lepp, [1980] 2 R.C.S. 192.
Labatt c. Procureur général du Canada, [1980] 1 R.C.S. 914.
M.(N.) c. British Columbia (Superintendent of Family and Child Services) (1986), 10 B.C.L.R. (2^e) 234 (C.S.).
McKinney c. Université de Guelph, [1990] 3 R.C.S. 229.
Mills c. La Reine, [1986] 1 R.C.S. 863.
Montreal Tramways Company c. Léveillé, [1933] R.C.S. 456.
Murphy c. Dodd (1989), 70 O.R. (2^e) 681 (H.C.).
Peters c. University Hospital Board, [1983] 5 W.W.R. 193 (C.A. Sask.).
R. c. Beare ; R. c. Higgins, [1988] 2 R.C.S. 387.
R. c. Big M Drug Mart Ltd., [1985] 1 R.C.S. 295.
R. c. Crown Zellerbach Canada Ltd., [1988] 1 R.C.S. 401.
R. c. Edwards Books and Art Ltd., [1986] 2 R.C.S. 713.
R. c. Gregory (1973), 11 C.P.R. (2^e) 32 (C.S.P. Qc).
R. c. Jones, [1986] 2 R.C.S. 284.
R. c. Morgentaler, [1988] 1 R.C.S. 30.
R. c. Oakes, [1986] 1 R.C.S. 103.
R. c. Therens, [1985] 1 R.C.S. 613.
R. c. Thornton, C. distr. Ont., n^o 1814, 15 juin 1989, conf. par (1991) 1 O.R. (3^e) 480 (C.A.).
R. c. Turpin, [1989] 1 R.C.S. 1296.
R. c. Vaillancourt, [1987] 2 R.C.S. 636.
R. c. Videoflicks Ltd (1984), 48 O.R. (2^e) 395 (C.A.).
R. c. Wetmore, [1983] 2 R.C.S. 284.
R.L. Crain Inc. c. Couture (1983), 6 D.L.R. (4^e) 478 (B.R. Sask.).

Re Adoption Act (1982), 27 R.F.L. (2^e) 72 (C.S. C.-B.).
Re Inquiry into Confidentiality of Health Records in Ontario (1979), 24 O.R. (2^e) 545 (C.A.), inf. par (sub nom. *Solliciteur général du Canada c. Commission royale d'enquête sur la confidentialité des dossiers de santé en Ontario*, [1981] 2 R.C.S. 494.
Re MacVicar and Superintendent of Family and Child Services (1986), 34 D.L.R. (4^e) 488 (C.S. C.-B.).
Re Ontario Birth Registration number 88-05-045846, C. prov. Ont. n^o A012/89, 12 février 1990, j. Walmsley.
Re T. and Catholic Children's Aid Society (1984), 46 O.R. (2^e) 347 (C.P.).
Reference re Validity of Section 5(a) of the Dairy Industry Act, [1949] R.C.S. 1.
Reference re Workers' Compensation Act, 1983 (T.-N.), [1989] 1 R.C.S. 922.
Reibl c. Hughes (1977), 16 O.R. (2^e) 306 (H.C.J.), inf. par 21 O.R. (2^e) 14 (C.A.), inf. par [1980] 2 R.C.S. 880.
Renvoi relatif au paragraphe 94(2) de la Motor Vehicle Act (C.-B.), [1985] 2 R.C.S. 486.
Russell c. The Queen (1882), 7 App. Cas. 829 (C.P.).
S.(S.) c. Director of Child and Family Services, [1987] 5 W.W.R. 309 (B.R. Man.).
Saskatchewan Human Rights Commission c. Saskatchewan (Department of Social Services) (1988), 52 D.L.R. (4^e) 253 (C.A. Sask.).
Schaap c. Forces armées canadiennes, [1989] 3 C.F. 172 (C.A.).
Schachter c. Canada, [1988] 3 C.F. 515 (1^{re} inst.), conf. par [1990] 2 C.F. 129 (C.A.).
SDGMR c. Dolphin Delivery Ltd., [1986] 2 R.C.S. 573.
Singh c. Ministre de l'Emploi et de l'Immigration, [1985] 1 R.C.S. 177.
Stoffman c. Vancouver General Hospital, [1990] 3 R.C.S. 483.
Symes c. Canada, [1989] 3 C.F. 59 (1^{re} inst.).
Tremblay c. Daigle, C.S. Abitibi, n^o 170-05-000012-898, 7 juillet 1989; [1989] R.J.Q. 1980 (C.S.); [1989] R.J.Q. 1735 (C.A.), inf. par [1989] 2 R.C.S. 530.
Trudeau c. Arial, [1981] C.S. 727.
Weiss c. Solomon, [1989] R.J.Q. 731 (C.S.).

