



Recherche sur l'embryon



C'est en 1944 que des chercheurs américains ont observé la fécondation d'un ovule humain dans un contenant de verre (*in vitro*). À la fin des années 1960, des chercheurs britanniques parvenaient à réaliser la fécondation d'ovules humains *in vitro* avec une assez grande fiabilité. Ce travail a mené à la première naissance vivante d'un enfant conçu à l'extérieur du corps humain, naissance qui a eu lieu en Grande-Bretagne en 1978. Depuis, les techniques de fécondation des ovules humains se sont développées rapidement. Parmi les facteurs ayant contribué à leur avancement figurent le recours aux inducteurs de l'ovulation pour stimuler la production d'ovules humains et les améliorations apportées aux méthodes qui permettent la maturation des spermatozoïdes et des ovules *in vitro*.

Une des conséquences de cette évolution, c'est qu'à l'heure actuelle, le nombre d'embryons* (ou, plus précisément, de zygotes**) produits dépasse les besoins de la procréation assistée¹. La création d'embryons *in*

* Il y a ici un problème de terminologie, étant donné que le terme « embryon » est utilisé de différentes façons. En effet, les biologistes utilisent le terme « zygote » pour désigner l'œuf fécondé avant son implantation et le terme « embryon » pour désigner l'entité implantée dans l'utérus, et ce, jusqu'à environ huit semaines après la fécondation. De la neuvième semaine jusqu'à la naissance, on utilise le terme « fœtus ». Les expressions « don d'embryons », « transfert d'embryons » et « recherche sur l'embryon » sont donc inexactes, puisqu'il s'agit chaque fois de zygotes plutôt que d'embryons. Néanmoins, vu que ces expressions s'entendent couramment dans le débat public, nous continuons d'y recourir. Toutefois, lorsqu'il est clairement question du stade de développement précédant l'implantation, nous employons aussi, par souci d'exactitude, le terme « zygote » pour désigner l'entité qui se développe pendant les 14 premiers jours.

** Voir la discussion sur l'emploi des termes « embryon » et « zygote » présentée dans le présent chapitre (aux sections intitulées *Buts de la recherche sur l'embryon* et *Les utilisations éthiquement acceptables des zygotes humains en recherche*).

in vitro a ouvert la porte, pour la première fois dans l'histoire, à la recherche sur le zygote humain, à un stade très précoce de développement. Cette recherche existe depuis moins de 30 ans et a été rendue possible uniquement parce que le recours à la fécondation *in vitro* (FIV) a mis des zygotes à la disposition des chercheurs. Cette recherche, qui est effectuée dans de nombreux pays, dont le Canada, a contribué à faire progresser les traitements de l'infertilité, à enrichir nos connaissances sur les premiers stades du développement humain et à élucider certaines questions ayant trait à la fertilité et à la contraception.

Toutefois, cette recherche a également soulevé des questions sur le statut moral et juridique de l'embryon (au sens de zygote) ainsi que sur la façon dont devrait se traduire, dans ce contexte, le respect de la vie humaine par la société. Quelle forme de respect est dû au zygote et à quel stade de son développement? Quelles formes de recherche, s'il en est, sont conformes au respect de la vie humaine? Quel est le statut juridique du zygote *ex utero*? Constitue-t-il une propriété ou s'agit-il d'une tout autre chose? Quelles règles juridiques ou autres devraient déterminer qui a accès aux zygotes et comment les traiter? Doit-on faire une distinction entre zygote *in vitro* et zygote *in utero*? Si on accorde un statut particulier aux zygotes *in vitro*, comment ce statut affectera-t-il celui des zygotes *in utero*? Ce sont là certaines des questions précises qui ont été soulevées à ce sujet.

De façon générale, on a exprimé des préoccupations à propos des répercussions potentielles de la recherche sur l'embryon pour la femme et pour la société. Par exemple, certains craignent qu'on puisse faire pression sur les femmes pour qu'elles fassent don à la recherche des zygotes inutilisés dans le cadre d'un programme de FIV ou qu'elles subissent un traitement par des inducteurs de l'ovulation dans le but de fournir des ovules pour la recherche sur la fécondation. Certains se sont également dits préoccupés par le fait que l'expansion de ce champ de recherche pourrait engendrer un commerce international de zygotes humains ou que des techniques employées actuellement dans la recherche sur les embryons animaux, comme le clonage et l'ectogenèse, pourraient être appliquées à l'être humain. De plus, on s'inquiète parce que les implications sociales à long terme de la recherche sur l'embryon sont inconnues. Par exemple, les applications futures de la connaissance en cette matière pourraient-elles bouleverser les concepts actuels d'être humain et de parent? Peut-on réglementer la recherche de façon à empêcher toute forme d'abus?

Jusqu'à présent, la recherche sur l'embryon au Canada s'est déroulée sans cadre juridique ni politique gouvernementale clairement définis. Les propositions de recherche sont évaluées individuellement par des comités d'éthique pour la recherche dans les hôpitaux et les universités où la recherche est effectuée. Toutefois, la population croit de plus en plus que des politiques cohérentes sont nécessaires pour guider chacun des comités d'éthique. Comme la recherche sur l'embryon humain est un domaine relativement nouveau au Canada, la Commission a eu l'occasion unique

d'examiner les questions éthiques et juridiques pertinentes pendant que le domaine est encore jeune et de formuler des recommandations en prévision des nouveaux développements, et non en réaction à ceux-ci. Nous estimons qu'il est important de saisir l'occasion qui s'offre pour fixer des limites et établir une réglementation à l'intérieur de ce cadre, afin de s'assurer que les techniques faisant intervenir les zygotes humains sont toujours utilisées de façon responsable et éthique au Canada. Au cours de la consultation de la population canadienne, la Commission a entendu une grande diversité de points de vue sur l'acceptabilité et la réglementation de la recherche sur l'embryon. De nombreuses personnes ont manifesté de l'optimisme face à ses avantages potentiels, mais d'autres ont dit craindre le tort qu'elle peut causer ainsi que ses conséquences éthiques et sociales.

Pour nous aider à évaluer les arguments qui nous ont été présentés, nous avons commandé diverses études pour obtenir une image aussi fidèle que possible de la recherche sur l'embryon effectuée au Canada et ailleurs. Nous avons également examiné la législation adoptée dans d'autres pays et avons sollicité les vues de théologiens, d'éthiciens et de juristes sur le statut moral et juridique de l'embryon humain. Dans le reste du présent chapitre, nous exposons ce que nous avons appris au cours des consultations des Canadiens et Canadiennes d'un bout à l'autre du pays et de notre enquête sur les utilisations actuelles et futures des zygotes et des embryons humains en recherche. Nous passons ensuite en revue certains des mécanismes de réglementation des lois, et des politiques gouvernementales qui ont guidé la recherche dans ce domaine. Dans ce contexte, nous discutons des répercussions éthiques, juridiques et sociales de la recherche sur l'embryon, puis nous formulons nos recommandations en vue d'une politique.

Opinion de la population canadienne

Enquête de la Commission

Au printemps de 1990, la Commission a effectué une enquête nationale pour l'aider à déterminer quelles sont les attitudes des Canadiens et Canadiennes à l'égard de divers aspects des nouvelles techniques de reproduction. Elle a également réalisé, plus tard, une étude qualitative auprès de 10 groupes de discussion répartis dans l'ensemble du pays qui ont été invités à dire ce qu'ils savaient ou pensaient de l'utilisation et de l'élimination des spermatozoïdes, des ovules et des zygotes. L'étude a révélé que, du point de vue éthique, les participants n'étaient pas préoccupés par la congélation ou l'élimination des spermatozoïdes et des ovules non fécondés ni par leur utilisation en recherche. Par contre, les ovules fécondés étaient considérés comme ayant un potentiel de vie ou, par certains, comme étant le commencement de la vie. Les participants ont estimé que l'utilisation

des ovules fécondés en recherche devrait être plus limitée que celle des spermatozoïdes ou des ovules non fécondés.

