



**TECHNIQUES DE REPRODUCTION :  
MATERNITÉ DE SUBSTITUTION,  
DON D'OVULES ET DE SPERME**

**Sonya Norris**

*Division des sciences et de la technologie*

*Révisé le 9 février 2006*

**Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.**

**CE DOCUMENT EST AUSSI  
PUBLIÉ EN ANGLAIS**

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Page</b>
INTRODUCTION .....	1
DON DE GAMÈTES.....	1
A. Don de sperme .....	2
B. Don d'ovules .....	2
MATERNITÉ DE SUBSTITUTION .....	3
A. Raisons pour lesquelles on fait appel à une mère porteuse.....	4
B. Accords commerciaux et non commerciaux.....	4
C. Mère porteuse génétique et non génétique.....	4
D. Questions soulevées par la maternité de substitution .....	5
1. Arguments défavorables aux contrats de maternité de substitution.....	5
2. Arguments favorables aux contrats de maternité de substitution .....	6
E. Réglementation de la maternité de substitution au Canada .....	6
CHRONOLOGIE DES MESURES PRISES AU CANADA RELATIVEMENT AUX NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION.....	7
CONCLUSION.....	8
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE.....	8



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT  
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

## **TECHNIQUES DE REPRODUCTION : MATERNITÉ DE SUBSTITUTION, DON D'OVULES ET DE SPERME**

### **INTRODUCTION**

Il y a une vingtaine d'années, les seules techniques de reproduction auxquelles avaient accès les couples inféconds étaient l'insémination artificielle et la fécondation *in vitro*. On a assisté depuis à une explosion des techniques de reproduction et de génétique, si bien qu'une multitude d'options s'offrent maintenant tant aux couples qui ont des problèmes de fertilité qu'à ceux qui souhaitent ne pas transmettre une maladie héréditaire à leurs enfants. Ces percées soulèvent énormément de questions sur lesquelles les communautés scientifique, médicale, juridique et éthiques doivent se pencher.

Un grand nombre des nouvelles techniques de reproduction qui sont maintenant offertes sont décrites brièvement dans *Infertilité : Prévalence, causes, tendances et traitements*<sup>(1)</sup>. Nous présenterons ici un aperçu des pratiques que sont le don de gamètes (ovules et sperme) et la maternité de substitution et indiquerons les mesures prises par le Canada jusqu'ici pour réglementer ces pratiques.

### **DON DE GAMÈTES**

Les gamètes sont les cellules reproductrices des hommes et des femmes. Les spermatozoïdes sont les gamètes mâles tandis que les ovules (ovocytes) sont les gamètes femelles. Les banques de sperme qui reçoivent les dons de spermatozoïdes existent depuis un certain nombre d'années, puisque les dons de sperme sont nécessaires pour les techniques d'insémination artificielle et de fécondation *in vitro*. Les dons d'ovules représentent toutefois un phénomène plus récent en raison des techniques beaucoup plus complexes utilisées pour extraire les ovules des ovaires de la femme.

---

(1) Sonya Norris, *Infertilité : Prévalence, causes, tendances et traitements*, PRB 00-32F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 2 janvier 2001.

## **A. Don de sperme**

Le premier règlement canadien sur les techniques de reproduction portait sur le don de sperme destiné à l'insémination artificielle ou à la fécondation *in vitro*. En 1996, le *Règlement sur le sperme (Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée)* a été pris en application de la *Loi sur les aliments et drogues* et mis à jour en mars 2000.

Le don de sperme est habituellement anonyme, et les donneurs subissent des tests rigoureux pour dépister les maladies et les tares génétiques, toute maladie transmissible sexuellement et d'autres maladies infectieuses, par exemple le sida et l'hépatite. Tous les dons doivent être conservés pendant six mois, après quoi le donneur doit subir de nouveaux tests servant à déterminer s'il est porteur du virus de ces maladies. Le *Règlement sur le sperme* dispose aussi qu'un échantillon de sperme contenant un nombre élevé de leucocytes – souvent un signe d'infection bactérienne ou virale – doit être détruit.

Le don de sperme est désormais une activité réglementée par la *Loi sur la procréation assistée*; il exigera une autorisation après l'entrée en vigueur du règlement pertinent. La nouvelle loi maintient l'anonymat du don, mais exige la tenue de dossiers circonstanciés. Les donneurs auront le choix de révéler leur identité ou non.

Le don de sperme peut servir à surmonter un problème d'infécondité chez les couples où l'homme ne produit pas de spermatozoïdes ou dont le nombre de spermatozoïdes est si faible que la grossesse est improbable. Les femmes célibataires et les couples de lesbiennes y ont également recours pour concevoir.