États-Unis

Akron (City of) c. Akron Center for Reproductive Health, Inc., 462 U.S. 416 (1983).
Alma Society Incorporated c. Mellon, 601 F. 2d 1225 (1979).
Anna J. c. Mark C., 286 Cal. Rptr. 369 (1991).
Baby Girl, 9 Fam. L. Rep. 2348 (1983).
Baby M, 537 A. 2d 1227 (N.J. 1988).
Bowers c. Hardwick, 478 U.S. 186.
Brooks c. South Broward Hospital District, 325 So. 2d 479 (Fla App. 1975).
C.M. c. C.C., 377 A. 2d 821 (1977).
Carey c. Population Services International, 431 U.S. 678 (1977).
Davis c. Davis, Cour de circuit, comté de Blount, Tennessee, n^o E-14496 (21 septembre 1989); inf. par 59 U.S.L.W. 2205, (Tenn. App. 1990).
Del Zio c. Manhattan's Columbia Presbyterian Medical Center, S.D.N.Y., n^o 74-3558, 12 avril 1978.
Doe c. Kelley, 307 N.W. 2d 438 (1981).
Eisenstadt c. Baird, 405 U.S. 438 (1972).
Federal Trade Commission c. Jacobson, Cour distr. É.-U., Virginie n^o 89-0078-A, 18 mai 1989.
Griswold c. Connecticut, 381 U.S. 479 (1965).
Harris c. McRae, 448 U.S. 297 (1980).
Hembree c. Hospital Board of Morgan County, 300 So. 2d 823 (1974).
In re Estates of Elsa and Mario Rios, C.S. comté de Los Angeles, n^{os} P680682, P680683 (mai 1985).
Baby M, 525 A. 2d 1128 (N.J. Super. Ch. 1987).
In the Matter of Adoption of Baby Girl L.J., 505 N.Y.S. 2d 813 (1986).
Jhordan C. c. Mary K., 179 Cal. App. 3d 386 (1986).
Jorgensen c. Meade Johnson Laboratories, Inc., 483 F. 2d 237 (1973).

Loving c. Virginia, 388 U.S. 1 (1967).
Maher c. Roe, 432 U.S. 464 (1977).
Meyer c. Nebraska, 262 U.S. 390 (1923).
Moore c. Regents of University of California, 793 P. 2d 479 (Cal. 1990), conf. en partie par 249 Cal. Rptr. 494 (Cal. App. 2d Dist. 1988).
Pierce c. Society of Sisters, 268 U.S. 510 (1925).
Planned Parenthood Association of Missouri c. Danforth, 428 U.S. 52 (1976).
Re Roger B., 84 Ill. 2d 325 (1981).
Renslow c. Mennonite Hospital, 351 N.E. 2d 870 (1976).
Roe c. Wade, 410 U.S. 113 (1973).
Skinner c. Oklahoma, 316 U.S. 535 (1942).
Smith c. Hartigan, 556 F. Supp. 157 (1983).
Smith c. Jones, C. circuit Michigan, n° 85532014-60 (14 mars 1986).
Snedecore c. Wayne State Univ., E.D. Mich., n° 80-725-83 (15 juillet 1980).
Surrogate Parenting Associates c. Commonwealth of Kentucky, ex rel Armstrong, 704 S.W. 2d 209 (1986).
Syrkowski c. Appleyard, Civ. Action 81, 122 D.P. (1981), conf. par 333 N.W. 2d 90 (1983).
Thornburgh c. American College of Obstetricians and Gynecologists, 476 U.S. 747 (1986).
Venner c. Maryland, 354 A. 2d 483 (1976).
Watkins c. United States Army, 837 F. 2d 1428 (1988), conf. par 875 F. 2d 699 (1989).
Webster c. Reproductive Health Services, 492 U.S. 490 (1989).
Whalen c. Roe, 429 U.S. 589 (1977).
York c. Jones Institute, 717 F. Supp. 421 (E.D. Va 1989).
Zablocki c. Redhail, 434 U.S. 374 (1978).

Autres Pays

Paton c. Trustees of BPAS, [1978] 2 All E R 987 (B.R.).
Paton c. United Kingdom (1980), 3 E.H.R.R. 408.
 Trib. gr. inst. Créteil, 1^{er} août 1984, *Parpalaix c. C.É.C.O.S.*, Gaz. Pal. 1984.II.560.

Table de la législation canadienne et des traités internationaux

Législation canadienne

- Adoption Act*, R.S.B.C. 1979, ch. 4.
Adoption Act, R.S.P.E.I. 1988, ch. A-4.
Adoption Act, The, S.S. 1989-90, ch. A-5.1.
Adoption of Children Act, 1972, The, S.N. 1972, n° 36.
An Act to amend the Uniform Child Status Act, Conférence sur l'uniformisation des lois au Canada, 1991.
Charte canadienne des droits et libertés, Partie 1 de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (1982, R.-U., ch. 11)].
Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., ch. C-12.
Child Status Act, R.S.P.E.I. 1988, ch. C-6.
Child Welfare Act, S.A. 1984, ch. C-8.1.
Children and Family Services Act, S.N.S. 1990, ch. 5.
Children's Act, R.S.Y.T. 1986, ch. 22.
Children's Law Act, The, S.N. 1988, ch. 61.
Children's Law Act, The, S.S. 1990, ch. C-8.1.
Children and Family Services Act, S.N.S. 1991, ch. 5.
Code civil du Bas Canada.
Code civil du Québec.
Code civil du Québec, projet de loi 125 (1^{re} lecture, 18 décembre 1990), 1^{re} session, 34^e législature.
Code criminel, L.R.C. (1985), ch. C-46.
Code de déontologie des médecins, R.R.Q. 1981, ch. M-9, r. 4.
Code des droits de la personne, L.M. 1987-88, ch. 45.
Code des droits de la personne, L.O. 1981, ch. 53.
Family Maintenance Act, R.S.N.S. 1989, ch. 160.
Human Rights Act, R.S.N.S. 1989, ch. 214.
Human Rights Act, R.S.P.E.I. 1988, ch. H-12.
Human Rights Act, S.B.C. 1984, ch. 22.
Human Rights Act, S.Y.T. 1987, ch. 3.
Human Rights Code, The, S.N. 1988, ch. 62.
Human Tissue Act, 1971, The, S.N. 1971, n° 66.
Human Tissue Gift Act, R.S.A. 1980, ch. H-12.
Human Tissue Gift Act, R.S.B.C. 1979, ch. 187.
Human Tissue Gift Act, R.S.N.S. 1989, ch. 215.
Human Tissue Gift Act, R.S.P.E.I. 1988, ch. H-13.
Human Tissue Gift Act, R.S.Y.T. 1986, ch. 89.
Human Tissue Gift Act, The, R.S.S. 1978, ch. H-15.
Individual's Rights Protection Act, R.S.A. 1980, ch. I-2.
Law and Equity Act, R.S.B.C. 1979, ch. 224.
Legitimacy Act, R.S.A. 1980, ch. L-11.
Loi canadienne sur la santé, L.R.C. (1985), ch. C-6.
Loi canadienne sur les droits de la personne, L.R.C. (1985), ch. H-6.
Loi de 1985 sur le divorce, L.C. 1986, ch. 4.
Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Vict., R.-U., ch. 3.
Loi de 1984 sur les services à l'enfance et à la famille, L.O. 1984, ch. 55.
Loi de 1986 sur le droit de la famille, L.O. 1986, ch. 4.
Loi médicale, L.R.Q., ch. M-9.
Loi portant réforme au Code civil du Québec du droit des personnes, des successions et des biens, L.Q. 1987, ch. 18.
Loi portant réforme du droit de l'enfance, L.R.O. 1980, ch. 68.