Certaines personnes ont soutenu que les techniques utilisées pour la FIV devraient être modifiées de manière qu'il n'y ait pas création de zygotes excédentaires; pour elles, il n'était pas acceptable, d'un point de vue éthique, de produire des ovules fécondés qui ne peuvent être transférés dans l'organisme d'une femme dans un but de procréation. D'autres, par contre, ont jugé qu'il était acceptable de produire des zygotes excédentaires dans certaines conditions. Selon l'enquête de la Commission, 63 pour 100 des répondants permettraient que les zygotes excédentaires soient congelés en vue d'un transfert ultérieur dans

l'organisme de la femme qui a fourni les ovules; 47 pour 100 accepteraient que les zygotes excédentaires soient donnés à une autre femme infertile et 46 pour 100 seraient d'accord pour qu'ils soient utilisés en recherche dans certaines circonstances. Presque tous les participants avaient de nombreuses questions et inquiétudes, et préconisaient l'adoption de certaines limites ou mesures de contrôle dans ce domaine.

Mémoires à la Commission

La Commission a également sollicité l'opinion des Canadiens et Canadiennes dans le cadre d'audiences publiques et de réunions privées qui ont été tenues de Vancouver à St. John's, et elle a reçu de nombreux mémoires de la part de particuliers et de groupes. Ces consultations ont révélé que les Canadiens et Canadiennes ont des points de vue variés sur le moment où commence la vie humaine; vie envers laquelle la société a des obligations morales et juridiques. Certains

Si on prélève plus d'ovules que l'on peut en réimplanter chez une femme qui suit un traitement de FIV, cette dernière devrait conserver le droit de décider si les ovules excédentaires seront donnés (auquel cas elle renonce à son droit de regard) congelés, utilisés à des fins de recherche réglementée ou détruits.
(Traduction)

D. Day, Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse, compte rendu des audiences publiques, Halifax (Nouvelle-Écosse), 17 octobre 1990.

Nous demandons que dans la pratique de la fécondation *in vitro* et *in vivo*, la loi ne tolère en aucun cas que des embryons soient traités comme des objets d'expérimentation.

Mémoire présenté à la Commission par l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS), novembre 1990.

estiment que l'existence d'une personne au sens juridique devrait être reconnue au moment de la fécondation et, par conséquent, le zygote ne devrait pas être soumis à une recherche qui n'est pas destinée à lui profiter. D'autres intervenants soutiennent que l'organisme humain en développement acquiert graduellement la qualité d'être humain au fur et à mesure du développement gestationnel ou, selon les décisions rendues par les tribunaux canadiens, à la naissance seulement. Ils donnent leur appui au don d'embryons et à la recherche sur l'embryon, mais estiment qu'il faudrait imposer des limites aux chercheurs, par exemple par le recours à un examen éthique des propositions de recherche et à l'interdiction de la recherche au-delà d'un certain point du développement (proposant, par exemple, que la recherche soit interdite au-delà du quatorzième au dix-septième jour du développement).

Nous avons également entendu une diversité de points de vue au sujet des sources acceptables d'embryons pour utilisation dans le domaine de la recherche. Parmi ceux qui acceptent la recherche sur l'embryon, certains estiment qu'elle ne devrait être permise que sur des zygotes qui ne sont pas implantés au cours de la FIV; d'autres croient que des zygotes pourraient être créés expressément pour la recherche, pourvu que l'on impose des limites à cette recherche. De nombreux groupes féministes s'opposent à la création d'embryons pour les besoins de la recherche, parce qu'ils craignent que les femmes se fassent exploiter, et notamment qu'on exerce sur elles des pressions pour qu'elles subissent une induction ovulatoire dans le but de produire des ovules destinés à la création de zygotes.

Presque tous ceux et celles qui se sont exprimés sur ces questions ont signalé que les mécanismes traditionnels d'examen par les pairs et d'examen par un comité d'éthique pour la recherche pourraient bien ne pas fournir de garanties suffisantes contre l'utilisation inadéquate des embryons en recherche. Beaucoup étaient d'avis que le public, et en particulier les femmes, devraient avoir davantage à dire dans les décisions relatives aux limites ou aux exigences qui devraient s'appliquer à ce type de recherche. La Commission a entendu de nombreuses suggestions sur la façon dont le public pourrait participer à ces décisions, allant de la représentation accrue du public au sein des comités d'éthique des établissements, à la création d'un comité consultatif multidisciplinaire permanent

En matière de recherche et d'expérimentation, les parents ou les chercheurs ne peuvent librement disposer de l'intégrité physique ou de la vie de l'enfant à naître. Par conséquent, il faut respecter les embryons et fœtus humains morts.
(Traduction)

J. Penna, Diocèse de l'Église catholique romaine de Saskatoon, compte rendu des audiences publiques, Saskatoon (Saskatchewan), 25 octobre 1990.

au niveau fédéral et à la création d'un organisme volontaire ou obligatoire chargé de l'autorisation de la recherche, avec représentation du public.

La Commission a également entendu diverses opinions sur l'utilité de légiférer pour réglementer la recherche dans ce domaine. De nombreux médecins et chercheurs, ainsi que le Conseil de recherches médicales du Canada, sont d'avis qu'un système volontaire — en vertu duquel la recherche est surveillée par les organismes subventionnaires fédéraux, les organismes provinciaux de réglementation professionnelle, les comités d'éthique pour la recherche et l'examen par les pairs — assure une protection efficace tout en accordant la liberté nécessaire pour faire avancer la connaissance dans les domaines de la recherche et de la thérapie. Ces intervenants ont soutenu que des mesures législatives pourraient empêcher les progrès dans ces domaines. Des représentants de groupes de revendication et de défense des droits de la personne ont dit craindre l'absence d'orientation juridique en ce qui a trait à des questions comme la « propriété », la conservation et le sort des zygotes ainsi que les intérêts et responsabilités des donneurs et des donneuses ainsi que des médecins à l'égard des embryons.

De façon générale, tous les intervenants s'entendent pour dire que le commerce et le trafic de gamètes ou d'embryons humains doit être interdit et que certaines formes de recherche, comme la division des zygotes humains (le clonage), la formation d'hybrides animal-homme et la gestation de zygotes humains dans l'utérus d'une autre espèce animale sont totalement inacceptables.

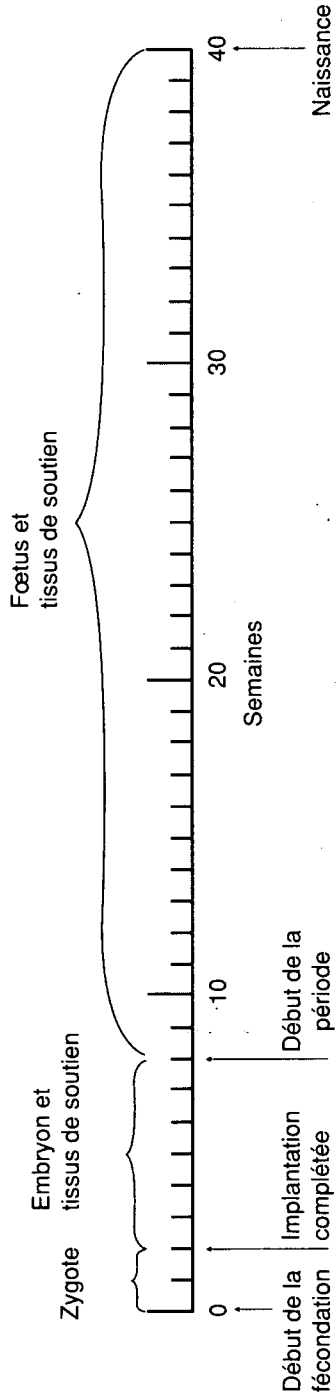
Ces consultations publiques nous ont donné une idée générale des opinions et préoccupations des Canadiens et Canadiennes à l'égard de la recherche sur l'embryon. Pour évaluer ces préoccupations, nous discuterons, dans les prochaines sections, des constatations que nous avons faites à partir d'une série d'études portant sur les buts de la recherche sur l'embryon, ses orientations futures, la pratique actuelle au Canada, les sources d'embryons pour la recherche, et les règlements en vigueur au Canada et à l'étranger.