## **B. Don d'ovules**

Le don d'ovules découle de la technique de fécondation *in vitro* (FIV), qui consiste à administrer à la femme des hormones pour stimuler la production de plusieurs ovules (hyperstimulation ovarienne contrôlée) et à prélever ensuite ces ovules. La sédation s'impose à cette étape puisque les ovules sont retirés par voie vaginale à l'aide d'une aiguille. Les ovules matures sont alors fertilisés à l'extérieur du corps et se développent pendant quelques jours. Les embryons ainsi obtenus (en général un maximum de trois) sont introduits dans l'utérus, où ils s'implantent et se développent si l'intervention est réussie.

La technique de prélèvement des ovules mise au point pour la FIV a ensuite été utilisée pour le don d'ovules, de la même façon que l'on effectue le don de sperme depuis des

décennies. Les ovules donnés, qu'ils proviennent de donneuses connues ou anonymes, peuvent être utilisés pour surmonter l'infécondité chez les femmes qui sont dépourvues d'ovaires, dont la fonction ovarienne est diminuée ou qui sont atteintes d'une maladie génétique ou ont des antécédents de maladie génétique.

Il reste cependant que le don d'ovules est beaucoup plus compliqué que le don de sperme. Outre le fait que l'intervention est complexe, les ovules récupérés sont beaucoup plus difficiles à conserver que le sperme. De plus, dans le cas des ovules, il n'existe pas d'entité semblable aux banques de sperme. Les ovules sont utilisés immédiatement après avoir été prélevés et sont fécondés *in vitro*. Les embryons qui en résultent sont plus faciles à conserver que les ovules et peuvent être implantés sur-le-champ ou congelés et conservés pendant une période prolongée.

Les donneuses potentielles font l'objet d'une sélection très rigoureuse avant d'être acceptées. La plupart des cliniques exigent actuellement :

- un examen physique;
- des tests de dépistage d'agents infectieux et des cultures cervicales pour déterminer la présence de maladies transmissibles sexuellement;
- un questionnaire sur les antécédents médicaux (personnels et familiaux);
- une évaluation psychosociale pour déterminer la santé des gamètes donnés et évaluer l'impact psychosocial du don de gamètes sur la donneuse.

Au Canada, de nombreuses cliniques spécialisées dans le traitement de la stérilité ont offert des services de dons d'ovules. La *Loi sur la procréation assistée* interdit la commercialisation des dons d'ovules et de sperme, y compris le paiement de donneuses d'ovules anonymes, l'échange contre des services de FIV et la promotion publicitaire de ces services.

## **MATERNITÉ DE SUBSTITUTION**

La maternité de substitution, également appelée contrat de maternité de substitution ou contrat de mère porteuse, est l'une des nouvelles techniques de reproduction les plus délicates du point de vue éthique. Bien qu'elle ne soit pas aussi répandue au Canada qu'aux États-Unis, un certain nombre de cliniques canadiennes offrent ce service, qui peut prendre

plusieurs formes. La mère porteuse peut être inséminée artificiellement avec le sperme du père qui retient ses services, auquel cas elle devient la mère génétique (maternité de substitution génétique) de l'enfant, ou elle peut porter un embryon produit par FIV à partir des gamètes du couple qui retient ses services, auquel cas la mère porteuse fournit l'utérus pour la gestation et n'apporte aucune contribution génétique (maternité de substitution non génétique). Le contrat de peut être conclu par l'entremise d'un courtier, d'un avocat et être assorti de frais.

### **A. Raisons pour lesquelles on fait appel à une mère porteuse**

Les femmes qui sont incapables de concevoir au moyen d'autres techniques de reproduction peuvent décider de recourir à une mère porteuse non génétique ou génétique pour avoir un enfant. D'autres maladies ou affections peuvent également empêcher une femme par ailleurs féconde de porter un bébé à terme, par exemple le diabète, certains troubles cardiaques ou une hypertension sévère. Toutefois, on a aussi entendu parler de cas de recours à des mères porteuses simplement parce qu'un couple ne souhaitait pas vivre les désagréments de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Peu de documents, s'il en est, nous éclairent sur la proportion des cas qui recourent à ces services pour chacune de ces raisons ou d'autres.

### **B. Accords commerciaux et non commerciaux**

Ces deux types d'accord marquent la différence entre l'entente commerciale et le service rendu de façon altruiste. Dans le premier cas, la mère porteuse touche des honoraires et une indemnité. En revanche, dans le second, celui d'ententes qui sont souvent conclues entre des membres d'une même famille ou des amis intimes, une femme offre de porter l'enfant d'une autre sans contrat ni rétribution.