Loi prohibant la discrimination, L.R.T.N.-O. 1988, ch. F-2.
Loi relative aux enquêtes sur les coalitions, L.R.C. (1985), ch. C-34.
Loi sur l'obligation alimentaire, L.R.M. 1987, ch. F20.
Loi sur l'organisation judiciaire, L.R.T.N.-O. 1988, ch. J-1.
Loi sur la protection de l'enfance, L.R.T.N.-O. 1988, ch. C-6.
Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., ch. P-34.1.
Loi sur la quarantaine, L.R.C. (1985), ch. Q-1.
Loi sur le don de tissus humains, L.R.O. 1980, ch. 210.
Loi sur les aliments et drogues, L.R.C. (1985), ch. F-27.
Loi sur les droits de la personne, L.R.N.-B. 1973, ch. H-11.
Loi sur les services à l'enfant et à la famille, L.M. 1985-86, ch. 8.
Loi sur les services à la famille, L.N.-B. 1980, ch. F-2.2.
Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., ch. S-5.
Loi sur les tissus humains, L.M. 1987-88, ch. 39.
Loi sur les tissus humains, L.R.N.-B. 1973, ch. H-12.
Loi sur les tissus humains, L.R.T.N.-O. 1988, ch. H-6.
Loi uniforme sur le don de tissus humains, Conférence sur l'uniformisation des lois au Canada, 1989.
Saskatchewan Human Rights Code, The, S.S. 1979, ch. S-24.1.
Tarif des douanes, L.R.C. (1985), ch. 41 (3^e suppl.).
Uniform Human Tissue Gift Act, Conférence sur l'uniformisation des lois au Canada, 1971.

Traité internationaux

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1955), 213 R.T.N.U. 223.
Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 16 décembre 1966, R.T. Can. 1976, n^o 47, 999 R.T.N.U. 187.

Bibliographie sélective

- ACHILLES, Rona, *The Social Meanings of Biological Ties: A Study of Participants in Artificial Insemination by Donor*, thèse de doctorat, Université de Toronto, 1986.
- ALBERTA ADVISORY COUNCIL ON WOMEN'S ISSUES, *Discussion Paper on New Reproductive Technologies: Medical, Legal and Ethical Implications*, Edmonton, the Council, 1988.
- ALEXANDER, Nancy J. et Steven ACKERMAN, « Therapeutic Insemination » (1987), 14:4 *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.* 905.
- AMERICAN FERTILITY SOCIETY, « Ethical Considerations of the New Reproductive Technologies » (1988), 49:2 (suppl. 1) *Fertil. Steril.*
- ANDREWS, Lori B., « Legal and Ethical Aspects of New Reproductive Technologies » (1986), 29:1 *Clin. Obstet. Gynecol.* 190.
- , *Medical Genetics: A Legal Frontier*, Chicago, American Bar Foundation, 1987.
- , « My Body, My Property » (1986), 16:5 *Hast. Cent. Rep.* 28. *Annals New York Academy of Sciences*, vol. 54, 1988.
- ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'ONTARIO, « OMA Guidelines for In Vitro Fertilization Programs in Ontario » (1990), 57:12 *Ontario Med. Rev.* 28.
- ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN, *Report of the Special Task Force Committee on Reproductive Technology of the British Columbia Branch*, 1989 [non publié].
- Background Paper on the Establishment of an Adult Adoption Disclosure Registry in British Columbia*, Victoria (C.-B.), British Columbia Ministry of Social Services and Housing, 1986.
- BANDRAC, Monique, « Réflexions sur la maternité », dans *Mélanges offerts à Pierre Raynaud*, Paris, Dalloz-Sirey, 1985, p. 27.
- BARREAU DU QUÉBEC, *Mémoire du Comité du Barreau sur la confidentialité des dossiers d'adoption et la recherche des antécédents*, Montréal, le Barreau, 1986.
- , « Rapport du Comité sur les nouvelles technologies de reproduction » (1988), 48:2 (suppl.) *R. du B.*
- BAUDOIN, Jean-Louis, « Aspects juridiques », dans Marcel J. MELANÇON (dir.), *L'insémination artificielle thérapeutique*, Québec, P.U.L., 1983, p. 113.
- BAUDOIN, Jean-Louis et Catherine LABRUSSE-RIOU, *Produire l'homme : De quel droit ?*, Paris, P.U.F., 1987.
- BAUDOIN, Jean-Louis, Monique OUELLETTE et Patrick A. MOLINARI, *Pour un conseil consultatif canadien d'éthique biomédicale*, document d'étude, Ottawa, CRD, 1990.
- BOTTING, B.J., I. MACDONALD DAVIES et A.J. MACFARLANE, « Recent Trends in the Incidence of Multiple Births and Associated Mortality » (1987), 62 *Arch. Dis. Child.* 941.
- BRITISH COLUMBIA ROYAL COMMISSION ON FAMILY AND CHILDREN'S LAW, *Ninth Report of the Royal Commission on Family and Children's Law: Artificial Insemination*, Vancouver, la Commission royale, 1975.
- BROWN, Hutton, « Legal Rights and Issues Surrounding Conception, Pregnancy, and Birth » (1986), 39 *Vand. L. Rev.* 597.
- BROWN, Stanley E., « In Vitro Fertilisation — The Canadian Experience » (1989), 11:3 *Journal SOGC* 27.
- BYK, Christian (dir.), *Procréation artificielle : Où en sont l'éthique et le droit ?*, Lyon, Lacassagne, 1989.
- CAPLAN, Arthur, « California Sperm Bank is a Loony Notion », *The [Montreal] Gazette* (24 novembre 1989) B-3.