Buts de la recherche sur l'embryon

Jusqu'ici, presque toute la recherche documentée sur l'embryon humain s'est déroulée bien avant le quatorzième jour suivant la fécondation (stade pendant lequel le zygote créé dans l'organisme humain [*in vivo*] s'implante dans l'utérus) (voir la figure 22.1). En fait, en raison de contraintes techniques, il est difficile pour l'ovule fécondé de rester vivant et de se développer normalement *in vitro* au-delà de six jours.

Comme nous l'avons souligné, il y a ici un problème de terminologie. Les expressions recherche sur l'embryon, don d'embryon et transfert

Figure 22.1. Stades de la fécondation à la naissance



d'embryon sont inexactes étant donné que ces activités se déroulent au stade où l'ovule fécondé est un zygote. Le terme « pré-embryon » a également été utilisé pour désigner le zygote. Il est plus précis à certains égards, parce que, comme nous l'avons vu au chapitre 7 « Biologie de la procréation et premiers stades de développement », d'importants changements d'identité surviennent au cours du passage de zygote à embryon après implantation (p. ex. 99 pour 100 de l'ovule fécondé sert à produire des tissus de soutien, tandis que 1 pour 100 sert à produire l'embryon proprement dit). Cependant, le terme « pré-embryon » est controversé, du fait que certaines personnes croient qu'il diminue la valeur humaine de l'organisme en développement. Pour éviter un parti pris possible, nous avons choisi le terme plus neutre de « zygote ».

Pour déterminer si la recherche sur les zygotes est acceptable, il faut comprendre les buts de cette recherche. Quelles connaissances les chercheurs espèrent-ils acquérir et comment celles-ci contribueront-elles à favoriser la santé humaine? Dans la présente section, nous décrivons les principaux types de recherche sur l'embryon et leurs objectifs. À l'heure actuelle, la recherche biomédicale sur les zygotes humains est effectuée pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes :

- améliorer les traitements existants de l'infertilité et mettre au point de nouvelles techniques de procréation assistée;
- mieux comprendre l'infertilité humaine (y compris l'absence d'implantation et la grossesse ectopique) et mettre au point de meilleures méthodes diagnostiques;
- déceler et prévenir les anomalies génétiques et chromosomiques chez l'être humain;
- explorer de nouvelles méthodes de contraception;
- faire progresser les connaissances sur le développement humain et ses anomalies.

Nous examinerons chacun de ces objectifs un à un. Mais avant, il faut signaler que la définition même du terme recherche, c'est-à-dire ce qui constitue de la recherche, n'est pas claire. Dans le domaine de la recherche sur l'embryon, il est difficile de faire la distinction entre recherche fondamentale et recherche appliquée, entre étude clinique et thérapie nouvelle. Par exemple, la recherche portant sur de nouvelles méthodes de fécondation des ovules *in vitro* ou de congélation des zygotes va souvent de pair avec la pratique clinique. Par conséquent, il peut être très difficile de dire si l'utilisation d'une nouvelle méthode de congélation des zygotes constitue de la recherche ou l'amélioration d'un traitement. Il est donc presque impossible et très peu utile d'essayer de classer la recherche sur l'embryon selon qu'elle est de type clinique, pré-clinique ou fondamental. Nous avons relevé des douzaines d'approches de ce problème. Bien que chaque système de classification possède sa propre

logique interne, les différents systèmes sont souvent incohérents entre eux et aucun n'a résolu les difficultés que l'on vient d'exposer.

De nombreux observateurs et de nombreux rapports internationaux établissent une distinction bien nette entre la recherche sur l'embryon à but thérapeutique et celle à but non thérapeutique, mais selon nous, pour les raisons indiquées ci-dessous, il s'agit d'une distinction inadéquate et inutile pour les besoins de la discussion sur l'acceptabilité de la recherche ou sur la définition d'une politique gouvernementale en la matière. La recherche dite thérapeutique a été définie comme la recherche exécutée sur un zygote dans le but d'améliorer ses chances de s'implanter avec succès et de se développer sainement. Par contre, la recherche non thérapeutique n'est pas destinée à promouvoir les chances de développement d'un zygote particulier; les zygotes ayant fait l'objet d'une recherche non thérapeutique sont éliminés plutôt qu'implantés. Comme nous l'avons vu, des participants à nos audiences publiques ont soutenu que la recherche thérapeutique sur les embryons devrait être permise, tandis que la recherche non thérapeutique devrait être interdite.

La distinction entre thérapeutique et non thérapeutique est courante dans d'autres domaines de la recherche biomédicale. Mais nous sommes d'avis que cette distinction ne peut servir de base à la réglementation de la recherche sur l'embryon humain. La recherche sur les zygotes ne peut avoir de valeur diagnostique ou thérapeutique pour ce zygote que si ce dernier est ultérieurement transféré dans l'utérus d'une femme dans un but de procréation. Pourtant, le transfert d'un zygote qui a fait l'objet de recherches pose des dangers inconnus, tant pour la femme que pour l'éventuel fœtus. Par conséquent, cette pratique ne devrait être autorisée que si l'on peut démontrer qu'elle est sans danger. Et la seule façon de faire une telle démonstration consiste à effectuer de la recherche non thérapeutique sur des zygotes, c'est-à-dire, à observer *in vitro* le développement de zygotes chez qui on a pratiqué une intervention particulière, pour voir s'ils se développent normalement.

En d'autres termes, la seule façon de développer la recherche thérapeutique sur l'embryon, c'est d'autoriser une certaine forme de recherche non thérapeutique. Ainsi, les choix du point de vue de la réglementation se limitent à autoriser certaines formes de recherche non thérapeutique ou à proscrire complètement la recherche sur les zygotes. Il n'est ni faisable ni éthique d'autoriser la recherche thérapeutique tout en interdisant la recherche non thérapeutique, en raison des risques que ce choix entraînerait pour la femme et l'enfant. Par conséquent, pour distinguer les différents types de recherche sur l'embryon, nous avons jugé plus utile d'établir une classification en fonction du domaine d'étude qu'une classification dans laquelle on opposerait recherche fondamentale et recherche appliquée, ou encore recherche thérapeutique et recherche non thérapeutique.

Traitement de l'infertilité

La recherche sur les zygotes humains sert surtout à améliorer la FIV comme traitement clinique de l'infertilité et à expérimenter de nouvelles techniques pour traiter l'infertilité. Bien que le taux de fécondation des ovules humains exposés à des spermatozoïdes *in vitro* se situe entre 70 et 80 pour 100, de nombreux ovules fécondés ne se développent pas jusqu'au stade où ils peuvent être transférés dans l'utérus d'une femme. De plus, on observe un taux important d'élimination naturelle après le transfert, de nombreux zygotes ne parvenant pas à s'implanter, ainsi le taux moyen de naissance par zygote transféré n'est que d'environ 17,5 pour 100. De même, comme on l'indique au chapitre 20, la plupart des médecins qui pratiquent la FIV transfèrent trois ou même quatre zygotes par cycle de traitement, dans le but d'améliorer les chances qu'il se produise une naissance vivante; il s'agit là d'un facteur important dans l'augmentation du taux de grossesses multiples et de naissances prématurées liées à la FIV.