### **C. Mère porteuse génétique et non génétique**

Une mère porteuse génétique fournit essentiellement son propre ovule et est inséminée avec le sperme de l'homme qui a retenu ses services. Sous une forme ou sous une autre, ce type de maternité de substitution a cours depuis le début des temps. Les femmes qui ont subi une hystérectomie, qui ont un certain âge ou encore qui vivent une ménopause prématurée peuvent décider de faire appel à une mère porteuse génétique.

Dans le cas d'une mère porteuse non génétique, on introduit un embryon dans son utérus après la FIV. L'embryon est produit à partir de l'ovule et du sperme du couple qui retient ses services ou, dans certains cas, de gamètes provenant d'un don. Un couple peut décider de faire appel à une mère porteuse non génétique lorsque la femme est dépourvue d'utérus ou qu'elle est incapable de mener une grossesse à terme. Le taux de réussite de la grossesse est généralement plus élevé dans le cas de l'insémination artificielle que dans celui de la FIV et, par conséquent, la maternité de substitution génétique connaît généralement plus de succès que la maternité de substitution non génétique.

#### **D. Questions soulevées par la maternité de substitution**

##### **1. Arguments défavorables aux contrats de maternité de substitution**

La maternité de substitution est une pratique beaucoup plus répandue aux États-Unis qu'au Canada. Aussi, les arguments défavorables à cette pratique s'inspirent souvent de l'expérience américaine. Ainsi, certaines personnes sont d'avis que les contrats de maternité de substitution, en particulier les contrats de nature commerciale, risquent d'entraîner l'exploitation des femmes. En général, ces contrats sont conclus entre des couples d'un certain âge qui sont instruits et à l'aise financièrement et des jeunes femmes peu instruites et pauvres. D'autres estiment que cette pratique entraîne l'exploitation des femmes, qui peuvent être attirées par la rémunération offerte, mais ne sont peut-être pas en mesure d'évaluer les risques à la fois physiques et psychologiques de l'opération. L'expérience américaine porte également à croire que des femmes pourraient être « importées » d'autres pays uniquement pour servir de mères porteuses, après quoi elles seraient renvoyées dans leur pays.

Une autre question soulevée par ceux qui s'opposent à cette pratique est la « marchandisation » des bébés. En effet, ils soutiennent qu'un contrat commercial de maternité de substitution n'est rien de plus qu'une transaction commerciale dans laquelle l'enfant est un produit vendu par la mère porteuse et acheté par le couple ou la personne faisant appel à ses services. Nombre de personnes croient que, inévitablement, des couples qui ont fait appel à des mères porteuses refuseront d'accepter le nourrisson si celui-ci ne satisfait pas à leurs exigences.

Certains considèrent les contrats de maternité de substitution comme un moyen de commercialiser la reproduction. La pratique tente d'attacher une valeur commerciale au processus de reproduction et, par extrapolation, à la capacité de reproduction d'une femme.



Ceux qui dénoncent la maternité de substitution estiment que la commercialisation de la reproduction, entre autres questions, est dommageable pour les individus, la famille et la société. Ils estiment que la légitimation de cette pratique porterait atteinte au caractère sacré de la vie.

## **2. Arguments favorables aux contrats de maternité de substitution**

L'un des arguments invoqués en faveur de la maternité de substitution est que cette pratique représente une option précieuse pour les femmes qui sont médicalement incapables de porter un enfant. Plusieurs estiment que la maternité de substitution représente tout simplement un autre moyen de traiter l'infécondité. D'autres sont d'avis que les couples ont le droit de se reproduire sans l'intervention du gouvernement et qu'une femme peut choisir d'être mère porteuse si elle fournit un consentement éclairé.

Certaines personnes estiment qu'il faut faire une distinction entre les contrats commerciaux et les ententes non commerciales. À leur avis, bien que les contrats commerciaux de maternité de substitution puissent être inacceptables, la pratique altruiste devrait être autorisée si elle n'entraîne pas la « marchandisation » des bébés et qu'elle n'exploite pas les femmes démunies comme les contrats commerciaux.

## **E. Réglementation de la maternité de substitution au Canada**

La *Loi sur la procréation assistée* n'interdit pas expressément la maternité de substitution. Elle interdit plutôt de payer la maternité de substitution soit à la mère porteuse soit à un intermédiaire qui se charge d'organiser l'affaire. En outre, il est interdit de conseiller à une femme de moins de 21 ans de devenir mère porteuse, de l'induire à le devenir ou de pratiquer un acte médical pour l'aider à le devenir. Les cliniques de traitement de la stérilité conseillent en général à leurs clients de consulter un avocat avant de conclure un contrat de maternité de substitution.