- CAPRON, A.M. et M.J. RADIN, « Choosing Family Law over Contract Law as a Paradigm for Surrogate Motherhood » (1988), 16:1-2 *Law Med. Health Care* 34.
- CHARO, R. Alta, « Legislative Approaches to Surrogate Motherhood » (1988), 16:1-2 *Law Med. Health Care* 96.
- , « Surrogate Parenting: Analysis and Recommendations for Public Policy » (1989), 10:1 *J. Leg. Med.* 251.
- COHEN, Sherrill et Nadine TAUB (dir.), *Reproductive Laws for the 1990s*, Clifton (N.J.), Humana, 1989.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, *Journées annuelles d'éthique*, Paris, La Documentation française, 1986.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DE L'ONTARIO, *Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters*, vol. 1 et 2, Toronto, Ministère du Procureur général, 1985.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Les crimes contre le fœtus*, Document de travail n° 58, Ottawa, la Commission, 1989.
- , *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, Document de travail n° 61, Ottawa, la Commission, 1989.
- , *Notre droit pénal*, Rapport n° 3, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1976.
- , *Pour une nouvelle codification du droit pénal — édition révisée et augmentée du rapport n° 30*, Rapport n° 31, Ottawa, la Commission, 1987.
- , *Prélèvement et dons de tissus humains et d'organes*, document de travail [à paraître].
- , *La stérilisation et les personnes souffrant de handicaps mentaux*, Document de travail n° 24, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1979.
- COMMISSION MANITOBAINE DE RÉFORME DU DROIT, *Working Paper on Confidentiality of Adoption Records*, Winnipeg, la Commission, 1979.
- COMMITTEE TO CONSIDER THE SOCIAL, ETHICAL AND LEGAL ISSUES ARISING FROM IN VITRO FERTILIZATION, *The Report on the Disposition of Embryos Produced by In Vitro Fertilization*, Melbourne, F.D. Atkinson Government Printer, 1984 (président : Louis Waller).
- CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Instruction sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation*, Cité du Vatican, Typographie Polyglotte Vaticane, 1987.
- CONGRESS OF THE UNITED STATES, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *Infertility: Medical and Social Choices*, Washington (D.C.), OTA, 1988.
- CONSEIL D'ÉTAT, *Sciences de la vie : De l'éthique au droit*, 2^e éd., Paris, La Documentation française, 1988.
- CONSEIL DE L'EUROPE, *Procréation artificielle humaine*, Strasbourg, le Conseil, 1989.
- CONSEIL DE L'EUROPE, ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE, 38^e sess., II^e partie, *Textes adoptés, Recommandation 1046 (1986) relative à l'utilisation d'embryons et foetus humains à des fins diagnostiques, thérapeutiques, scientifiques, industrielles et commerciales*.
- CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DU CANADA, *Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1987.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Nouvelles technologies de la reproduction : pratiques cliniques et expérimentales au Québec*, Québec, le Conseil, 1986.
- COUNCIL FOR SCIENCE AND SOCIETY, *Human Procreation: Ethical Aspects of the New Techniques*, Oxford, Oxford University Press, 1984.
- DAVIS, Tamara L., « Protecting the Cryopreserved Embryo » (1990), 57 *Tenn. L. Rev.* 507.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, *Human Fertilisation and Embryology: A Framework for Legislation (White Paper)*, Londres, HMSO, 1987.
- DICKENS, Bernard M., « Artificial Reproduction and Child Custody » (1987), 66 *R. du B. can.* 49.
- , « The Control of Living Body Materials » (1977), 27 *U.T.L.J.* 142.
- , « The Ectogenetic Human Being: A Problem Child of Our Time » (1980), 18 *U.W.O. L. Rev.* 241.
- , « Legislating for the Brave New Children », dans Barbara LANDAU (dir.), *Children's Rights in the Practice of Family Law*, Toronto, Carswell, 1986, p. 345.
- , « Reproduction Law and Medical Consent » (1985), 35 *U.T.L.J.* 255.
- DICKMAN, D.G., « Social Values in a Brave New World: Toward a Public Policy Regarding Embryo Status and In Vitro Fertilization » (1985), 29 *St. Louis U. L.J.* 817.