Toute amélioration du taux de naissances vivantes aiderait à atténuer la nécessité de transférer plusieurs zygotes. C'est pourquoi des projets de recherche en cours dans de nombreux pays visent à améliorer les chances que le transfert d'un zygote mène à une naissance vivante. Parmi ces projets figurent des études ayant pour but :

- d'améliorer les techniques de congélation, de conservation et de décongélation des zygotes;
- de déterminer quels gamètes réussiront la fécondation et quels zygotes aboutiront à des naissances vivantes;
- de déterminer les conditions optimales pour la maturation et la survie des gamètes et des zygotes *in vitro*;
- de déterminer le stade optimal de croissance auquel doit avoir lieu le transfert d'un ovule fécondé et à quel endroit de l'appareil reproducteur de la femme cet ovule doit être déposé (par exemple, dans l'utérus ou la trompe de Fallope).

Dans les études sur la congélation des zygotes, on compare diverses substances (agents de cryopréservation) et techniques de congélation dans le but d'augmenter le taux de zygotes qui survivent à la congélation et à la décongélation, taux qui est actuellement de 50 à 70 pour 100. Les chercheurs tentent également de déterminer comment congeler et décongeler des ovules non fécondés. Si cette recherche aboutit, elle permettra de réduire de manière spectaculaire la nécessité de créer et de congeler des zygotes excédentaires. Cependant, la seule façon de vérifier la sûreté de cette technique est d'effectuer de la recherche sur des zygotes produits à l'aide d'ovules congelés donnés à la recherche. Des ovules congelés de différentes manières sont décongelés et fécondés, puis on étudie les

chromosomes et le taux de segmentation des zygotes ainsi obtenus pour voir si ceux-ci se développent normalement.

La recherche diagnostique peut, par exemple, servir à mettre au point des gradients chimiques permettant de sélectionner les spermatozoïdes les plus vigoureux pour l'insémination *in vitro*, mais la fécondation reste la seule façon de vérifier quel gradient fonctionne le mieux. Cette recherche peut aussi servir à étudier le métabolisme du zygote pour prévoir sa viabilité future.

Un exemple de recherche sur les conditions optimales de survie et de maturation des zygotes, réalisée sur des ovules donnés et fécondés *in vitro*, est l'étude de l'effet de différents inducteurs de l'ovulation sur la probabilité de fécondation. Dans une étude britannique, des candidates à la ligature des trompes ont accepté volontairement de subir une induction de l'ovulation avant qu'on procède à l'intervention. Les ovules ont été prélevés durant cette intervention et ont été fécondés *in vitro* pour permettre l'étude des effets de divers inducteurs de l'ovulation sur les zygotes obtenus². Encore une fois, les ovules fécondés pourraient constituer le seul moyen d'effectuer de la recherche sur la fécondation.

Les chercheurs évaluent également de nouvelles méthodes pour traiter certaines formes d'infertilité qui ne pouvaient être traitées auparavant. Des techniques sont en cours d'élaboration, par exemple pour traiter l'infertilité masculine causée par l'incapacité des spermatozoïdes d'apparence normale de pénétrer la membrane externe de l'ovule. Plusieurs techniques ont été étudiées, y compris la perforation chimique et mécanique de la couche externe de l'ovule (la zone pellucide), pour faciliter la pénétration du spermatozoïde. La micro-injection d'un spermatozoïde unique dans le cytoplasme de l'ovule a aussi été essayée, tout comme la perforation de la zone pellucide, pour rompre l'enveloppe dans l'espoir d'améliorer les chances d'implantation. On a signalé des naissances vivantes résultant de l'utilisation de chacune de ces techniques. Bien que celles-ci puissent ultimement servir de traitement, on doit déterminer si elles sont sûres par la recherche, en utilisant des zygotes qui ne seront pas ultérieurement transférés dans l'utérus d'une femme. C'est uniquement par l'observation et l'évaluation *in vitro* de zygotes obtenus à l'aide de ces techniques de fécondation expérimentales que l'on pourra déterminer si ces derniers se développent normalement, du moins initialement. Avant que la technique soit considérée comme un « traitement », une autre phase de recherche clinique sera nécessaire pour évaluer tout effet à long terme de ces manipulations sur la santé de l'éventuel nouveau-né.

Étude de l'infertilité

On porte un vif intérêt aux mécanismes subtils de la procréation — en raison de la valeur intrinsèque de cette connaissance, mais également pour permettre l'élaboration de meilleures approches — de l'infertilité et de la reproduction.

L'étude *in vitro* des zygotes humains a montré que ceux-ci fabriquent et libèrent de nombreux produits biochimiques. On sait très peu de choses sur ces facteurs de croissance libérés par les zygotes, la façon dont ils agissent sur le développement et leur interaction avec l'organisme de la femme. On sait que le zygote fixe des substances présentes dans son environnement lorsqu'il migre le long de la trompe de Fallope vers l'utérus, mais on ignore pourquoi. L'identification et l'analyse fonctionnelle de ces facteurs de croissance et de ces messagers chimiques pourraient nous aider à comprendre l'infertilité idiopathique, c'est-à-dire sans cause connue. Elles pourraient également nous aider à déterminer quels sont les éléments nécessaires à une croissance normale, tant en laboratoire que dans l'utérus d'une femme. Des travaux préliminaires ont commencé à lever le voile sur le comportement métabolique des zygotes humains; des expériences sont en cours d'élaboration pour déterminer le type et la quantité d'éléments nutritifs que le zygote absorbe dans son milieu de culture.

Un autre domaine de la recherche sur l'embryon humain touche les mécanismes et les conditions nécessaires à l'implantation du zygote dans la paroi utérine. Cette recherche pourrait aider à expliquer les échecs d'implantation, qui mènent à des taux relativement élevés de perte précoce ou d'avortement spontané. La connaissance des mécanismes de l'implantation peut également aider à expliquer les grossesses extra-utérines, là où il n'existe pas d'anomalie tubaire ou structurale évidente. La grossesse extra-utérine est un phénomène qui touche des milliers de Canadiennes chaque année, qui présente un risque grave pour leur vie et leur santé, et qui constitue un problème clinique important, aussi bien du point de vue du traitement de cette urgence médicale que du point de vue de la fertilité future de ces femmes (voir le chapitre 10 : Maladies transmises sexuellement et infertilité).

Maladies héréditaires

L'avènement très récent des techniques de « diagnostic préimplantatoire » — c'est-à-dire des techniques qui permettent de diagnostiquer la présence ou l'absence de maladies génétiques dans un zygote humain — constitue une nouvelle étape de la recherche sur l'embryon. Cette technique expérimentale a été mise à la disposition des femmes et des couples dont la probabilité de transmettre une maladie génétique, comme la fibrose kystique, est élevée. Les chercheurs du University Hospital de London (Ontario), évaluent actuellement la faisabilité clinique de cette intervention pour les femmes qui sont porteuses de maladies génétiques liées au sexe. Cette technique représente la recherche à la fine pointe des connaissances actuelles.

Nous discutons de l'utilisation du diagnostic préimplantatoire des maladies génétiques dans des chapitres ultérieurs. Il importe toutefois de noter sa relation avec la recherche sur l'embryon. Par exemple, le diagnostic préimplantatoire nécessite le lavage du zygote pour éliminer les

cellules qui l'entourent, l'enlèvement de la zone pellucide, puis le prélèvement en douceur d'une cellule pour analyser son ADN afin de détecter le gène particulier recherché. Cette technique « biopsique » a été mise au point par la recherche sur les zygotes et toute application clinique future de cette technique dépend de la poursuite de la recherche sur les techniques biopsiques.

Régulation de la fertilité

La recherche sur les zygotes peut nous aider à mieux comprendre de nouvelles méthodes de contraception. Par exemple, l'agent contraceptif RU-486, mis au point dans les années 1980, agit en contrariant les effets de l'hormone progestérone, qui favorise la maturation des ovules. Un risque potentiel lié à l'utilisation du RU-486 tient au fait que les ovules pourraient quand même arriver à maturité et être fécondés en dépit des effets du RU-486, mais ils pourraient se développer anormalement. Pour évaluer les chances que cela se produise, une étude a été entreprise sur la maturation, la fécondation et la segmentation *in vitro* d'ovules non fécondés prélevés chez des femmes qui ont accepté de prendre l'agent RU-486 avant de se faire stériliser par laparoscopie³. L'étude a révélé que le RU-486 n'affectait pas la fécondation ni la segmentation des zygotes, mais d'autres études seront toutefois nécessaires pour déterminer si cet agent exerce plus tard un effet quelconque sur les embryons en développement.