## CHRONOLOGIE DES MESURES PRISES AU CANADA RELATIVEMENT AUX NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

Depuis la publication du rapport de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction en 1993, le gouvernement fédéral a pris plusieurs mesures, mais peu d'entre elles ont donné lieu à des mesures réglementaires. Ces mesures comprennent les suivantes :

- 1993-1996 – Un Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les techniques de reproduction et de génétique (TRG) est créé pour conseiller les sous-ministres de la Santé.
- 1995 – On annonce un moratoire provisoire touchant certaines TRG; ce moratoire volontaire s'applique à l'achat et la vente d'ovules, de sperme et d'embryons, aux dons d'ovules en échange de services de fécondation *in vitro*; aux modifications génétiques des cellules germinales; au clonage d'embryons humains, à la récupération d'ovules chez des cadavres et des fœtus, etc.
- 1996 – Un Comité consultatif sur les techniques de reproduction et de génétique est établi pour conseiller Santé Canada relativement à l'observation du moratoire et à d'autres développements dans le domaine.
- 1996 – Le *Règlement sur la transformation et la distribution du sperme destiné à la procréation médicalement assistée* est mis en application.
- 1996 – Le projet de loi C-47 : Loi sur les techniques de reproduction humaine et de manipulation génétique, est déposé afin d'interdire les pratiques de TRG inacceptables, telles que la commercialisation des gamètes et des embryons, la maternité de substitution, le clonage, la sélection du sexe pour des raisons non médicales, la conservation des embryons à l'extérieur de l'utérus, la récupération des gamètes chez des cadavres, le transfert d'embryons entre des humains et d'autres animaux, la recherche sur des gamètes et des embryons sans le consentement du donneur, etc.
- 1996 – Le ministre de la Santé rend public un document de discussion intitulé *Les nouvelles techniques de reproduction et de génétique : fixer et protéger la santé*, dans lequel il propose un cadre réglementaire pour l'élaboration de normes nationales sur les pratiques jugées permises, telles que la fécondation *in vitro*, l'insémination avec du sperme de donneur, l'utilisation de tissus fœtaux, la conservation et le don de gamètes et d'embryons et la recherche sur les embryons, y compris le diagnostic préimplantatoire.
- 1997 – Le projet de loi C-47 meurt au *Feuilleton* lors du déclenchement des élections fédérales de 1997.

- 1997 – Le Canada signe la Déclaration universelle de l’UNESCO sur le génome humain et les droits de l’homme qui fait écho à la position du G7 concernant la nécessité d’interdire le transfert du matériel nucléaire des cellules somatiques en vue du clonage humain.
- 1998 – Énoncé de politique des trois conseils *Éthique de la recherche avec des êtres humains* produit par le Conseil de recherches médicales, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie et le Conseil de recherches en sciences humaines.
- 1999 – Santé Canada rend public un document de synthèse sur les techniques de reproduction et de génétique afin de faire avancer la discussion concernant l’approche envisagée et la gestion d’un cadre réglementaire.
- 2000 – Mise à jour des lignes directrices sur le don de sperme.
- 2000 – Santé Canada rend public un document de consultation au sujet des nouvelles mesures législatives envisagées concernant les TRG.
- 2001 – Rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Assistance à la procréation : Bâtir la famille*.
- 2004 – Octroi de la sanction royale à la *Loi sur la procréation assistée*.

## CONCLUSION

Nous avons donné, dans le présent document, un aperçu du don de gamètes et des contrats de maternité de substitution. S’il est vrai que le don de sperme et les contrats de maternité de substitution existent sous diverses formes depuis un certain temps, le don d’ovules constitue en revanche une option relativement nouvelle.

## BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

- Chambre des communes, Comité permanent de la santé. *Assistance à la procréation : Bâtir la famille*, décembre 2001.
- Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. *Un virage à prendre en douceur*, rapport final, Ottawa, ministre des Services gouvernementaux du Canada, 1993.
- Norris, Sonya. *Infertilité : Prévalence, causes, tendances et traitements*, PRB 00-32F, Ottawa, Service d’information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 2 janvier 2001.
- Santé Canada, Programme des produits thérapeutiques. *Guide d’interprétation des sections 2 à 5 du document de la Société canadienne de fertilité et d’andrologie, insémination thérapeutique avec du sperme de donneur, lignes directrices de l’an 2000*, Ottawa, 25 mai 2000.