- EATON, Thomas A., « Comparative Responses to Surrogate Motherhood » (1986), 65 *Neb. L. Rev.* 686.
- ÉGLISE UNIE DU CANADA, DIVISION DE LA MISSION AU CANADA, *A Brief to the Royal Commission on New Reproductive Technologies*, 1991 [non publié].
- EICHLER, Margrit et Phebe POOLE, *La fréquence des contrats de grossesse conclus avant la conception et intéressant des Canadiens*, étude préparée pour la CRD, septembre 1988 [non publiée].
- ELLIOT, Robin M., « The Supreme Court of Canada and Section 1 — The Erosion of the Common Front » (1987), 12 *Queen's L.J.* 277.
- EWERLÖF, Göran, « L'insémination artificielle — Législation et débat » (1985), 329 *Actualités suédoises* 1.
- Fécondation in vitro, analyse du génome et thérapie génétique : Rapport du groupe de travail constitué en commun par le ministère fédéral de la Recherche et de la Technologie et le ministère fédéral de la Justice*, République fédérale d'Allemagne, trad. par C. Bergeal, Paris, La Documentation française, 1987 (président: Ernst Benda).
- FIELD, Martha A., *Surrogate Motherhood*, éd. augm., Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1990.
- FREEDMAN, Benjamin, P.J. TAYLOR, Thomas WONNACOTT et Katherine HILL, « Criteria for Parenting in Canada: A Comparative Survey of Adoption and Artificial Insemination Practices » (1988), 3 *C.F.L.Q.* 35.
- GALLOUX, Jean-Christophe, « De la nature juridique du matériel génétique ou la réification du corps humain et du vivant » (1989), 3 *R. recherche jur.* 1.
- GARCIA, Jairo, « Réflexions sur la catégorie des choses hors du commerce : l'exemple des éléments et des produits du corps humain en droit français » (1989), 30:4 *C. de D.* 1011.
- , « Return to the Natural Cycle for In Vitro Fertilization (Alleluia! Alleluia!) » (1989), 6:2 *J. In Vitro Fert. Embryo Transfer* 67.
- GOROVITZ, Samuel, « Engineering Human Reproduction: A Challenge to Public Policy » (1985), 10 *J. Med. Phil.* 267.
- HAMMOND, Mary G., « Evaluation of the Infertile Couple » (1987), 14:4 *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.* 821.
- HERMITTE, Marie-Angèle, « Le corps hors du commerce, hors du marché » (1988), 33 *Arch. philo. dr.* 323.
- HOGG, Peter W., *Constitutional Law of Canada*, 2^e éd., Toronto, Carswell, 1985.
- INSLER, Vaclav et BRUNO LUNENFELD (dir.), *Infertility: Male and Female*, Édimbourg, Churchill Livingstone, 1986.
- JALBERT, P. et G. DAVID, « Problèmes génétiques liés à la procréation artificielle par don de gamètes : solutions adoptées par les CECOS » (1987), 16 *J. Gynéc. Obstétr. Biol. Reprod.* 547.
- JALBERT, Pierre et autres, « Genetic Aspects of Artificial Insemination with Donor Semen: The French CECOS Federation Guidelines » (1989), 33 *Am. J. Med. Genet.* 269.
- JONES, Derek J., « Artificial Procreation, Societal Reconceptions: Legal Insight from France » (1988), 36 *Am. J. Comp. L.* 525.
- KEATING, Bernard, *Le statut moral de l'embryon humain : une approche attentive à la question des fondements de l'éthique*, thèse de doctorat, Québec, École des gradués de l'Université Laval, février 1990.
- KERN, Patricia A. et Kathleen M. RIDOLFI, « The Fourteenth Amendment's Protection of a Woman's Right to Be a Single Parent through Artificial Insemination by Donor » (1982), 7 *Women's Rights L. Rep.* 251.
- KEYSERLINGK, Edward W., *The Unborn Child's Right to Prenatal Care: A Comparative Law Perspective*, Montréal, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, 1984.
- KHATAMFE, Masood A., « Infertility: A Preventable Epidemic? » (1988), 33:4 *Int. J. Fertil.* 246.
- KNOPPERS, Bartha Maria, *Conception artificielle et responsabilité médicale*, Cowansville (Qc), Yvon Blais, 1986.
- , « Modern Birth Technology and Human Rights » (1985), 33 *Am. J. Comp. L.* 1.
- , « Reproductive Technology and International Mechanisms of Protection of the Human Person » (1987), 32 *R.D. McGill* 336.
- , « Vérité et information de la personne » (1987), 18 *R.G.D.* 819.
- , « Women and the Reproductive Technologies », [1985] *Fam. L. Canada* 211.