Un autre type de recherche touchant la régulation de la fertilité porte sur l'étude des antigènes et autres protéines présents chez le zygote dans le but de trouver des agents contraceptifs qui agissent en provoquant une réaction immunitaire. Ce travail de recherche pourrait également jeter de la lumière sur le phénomène des avortements spontanés à répétition.

Étude du développement humain et de ses perturbations

Les scientifiques étudient les mécanismes par lesquels les cellules du jeune zygote — qui ont la capacité de donner naissance à n'importe quel type de tissu organique — se différencient en cellules qui sont « engagées », c'est-à-dire destinées à devenir un type de tissu particulier. Pourquoi certaines cellules produisent-elles l'embryon proprement dit et d'autres le placenta? Pourquoi certaines cellules donnent-elles naissance à des cellules hépatiques et d'autres à des cellules cérébrales? La connaissance de ces mécanismes revêt un grand intérêt du point de vue fondamental pour les biologistes et les scientifiques œuvrant dans le domaine de la procréation; elle peut nous aider à comprendre la croissance et la différenciation cellulaires et le cancer. Jusqu'à présent, la recherche a montré qu'il existe une corrélation entre certaines différences morphologiques observables chez les zygotes et une altération ultérieure du développement; des anomalies chromosomiques ont également été associées à diverses anomalies du développement, mais beaucoup d'autres recherches seront

nécessaires pour que nous puissions comprendre complètement, ou même partiellement, ces mécanismes.

Orientations futures de la recherche sur l'embryon

On prévoit que les différents domaines de recherche sur les embryons et les gamètes discutés dans les sections précédentes demeureront au centre de la recherche internationale pendant de nombreuses années encore, mais il est vraisemblable que de nouveaux domaines d'étude, comme les effets de l'âge d'un être humain sur la viabilité de ses gamètes, l'étude de mécanismes jusqu'ici inconnus entraînant l'infertilité, et le rôle des virus et des produits chimiques dans l'apparition des anomalies congénitales soient également explorés. De nombreux aspects de cette recherche pourraient avoir des applications importantes du point de vue prophylactique et clinique. De plus, l'étude des cellules souches dérivées des zygotes et cultivées *in vitro* pourrait accroître nos connaissances sur la division cellulaire et sa régulation, ce qui pourrait aider les chercheurs à comprendre la prolifération des cellules cancéreuses.

Transfert de technologie de l'animal à l'être humain

Lorsqu'on discute des orientations futures de la recherche sur l'embryon, il est important de distinguer la recherche sur les embryons humains de la recherche sur les embryons animaux. Il est également utile de prendre en considération la relation entre la recherche animale et l'utilisation des techniques chez l'être humain.

Dans le transfert à l'être humain de techniques élaborées chez les animaux, il faut distinguer deux catégories. La première comprend les techniques qui, si elles étaient appliquées à l'être humain, ne seraient pas éthiquement acceptables en elles-mêmes et par elles-mêmes (comme l'ectogénèse, la parthénogénèse et les croisements interspécifiques). Les domaines de recherche actuels sur les embryons animaux comprennent le clonage par substitution nucléaire, la modification de la composition génétique de l'embryon, la parthénogénèse (création d'un zygote à partir du gamète femelle seulement), la fusion de gamètes femelles, l'ectogénèse (développement d'un fœtus jusqu'à viabilité à l'extérieur de l'utérus) et le transfert d'un zygote dans une autre espèce pour la gestation. Il serait inacceptable de transférer ces techniques pour les appliquer à l'embryon humain. L'utilisation des zygotes humains de cette façon violerait les principes éthiques que la Commission a énoncés et serait contraire aux valeurs des Canadiens et Canadiennes. En effet, ces applications ont été condamnées par divers organismes ayant présenté des recommandations sur la recherche sur l'embryon humain. Nous recommandons que ces utilisations soient interdites.

Dans la seconde catégorie figurent des techniques qui, en elles-mêmes et par elles-mêmes, ne seraient pas inacceptables du point de vue éthique, mais dont l'utilisation le serait si les techniques étaient utilisées chez les êtres humains dans le même but qu'elles le sont chez les animaux (p. ex. la FIV effectuée dans le but de produire de nombreux zygotes de « haute qualité » à partir d'un animal, et dont la gestation se fera dans des animaux de valeur commerciale moindre; ou la modification de la composition génétique des zygotes dans le but de produire une souche animale ayant une valeur commerciale). Les techniques de cette catégorie pourraient être transférées à l'être humain de manière éthique, seulement si elles n'ont plus les mêmes objectifs. Il est en fait souhaitable de transférer à l'être humain la connaissance acquise à partir de la recherche animale, pourvu que la connaissance et les techniques qui en découlent soient appliquées d'une manière éthiquement acceptable et qu'elles procurent un avantage à la femme et à la société.

En somme, les transferts de technologie sont nombreux et devraient continuer de l'être entre la recherche médicale humaine et la recherche vétérinaire dans le domaine de la reproduction assistée. Mais il est important de rappeler que les buts des techniques de reproduction chez les animaux sont très différents de ceux visés dans l'application de ces techniques à l'être humain. Chez les animaux de la ferme, l'objectif n'est pas de surmonter l'infertilité, mais de produire une progéniture aussi nombreuse

Il est en fait souhaitable de transférer à l'être humain la connaissance acquise à partir de la recherche animale, pourvu que la connaissance et les techniques qui en découlent soient appliquées d'une manière éthiquement acceptable et qu'elles procurent un avantage à la femme et à la société. Si des connaissances empruntées aux études animales contribuent à atteindre des objectifs acceptables du point de vue éthique en médecine humaine, il est approprié et même souhaitable d'utiliser ces connaissances.

que possible à partir d'un animal ou d'un groupe d'animaux sélectionnés pour leur valeur, et ce, au profit des producteurs et des consommateurs. Par exemple, la FIV est utilisée dans le cas du bétail pour obtenir une progéniture aussi abondante que possible à partir de parents génétiques ayant une plus grande valeur commerciale, la gestation étant assurée dans nombre de cas par des animaux ordinaires. Les zygotes de la FIV sont utilisés, par exemple, pour établir des populations entières de races de bétail européen dans les pays en voie de développement, par transfert à des races indigènes pour la gestation. Lors d'une rencontre avec les responsables d'un grand laboratoire de reproduction commerciale, les commissaires ont appris que des zygotes d'animaux congelés étaient expédiés à cette fin partout dans le monde. La FIV est également utilisée chez le bétail pour produire un grand nombre de zygotes aux premiers stades de la segmentation pour l'étude du développement précoce.

Au contraire, chez l'être humain, le but ultime de l'utilisation d'une technique donnée est d'accroître le plus possible la probabilité d'obtenir une grossesse viable et saine. Bien que le recours à la FIV chez l'être humain ait été étendu à d'autres situations, l'objectif reste toujours de contrer l'infertilité et, ultimement, de permettre à une femme d'avoir un enfant sain.

Par conséquent, les objectifs de la FIV chez les êtres humains et les animaux domestiques sont très différents. La recherche sur la FIV chez les humains et les animaux poursuit toutefois un objectif commun, celui de perfectionner les divers outils et les diverses stratégies qui rendent possibles la FIV et la manipulation des embryons dans chacune des espèces. Selon la Commission, si des connaissances empruntées aux études animales contribuent à atteindre des objectifs acceptables du point de vue éthique en médecine humaine, il est approprié et même souhaitable d'utiliser ces connaissances. Des améliorations éventuelles à la FIV chez l'être humain ne devraient pas être rejetées uniquement parce qu'elles proviennent de l'étude de la reproduction animale. La FIV a permis à des personnes de vaincre l'infertilité et d'avoir des enfants. En soi, et à titre d'intervention médicale, cette technique ne constitue ni une chosification ni une exploitation de la femme ou de la reproduction.

Mais il est essentiel que les valeurs qui sous-tendent l'utilisation de ces techniques chez les animaux ne soient pas transférées en même temps que les techniques elles-mêmes. Si un type donné de recherche sur les embryons animaux n'a pas d'application avantageuse ou moralement acceptable chez les humains, l'utilisation des zygotes humains pour le même type de recherche devrait être interdite. Étant donné qu'il y a des personnes vulnérables à

Il est essentiel que les valeurs qui sous-tendent l'utilisation de ces techniques chez les animaux ne soient pas transférées en même temps que les techniques elles-mêmes. Si un type donné de recherche sur les embryons animaux n'a pas d'application avantageuse ou moralement acceptable chez les humains, l'utilisation des zygotes humains pour le même type de recherche devrait être interdite.

protéger, et pour être cohérent avec nos principes directeurs, nous formulons, plus loin dans le présent chapitre, des recommandations qui garantiront que seule l'utilisation éthique de ces techniques soit permise.

Comme nous l'indiquons au chapitre 24, les situations mettant en jeu des intérêts commerciaux en matière de soins de santé nécessitent que les intérêts de la société ou des personnes vulnérables soient protégés par une politique ou une réglementation gouvernementale. Dans l'agro-industrie, le propriétaire de l'animal et le fournisseur de services de technologie de reproduction ont des intérêts et des objectifs commerciaux; l'animal lui-même n'a aucun objectif reconnu. La société se préoccupe de façon générale du bien-être des animaux (c'est pourquoi il existe une certaine

réglementation à ce sujet) et elle est intéressée à obtenir des produits alimentaires moins coûteux et de meilleure qualité. Toutefois, dans le cas des humains, il n'y a pas de « propriétaire » — la femme ou le couple poursuit ses propres intérêts et objectifs, sans être nécessairement en mesure de faire valoir ou de défendre ses intérêts. Ici vient également s'interposer le médecin, qui a l'obligation professionnelle de servir les intérêts et les objectifs de son patient ou de sa patiente; or les intérêts des patients peuvent quand même être vulnérables face aux intérêts commerciaux faisant la promotion d'une technologie. Des mesures de protection additionnelles pourraient donc s'imposer, et l'adoption de nos recommandations en assurerait la mise en place. Les recommandations formulées par la Commission dans le présent chapitre protégeraient les intérêts des personnes vulnérables en empêchant le transfert indu, à la recherche sur l'embryon humain, de techniques et d'objectifs commerciaux issus de la recherche sur les embryons animaux. Une discussion plus détaillée des techniques particulières utilisées chez les animaux (comme la segmentation de zygotes, le clonage par substitution nucléaire, l'implantation de zygotes selon le sexe, les animaux transgéniques et l'ectogenèse) et notre évaluation du caractère approprié du transfert sont présentés au chapitre 25. Les Canadiens et Canadiennes doivent avoir accès à une information précise sur ces techniques, étant donné qu'il circule beaucoup d'informations erronées dans le public. Le principe de la responsabilité, qui exige qu'on informe la population canadienne de ce qui se fait dans ce domaine, est un aspect important de la politique gouvernementale concernant la recherche sur l'embryon. Nos recommandations comprennent des mesures à cet effet et préconisent particulièrement que tout établissement effectuant de la recherche sur des zygotes ou embryons humains soit tenu d'obtenir un permis et de se conformer aux conditions rattachées à sa délivrance.

Utilisations actuelles des zygotes dans la recherche au Canada

Bien que les utilisations futures des zygotes humains dans la recherche relèvent de la spéculation, la Commission a voulu déterminer quelles étaient les utilisations actuelles au Canada. D'emblée, la Commission a constaté la pénurie d'informations complètes et détaillées sur la façon dont les zygotes — ou les tissus reproducteurs humains en général — étaient utilisés en recherche au Canada. Par conséquent, elle a entrepris une recherche primaire pour obtenir ces données. Elle a cherché à recenser les utilisations des tissus reproducteurs — comprenant les gamètes, les embryons, le tissu fœtal et le placenta — pour voir comment les établissements de santé, les laboratoires médicaux et les entreprises d'élimination des déchets médicaux manipulaient ces tissus. Dans la présente section, nous discutons de l'utilisation des gamètes et des zygotes;

nos constatations sur l'utilisation du tissu foetal et du placenta sont expliquées au chapitre 31.

Manipulation et utilisation des ovules et des embryons*

En raison des circonstances cliniques dans lesquelles les ovules humains sont prélevés et fécondés, et des techniques spécialisées nécessaires pour les garder en vie à l'extérieur de l'organisme, le nombre d'établissements où l'on peut obtenir des ovules et des embryons est limité. Au Canada, seuls les hôpitaux offrant des services de chirurgie en obstétrique et en gynécologie, et les cliniques spécialisées dans le traitement de l'infertilité peuvent fournir des ovules fécondés et non fécondés. La Commission a décidé de faire enquête auprès de tous les établissements de santé au Canada qui offrent des services d'obstétrique et de gynécologie, y compris ceux auxquels sont rattachées des cliniques de fertilité.

Les hôpitaux et les établissements de santé offrant des services d'obstétrique et de gynécologie au Canada ont fait l'objet d'une enquête entre novembre 1991 et février 1992. Des 642 établissements sur lesquels reposent les résultats de l'enquête, huit manipulaient des ovules et huit manipulaient des embryons, les conservant, par exemple, pour le traitement futur de l'infertilité de patientes ou d'autres traitements (voir le volume de recherche intitulé *Traitement de l'infertilité : Les pratiques actuelles et leurs répercussions psychosociales*). Un établissement a signalé qu'il conservait des ovules à des fins de recherche et un autre conservait des embryons à ces mêmes fins. Aucun des établissements n'a déclaré fournir d'ovules ou d'embryons à des établissements, des chercheurs ou des organismes de l'extérieur.

Le sondage ne demandait pas quels étaient les déplacements des ovules ou des embryons à l'intérieur de l'établissement. Toutefois, c'est au laboratoire de pathologie de l'établissement qu'ils étaient le plus souvent envoyés. (Tous les tissus provenant des avortements spontanés, des interruptions volontaires de grossesse et des interventions chirurgicales sont examinés de manière systématique dans ce laboratoire). L'équipe de recherche a indiqué craindre que les personnes désignées pour remplir le questionnaire ne soient peut-être pas toujours les mieux renseignées sur la distribution des tissus reproducteurs à l'intérieur de l'établissement ou par celui-ci.

Pour cette raison, et pour avoir une bonne idée de l'utilisation des tissus reproducteurs au Canada, la Commission a décidé de réaliser une enquête de suivi auprès d'un échantillon de laboratoires médicaux

* Habituellement, c'est seulement au stade de zygote que l'organisme humain en développement est disponible. Nous utilisons le terme « embryon » dans cette section parce que c'est celui qui figurait dans le questionnaire de notre recherche.

canadiens. Des questionnaires ont été envoyés à 60 laboratoires médicaux (principalement des établissements régionaux affiliés à des universités ou à des hôpitaux plus grands), dont 48 (80 pour 100) ont répondu. Sur ces 48 laboratoires, deux ont signalé qu'ils manipulaient des ovules dans le but de réaliser des analyses pathologiques et 19 ont signalé qu'ils manipulaient des embryons (comme les cas d'avortement précoce) pour examen pathologique. Ces données indiquent qu'il y a une certaine circulation « interne » des ovules et des embryons entre les hôpitaux et leurs cliniques et laboratoires affiliés, surtout à des fins d'examen pathologique. Toutefois, ces tissus n'étaient que très rarement utilisés à des fins de recherche — un seul laboratoire a signalé utiliser des embryons pour la recherche et aucun n'utilisait d'ovules.