- KNOPPERS, Bartha Maria et Elizabeth SLOSS, « Recent Developments: Legislative Reforms in Reproductive Technology » (1986), 18 *Rev. d'Ottawa* 663.
- KRITCHEVSKY, Barbara, « The Unmarried Woman's Right to Artificial Insemination: A Call for an Expanded Definition of Family » (1981), 4 *Harv. Women's L.J.* 1.
- LABRUSSE-RIOU, Catherine, « Réflexions terminales », dans Raphaël DRAÏ et Michèle HARICHAUX (dir.), *Bioéthique et droit*, Paris, P.U.F., 1988, p. 269.
- , « Servitude, servitudes », dans Bernard EDELMAN et Marie-Angèle HERMITTE (dir.), *L'homme, la nature et le droit*, Paris, Christian Bourgois, 1988, p. 308.
- LAMOIE, Andrée, Patrick A. MOLINARI et Jean-Marie AUBY, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, P.U.M., 1981.
- LAMPART, Ann T., « The Genetics of Secrecy in Adoption, Artificial Insemination, and In Vitro Fertilization » (1988), 14:1 *Am. J. L. Med.* 109.
- LAW REFORM COMMISSION OF SASKATCHEWAN, *Tentative Proposals for a Human Artificial Insemination Act*, Saskatoon, la Commission, 1981.
- MASON, John K. et Robert A. McCALL-SMITH, *Law and Medical Ethics*, 2^e éd., Londres, Butterworths, 1987.
- MAYRAND, Albert, *L'inviolabilité de la personne humaine*, Montréal, Wilson et Lafleur, 1975.
- MAZURE, Caroline M. et Dorothy A. GREENFELD, « Psychological Studies of In Vitro Fertilization/Embryo Transfer Participants » (1989), 6:4 *J. In Vitro Fert. Embryo Transfer* 242.
- MCLELLAN, A. Anne, « Marital Status and Equality Rights », dans Anne F. BAYEFSKY et Mary EBERTS (dir.), *Equality Rights and the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, Toronto, Carswell, 1988, p. 411.
- MÉMÉTEAU, Gérard, « Le Comité National Consultatif d'Éthique et l'enfant conçu », dans *La vie prénatale, biologie, morale et droit : Actes du VI^e Colloque national des Juristes Catholiques*, Paris, 15-17 novembre 1985, Paris, TÉQUI, 1986.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du Comité de travail sur les nouvelles technologies de reproduction humaine*, Québec, le Ministère, 1988.
- MINOW, Martha, « Rights for the Next Generation: A Feminist Approach to Children's Rights » (1986), 9 *Harv. Women's L.J.* 1.
- NATIONAL BIOETHICS CONSULTATIVE COMMITTEE, THE, *Discussion Paper on Access to Reproductive Technology*, Adelaïde (Australie), le Comité, 1990.
- , *Discussion Paper on Surrogacy 2 — Implementation*, Adelaïde, le Comité, 1990.
- , *Surrogacy: Report 1*, Adelaïde, le Comité, 1990.
- NEW YORK STATE TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW, THE, *Surrogate Parenting: Analysis and Recommendations for Public Policy*, New York, the Task Force, 1988.
- OLSEN, Frances E., « The Family and the Market: A Study of Ideology and Legal Reform » (1983), 96 *Harv. L. Rev.* 1497.
- OVERALL, Christine (dir.), *The Future of Human Reproduction*, Toronto, Women's Press, 1989.
- PAGE, Hilary, « Calculating the Effectiveness of In-Vitro Fertilization: A Review » (1989), 96:3 *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 334.
- PAPE PIE XII, *Discours aux participants au XXVI^e Congrès de la Société Italienne d'Urologie*, 8 octobre 1953 : AAS 45 (1953) 678.
- PAYNE, Veronica L., « The Regulation of Surrogate Motherhood » (1987), 17 *Fam. L.* 178.
- PICARD, Ellen L., *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, 2^e éd., Toronto, Carswell, 1984.
- POULIN, Debra D., « The Open Adoption Records Movement: Constitutional Cases and Legislative Compromise » (1987-1988), 26 *J. Fam. L.* 395.
- PRIEST, Jacqueline A., « The Report of the Warnock Committee on Human Fertilisation and Embryology » (1985), 48 *Mod. L. Rev.* 73.
- Rapport de la Commission d'enquête concernant la fécondation et l'embryologie humaines* (Royaume-Uni), Paris, La Documentation française, 1985 (présidente : Dame Mary Warnock).
- Rapport de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada*, Ottawa, la Commission, 1970.
- REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY AND FERTILITY COMMITTEE, THE, SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, « In Vitro Fertilization and Embryo Transfer in Canada » (1987), 9:3 *SOGC Bulletin* 15.