Comme dernière vérification de la distribution possible des ovules et des embryons, la Commission a également réalisé une enquête auprès de 23 entreprises d'élimination des déchets médicaux (comprenant les bureaux régionaux de grandes entreprises nationales), dont 16 (70 pour 100) ont répondu. Aucune de ces entreprises n'a signalé manipuler d'ovules ou d'embryons, mais une grande partie du matériel éliminé par ces entreprises leur est livré dans des contenants scellés, de sorte qu'elles ne connaissent pas toujours la nature précise des tissus qu'elles manipulent.

L'enquête initiale auprès des établissements de santé ainsi que l'enquête de suivi auprès des laboratoires médicaux ont confirmé qu'il se fait relativement peu de recherche sur les embryons humains au Canada. Les deux enquêtes ont révélé qu'un établissement de santé faisait de la recherche sur des ovules, qu'un autre en faisait sur des embryons et qu'un laboratoire médical participait à la recherche sur l'embryon. Quelques travaux de recherche distincts ont été entrepris dans ces établissements. La recherche sur les embryons a porté, entre autres, sur le développement de la motilité cellulaire et le processus de division des cellules de l'embryon *in vitro*; elle comprenait aussi les essais relatifs au diagnostic pré-implantatoire effectués au University Hospital de London, auxquels on a fait allusion ci-dessus. Pour ce qui est de la recherche sur les ovules, un projet visait à déceler les erreurs dans le nombre et la structure des chromosomes, la fréquence des anomalies chromosomiques faisant ensuite l'objet d'une analyse statistique destinée à établir des corrélations avec des facteurs comme l'âge de la femme, l'utilisation de divers inducteurs de l'ovulation et le tabagisme. Un autre groupe étudie la congélation des ovules.

Il est évident que les données que nous avons pu réunir à partir de ces enquêtes sont limitées et imprécises à différents égards. Par exemple, fait très intéressant que l'enquête auprès des établissements de santé nous a révélé, nombre de gestionnaires d'hôpitaux semblaient ignorer ce qui advenait des ovules et des embryons dans leur propre établissement. De plus, les répondants aux deux enquêtes peuvent avoir interprété les questions différemment. L'enquête posait des questions au sujet de l'utilisation

des ovules et des embryons en « recherche », en « thérapie » et en « pathologie ». Mais comme nous l'avons vu tout au long du présent rapport, ces termes peuvent être définis de différentes façons — les nouveaux traitements et les examens en pathologie peuvent être définis dans certains contextes comme étant de la « recherche » par certaines personnes, mais non par d'autres. De telles limites dans les données sont inévitables dans des domaines qui n'ont encore jamais fait l'objet d'une enquête. Nous croyons toutefois qu'il est important de produire une information claire sur ces questions et nos recommandations aideront à constituer une meilleure base de données sur la manipulation et l'élimination des ovules et des zygotes au Canada.

Recherche par les fabricants de produits pharmaceutiques et les entreprises de biotechnologie

Une rumeur persistante circule, surtout en Europe, selon laquelle des embryons humains sont utilisés par l'industrie des produits pharmaceutiques et des produits cosmétiques. Bien que des enquêtes aient révélé que ces rumeurs n'étaient pas fondées⁴, la Commission a jugé important de déterminer si des entreprises du secteur privé au Canada utilisent des ovules ou des embryons. La Commission a fait enquête auprès des 67 entreprises membres de l'Association canadienne de l'industrie du médicament. Parmi elles, 55 (82 pour 100) ont envoyé une réponse écrite. Aucune n'a fait état de l'utilisation d'ovules ou d'embryons humains. Une entreprise utilise des spermatozoïdes humains. Ce projet de recherche (dépenses de 100 000 \$ par année) est réalisé en collaboration avec un organisme sans but lucratif de l'extérieur du Canada et vise à mettre au point une méthode de contraception fondée sur la réaction immunitaire.

La Commission a également fait enquête auprès de 26 entreprises de biotechnologie reconnues comme des utilisateurs potentiels de tissus reproducteurs humains. Sur les 20 entreprises qui ont répondu (77 pour 100), aucune n'a fait état de travaux de recherche sur des ovules ou des embryons. Ces données nous ont amenées à conclure que l'industrie canadienne ne faisait pas de recherche sur les embryons, ou en faisait très peu. Elles sont conformes aux constatations faites dans le cadre d'une étude internationale récente portant sur la recherche sur l'embryon. En partie à cause des rumeurs concernant l'utilisation de zygotes humains par l'industrie, le Conseil de l'Europe a commandé une enquête sur les utilisations commerciales et industrielles des tissus reproducteurs humains. L'enquête a révélé l'existence d'une recherche médicale intense portant sur les zygotes, concentrée en Angleterre, en France, aux États-Unis et en Australie, mais rien n'indique que des embryons sont utilisés à des fins commerciales ou industrielles⁵.

Cette situation pourrait toutefois changer. Les répondants à l'enquête menée par la Commission auprès de l'industrie ont laissé entrevoir la possibilité que de la recherche faisant intervenir des gamètes ou zygotes

humains soit entreprise par l'industrie des produits pharmaceutiques au cours des cinq prochaines années; la recherche porterait vraisemblablement sur la régulation de la fécondité, tant chez les hommes que chez les femmes, et sur des traitements plus efficaces contre l'infertilité. Il est important, par conséquent, de tracer des limites pour s'assurer que la recherche sur les zygotes dans le secteur privé soit réglementée et que les zygotes ne soient pas commercialisés. Les recommandations que nous présentons plus loin dans le présent chapitre visent à régler ces questions.

Sources de zygotes pour la recherche

Création de zygotes *in vitro*

Les deux sources potentielles des zygotes humains aux fins de la recherche sont les dons provenant de femmes ou de couples traités dans des cliniques de fertilité et les zygotes créés expressément pour la recherche. Comme nous l'avons déjà indiqué, le nombre d'ovules qui seront fécondés *in vitro* étant imprévisible, il arrive souvent que tous les ovules prélevés sont exposés à des spermatozoïdes pour que le nombre de zygotes à transférer ultérieurement dans l'utérus soit suffisant. En conséquence, le nombre d'ovules fécondés est habituellement plus grand que le nombre d'ovules susceptibles d'être transférés sans danger durant le cycle. Les zygotes excédentaires peuvent être conservés par cryopréservation pour être utilisés au cours d'un cycle ultérieur, en cas d'échec ou si le couple se propose d'avoir plus d'un enfant par FIV. Cependant, s'il arrive que certains zygotes ne sont plus nécessaires, un couple peut décider d'en faire don à la recherche. Parfois, les zygotes destinés à une utilisation ultérieure peuvent être rejetés pour la cryopréservation en raison de lésions ou d'une anomalie évidente, comme la fécondation par plus d'un spermatozoïde; ou encore, il est possible qu'on n'offre pas de service de cryopréservation. Dans ces cas, le couple peut également décider de faire don de ses zygotes à la recherche.

La deuxième source potentielle de zygotes comprend les ovules fécondés expressément dans le but d'utiliser les zygotes obtenus pour la recherche. Il faut qu'il y ait un don de gamètes et que les donneurs et donneuses consentent à une telle utilisation de leurs gamètes. Cette source de zygotes est moins courante puisque les femmes qui suivent un traitement d'infertilité préfèrent généralement utiliser leurs rares ovules pour leurs propres besoins. Toutefois, des femmes dont les ovaires doivent être enlevés pour des raisons médicales pourraient accepter de faire don de tout ovule qui deviendrait accessible par suite de l'intervention chirurgicale.