- RIVET, Michèle, « Le droit à la vie ou "l'hominisation" du XXI^e siècle : l'éthique et le droit répondent à la science », dans Daniel TURP et Gérard A. BEAUDOIN (dir.), *Perspectives canadiennes et européennes des droits de la personne*, Cowansville (Qc), Yvon Blais, 1986, p. 445.
- , « Les nouvelles technologies de reproduction : les limites de la loi », dans Gérard A. BEAUDOIN (dir.), *Vues canadiennes et européennes des droits et libertés : Actes des journées Strasbourgeoises 1988*, Cowansville (Qc), Yvon Blais, 1989, p. 443.
- , « Quand la médecine intervient dans la genèse de la conception, que fait le droit ? Ou le délicat problème de l'insémination artificielle », dans ASSOCIATION HENRI CAPITANT, *Le corps humain et le droit : Journées Belges*, t. 26, Paris, Dalloz, 1977, p. 87.
- , « Le rôle du juge et des parlements en matière de procréation assistée » (1990), 1:1 *Journal international de bioéthique* 49.
- , « La vérité et le statut juridique de la personne en droit québécois » (1987), 18 *R.G.D.* 843.
- ROBERTSON, John A., « Decisional Authority over Embryos and Control of I.V.F. Technology » (1988), 28 *Jurimetrics* 285.
- , « Embryos, Families, and Procreative Liberty: The Legal Structure of the New Reproduction » (1986), 59 *So. Cal. L. Rev.* 939.
- , « Prior Agreements for Disposition of Frozen Embryos » (1990), 51 *Ohio State L.J.* 407.
- , « Procreative Liberty and the Control of Conception, Pregnancy and Childbirth » (1983), 69 *Va. L. Rev.* 405.
- , « Procreative Liberty and the State's Burden of Proof in Regulating Noncoital Reproduction » (1988), 16:1-2 *Law Med. Health Care* 18.
- , « Resolving Disputes over Frozen Embryos » (1989), 19:6 *Hast. Cent. Rep.* 7.
- RUBELLIN-DEVICHI, Jacqueline, « Les procréations assistées : état des questions » (1987), 86:3 *Rev. trim. dr. civ.* 457.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Stockage et utilisation du sperme humain*, Rapport du Comité consultatif sur le stockage et l'utilisation du sperme humain, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1981.
- SCHLOSSER, M. Joyce, « Third Party Child-Centered Disputes: Parental Rights v. Best Interest of the Child » (1984), 22 *Alta L. Rev.* 394.
- « Selective Fetal Reduction » (1988), II:8614 *Lancet* 773.
- SHAPIRO, David N. et Raymond J. HUTCHINSON, « Familial Histiocytosis in Offspring of Two Pregnancies after Artificial Insemination » (1981), 304:13 *New Engl. J. Med.* 757.
- SHARPE, Gilbert, *The Law and Medicine in Canada*, 2^e éd., Toronto, Butterworths, 1987.
- SHUSTER, Evelyne, « Seven Embryos in Search of Legitimacy » (1990), 53:6 *Fertil. Steril.* 975.
- SMITH, George P., « Australia's Frozen "Orphan" Embryos: A Medical, Legal and Ethical Dilemma » (1985), 24 *J. Fam. L.* 27.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE, *Insémination thérapeutique avec sperme de donneur*, Montréal, la Société, 1988.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE ET SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, *Ethical Considerations of the New Reproductive Technologies* (préparé par les comités d'éthique), Toronto, Ribosome Communications, 1990.
- SOMERVILLE, Margaret A., *Le consentement à l'acte médical*, document d'étude préparé pour la CRD, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1980.
- Sortir la maternité du laboratoire*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1988.
- SPEROFF, Leon, Robert H. Glass et Nathan G. KASE, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 4^e éd., Baltimore, Williams & Wilkins, 1989.
- STANLEY, Fiona J., « In-Vitro Fertilization — A Gift for the Infertile or a Cycle of Despair? » (1988), 148 *Med. J. Australia* 425.
- STUMPF, Andrea E., « Redefining Mother: A Legal Matrix for New Reproductive Technologies » (1986), 96 *Yale L.J.* 187.
- THOUVENIN, Dominique, « Éthique et droit en matière biomédicale » *D.* 1985, 21.
- TOLTON, Catherine, « Medicolegal Implications of Constitutional Status for the Unborn: "Ambulatory Chalice" or "Priorities and Aspirations" » (1988), 47 *U.T. Fac. L. Rev.* 1.
- TRIBE, Laurence A., *American Constitutional Law*, 2^e éd., Mineola (N.Y.), Foundation, 1988.
- U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *Artificial Insemination: Practice in the United States*, Washington (D.C.), the Office, 1988.

- VANDELAC, Louise, « La face cachée de la procréation artificielle » (1989), 213 *La Recherche* 1112.
- WALTERS, LeRoy, « Ethics and New Reproductive Technologies: An International Review of Committee Statements » (1987), 17:3 (suppl.) *Hast. Cent. Rep.* 3.
- WENSTROM, Katharine D. et Stanley A. GALL, « Incidence, Morbidity and Mortality, and Diagnosis of Twin Gestations » (1988), 15:1 *Clinics Perinatol.* 1.
- WIDMER, P., « Les perspectives législatives, en particulier vues du Conseil de l'Europe », dans *Procréation artificielle, génétique et droit : Colloque de Lausanne, des 29 et 30 novembre 1985*, Zurich, Schulthess Polygraphischer Verlag, 1986, p. 211.
- WOOD, Carl et Alan TROUNSON (dir.), *Clinical In Vitro Fertilization*, 2^e éd., Londres, Springer-Verlag, 1989.

Liste des rapports et documents de travail de la Commission

Rapports au Parlement

1. *La preuve** (19 déc. 1975)
2. *Principes directeurs — Sentences et mesures non sentencielles dans le processus pénal** (6 févr. 1976)
3. *Notre droit pénal* (25 mars 1976)
4. *L'expropriation** (8 avril 1976)
5. *Le désordre mental dans le processus pénal** (13 avril 1976)
6. *Le droit de la famille** (4 mai 1976)
7. *L'observance du dimanche** (19 mai 1976)
8. *La saisie des rémunérations versées par la Couronne du chef du Canada** (19 déc. 1977)
9. *Procédure pénale — Première partie : amendements divers** (23 févr. 1978)
10. *Les infractions sexuelles** (29 nov. 1978)
11. *Le chèque** (8 mars 1979)
12. *Le vol et la fraude** (16 mars 1979)
13. *Les commissions consultatives et les commissions d'enquête** (18 avril 1980)
14. *Le contrôle judiciaire et la Cour fédérale** (25 avril 1980)
15. *Les critères de détermination de la mort** (8 avril 1981)
16. *Le jury** (28 juill. 1982)
17. *L'outrage au tribunal** (18 août 1982)
18. *L'obtention de motifs avant la formation d'un recours judiciaire — Commission d'appel de l'immigration** (16 déc. 1982)
19. *Le mandat de main-forte et le télémandat** (22 juill. 1983)
20. *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement* (11 oct. 1983)
21. *Les méthodes d'investigation scientifiques : l'alcool, la drogue et la conduite des véhicules** (10 nov. 1983)
22. *La communication de la preuve par la poursuite** (15 juin 1984)
23. *L'interrogatoire des suspects* (19 nov. 1984)
24. *Les fouilles, les perquisitions et les saisies* (22 mars 1985)
25. *Les techniques d'investigation policière et les droits de la personne* (12 juin 1985)
26. *Les organismes administratifs autonomes** (23 oct. 1985)
27. *La façon de disposer des choses saisies* (24 avril 1986)
28. *Quelques aspects du traitement médical et le droit pénal** (12 juin 1986)
29. *L'arrestation* (6 nov. 1986)
30. *Pour une nouvelle codification du droit pénal, vol. 1* (3 déc. 1986)
31. *Pour une nouvelle codification du droit pénal — Édition révisée et augmentée du rapport n° 30* (19 mai 1988)
32. *Notre procédure pénale* (21 juin 1988)

33. *Pour une nouvelle codification de la procédure pénale, Volume premier, Titre premier* (27 févr. 1991)
34. *Les peuples autochtones et la justice pénale* (11 déc. 1991)

Documents de travail

1. *Le tribunal de la famille** (1974)
2. *La notion de blâme — La responsabilité stricte** (1974)
3. *Les principes de la détermination de la peine et du prononcé de la sentence** (1974)
4. *La communication de la preuve** (1974)
5. *Le dédommagement et l'indemnisation** (1974)
6. *L'amende** (1974)
7. *La déjudiciarisation** (1975)
8. *Les biens des époux** (1975)
9. *Expropriation** (1975)
10. *Les confins du droit pénal : leur détermination à partir de l'obscénité** (1975)
11. *Emprisonnement — Libération** (1975)
12. *Les divorcés et leur soutien** (1975)
13. *Le divorce** (1975)
14. *Processus pénal et désordre mental** (1975)
15. *Les poursuites pénales : responsabilité politique ou judiciaire** (1975)
16. *Responsabilité pénale et conduite collective** (1976)
17. *Les commissions d'enquête — Une nouvelle loi** (1977)
18. *La Cour fédérale — Contrôle judiciaire** (1977)
19. *Le vol et la fraude — Les infractions** (1977)
20. *L'outrage au tribunal — Infractions contre l'administration de la justice** (1977)
21. *Les paiements par virement de crédit** (1978)
22. *Infractions sexuelles** (1978)
23. *Les critères de détermination de la mort** (1979)
24. *La stérilisation et les personnes souffrant de handicaps mentaux** (1979)
25. *Les organismes administratifs autonomes** (1980)
26. *Le traitement médical et le droit criminel** (1980)
27. *Le jury en droit pénal** (1980)
28. *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement* (1982)
29. *Partie générale : responsabilité et moyens de défense* (1982)
30. *Les pouvoirs de la police : les fouilles, les perquisitions et les saisies en droit pénal** (1983)
31. *Les dommages aux biens — Le vandalisme* (1984)
32. *L'interrogatoire des suspects** (1984)
33. *L'homicide** (1984)
34. *Les méthodes d'investigation scientifiques** (1984)
35. *Le libelle diffamatoire* (1984)
36. *Les dommages aux biens — Le crime d'incendie* (1984)
37. *La juridiction extra-territoriale* (1984)

* Ces documents sont épuisés mais ils peuvent être consultés dans de nombreuses bibliothèques.

38. *Les voies de fait** (1984)
39. *Les procédures postérieures à la saisie* (1985)
40. *Le statut juridique de l'Administration fédérale** (1985)
41. *L'arrestation** (1985)
42. *La bigamie* (1985)
43. *Les techniques de modification du comportement et le droit pénal* (1985)
44. *Les crimes contre l'environnement** (1985)
45. *La responsabilité secondaire : complicité et infractions inchoatives* (1985)
46. *L'omission, la négligence et la mise en danger* (1985)
47. *La surveillance électronique* (1986)
48. *L'intrusion criminelle* (1986)
49. *Les crimes contre l'État* (1986)
50. *La propagande haineuse** (1986)
51. *Droit, objectifs publics et observation des normes** (1986)
52. *Les poursuites privées* (1986)
53. *La pollution en milieu de travail* (1986)
54. *La classification des infractions* (1986)
55. *Le document d'inculpation* (1987)
56. *L'accès du public et des médias au processus pénal* (1987)
57. *Les mesures assurant la comparution, la mise en liberté provisoire et la détention avant le procès* (1988)
58. *Les crimes contre le fœtus* (1989)
59. *Pour une cour criminelle unifiée* (1989)
60. *Les discussions et ententes sur le plaidoyer* (1989)
61. *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain* (1989)
62. *Poursuites pénales : les pouvoirs du procureur général et des procureurs de la Couronne* (1990)
63. *L'autorité de la chose jugée, la réponse à l'accusation et le verdict* (1991)
64. *L'immunité contre les poursuites* (1992)

* Ces documents sont épuisés mais ils peuvent être consultés dans de nombreuses bibliothèques.