Lavage utérin

Les zygotes peuvent être prélevés par « lavage » de l'utérus de la femme si la relation sexuelle remonte à moins de sept jours. Cette technique a d'abord été mise au point pour récolter des zygotes chez des animaux d'élevage d'une grande valeur commerciale et les transférer dans des animaux de moindre valeur pour la gestation. Seul un nombre limité de lavages utérins ont été pratiqués chez l'être humain — à cause de différences tenant à la structure de l'utérus et au temps qui s'écoule entre la fécondation et l'implantation, cette intervention est beaucoup plus dangereuse et moins efficace chez l'être humain. Elle peut entraîner une grossesse extra-utérine si, par exemple, le zygote est poussé dans la trompe de Fallope plutôt qu'à l'extérieur de l'organisme; le zygote peut aussi s'implanter dans l'utérus, ce qui entraîne une grossesse normale, mais non désirée. À cause de ces risques pour la femme, la Société canadienne de fertilité et d'andrologie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada se prononcent, dans leurs lignes directrices, contre le lavage utérin comme méthode de prélèvement des ovules et des zygotes.

Accès potentiel à des zygotes

Étant donné que la plus grande partie des ovules fécondés *in vitro* sont destinés à provoquer une grossesse, il y a une pénurie relative de zygotes pour la recherche. Si la congélation de zygotes finit par être pratiquée de façon systématique dans les programmes de FIV, la disponibilité des zygotes viables pour la recherche pourrait diminuer encore davantage. Cependant, au fur et à mesure qu'on met au point des tests de viabilité non invasives de plus en plus précis, la disponibilité, pour la recherche de zygotes non viables (c'est-à-dire qui ont peu de chances de survivre au transfert et de se rendre à terme) peut augmenter.

Certains craignent que la demande de zygotes pour la recherche puisse influencer sur les soins cliniques dispensés à la femme, que l'on exerce des pressions sur les femmes pour qu'elles fassent don à la recherche des zygotes excédentaires créés pour la FIV, ou que l'on fasse pression sur elles pour qu'elles acceptent de subir une induction de l'ovulation inutile, dans le seul but de produire des ovules pouvant être fécondés pour la recherche. Rien n'indique que ce soit le cas, mais il est néanmoins important d'adopter des mesures claires et appropriées pour s'assurer que la demande de zygotes ne vienne pas affecter les soins cliniques. Nous abordons cette question dans nos recommandations présentées plus loin dans le présent chapitre.

Substituts à la recherche sur les zygotes humains

Les modèles animaux ont servi de point de départ dans le cas de la plupart des domaines de recherche décrits ici. Toutefois, il a été maintes fois démontré que la généralisation à l'être humain des résultats obtenus à partir des modèles animaux comporte des limites. Par exemple, il est possible de congeler, de décongeler, de féconder et de transférer des ovules de souris et d'obtenir ainsi une progéniture normale. Les expériences sur la congélation des ovules humains ont donné jusqu'ici des résultats moins heureux, en raison de différences structurales légères mais déterminantes entre les ovules des deux espèces. Bien que les modèles animaux puissent fournir de l'information pour l'application à la recherche fondamentale préliminaire sur les embryons humains, la recherche animale seule ne suffit pas. La recherche sur les embryons humains est également nécessaire pour protéger la santé et le bien-être de la femme et des enfants à naître. De la même manière, l'utilisation des lignées cellulaires humaines peut fournir des renseignements importants sur certaines questions, mais elle n'écarte pas la nécessité de la recherche sur les embryons humains.

Réglementation de la recherche sur l'embryon au Canada

D'après les données recueillies sur les objectifs de la recherche sur l'embryon, nous estimons que cette recherche comporte d'importants avantages pour la santé. Toutefois, nous sommes également conscientes que le fait d'autoriser la recherche sur l'embryon suscite des questions délicates du point de vue éthique et juridique. Il faut déterminer s'il est possible de répondre à ces préoccupations et de profiter des avantages de la recherche sur l'embryon d'une manière acceptable du point de vue éthique. Nous avons commencé l'étude de cette question par un examen de l'état actuel de la législation et des lignes directrices professionnelles régissant la recherche sur l'embryon au Canada.

Législation

Le Canada ne possède pas de loi réglementant directement la recherche sur l'embryon. Plusieurs enquêtes fédérales et provinciales ont donné lieu à des recommandations dans le domaine de la recherche sur l'embryon (voir ci-dessous), mais aucune n'a abouti à l'adoption d'une loi en ce sens⁶. En l'absence d'une loi particulière, diverses lois fédérales et provinciales existantes peuvent s'appliquer. Par exemple, les lois provinciales sur le don de tissus humains exigent le consentement éclairé des donneurs de tissus ou d'organes pour qu'on puisse utiliser les tissus à des fins de recherche dans certains contextes (par exemple, la transplantation de tissus d'une personne à une autre ou le don après la mort de tissus à

des fins de transplantation, de formation médicale et de recherche). Ces lois interdisent également l'achat et la vente de tissus humains. Toutefois, il n'est pas clair que ces lois s'appliquent aux gamètes ou aux zygotes qui sont souvent exclus, implicitement ou explicitement, des définitions juridiques de « tissu humain ».

Ainsi, les prescriptions du droit concernant la manipulation des zygotes sont loin d'être claires. De fait, le statut juridique des zygotes *ex utero* est lui-même incertain. Comme on l'indique dans la discussion plus approfondie présentée au chapitre 30, l'embryon et le fœtus ne sont pas considérés, en vertu de la loi canadienne, comme des personnes juridiques avant qu'il y ait naissance vivante. En droit, ce qui n'est pas considéré comme une « personne » est souvent considéré comme un « bien »; or, des causes récentes devant les tribunaux américains ont défini les zygotes *ex utero* comme la « propriété » des donneurs de gamètes, du moins à certaines fins⁷. Certaines cliniques de FIV au Canada ont adopté cette définition dans leur formulaire de consentement, qui stipule que les couples inscrits à leur programme sont considérés comme propriétaires conjoints des zygotes créés par l'union de leurs gamètes. Toutefois, la définition juridique des zygotes et des embryons n'a pas été traitée explicitement par les tribunaux au Canada.

Les commissaires estiment qu'il n'est absolument pas souhaitable que les zygotes ou embryons soient assimilés à un bien, avec toutes les conséquences sociales et juridiques qu'une telle classification implique. Nous pensons plutôt que les règles juridiques ayant trait aux zygotes ou embryons devraient être conçues de manière à garantir que ces derniers sont traités avec respect en tant que forme de vie humaine potentielle.

Les commissaires estiment qu'il n'est absolument pas souhaitable que les zygotes ou embryons soient assimilés à un bien avec toutes les conséquences sociales et juridiques qu'une telle classification implique. Nous pensons plutôt que les règles juridiques ayant trait aux zygotes ou embryons devraient être conçues de manière à garantir que ces derniers sont traités avec respect en tant que forme de vie humaine potentielle.

Une analyse préparée pour la Commission laisse entendre que le modèle de la propriété peut convenir, puisque l'idée de droit de regard exclusif se retrouve au cœur même du droit de la propriété (voir le volume de recherche intitulé *Les aspects juridiques liés aux nouvelles techniques de reproduction*). Le fait de caractériser les embryons comme un bien investirait les donneurs de gamètes du droit exclusif de regard sur leurs gamètes et d'un droit conjoint de regard sur les zygotes *ex utero*. Les intérêts des donneurs en matière d'autonomie et de droit à la vie privée seraient protégés si l'on exige qu'ils donnent leur consentement pour que leurs gamètes ou zygotes soient utilisés à des fins de recherche (ou même à toute autre fin). Cependant, le recours à un modèle qui s'inspire du droit des biens et

de la propriété pour le matériel de reproduction comporte de très sérieux inconvénients. Un régime fondé purement sur le droit de la propriété donnerait aux « propriétaires » de zygotes non seulement un droit de regard, mais également toutes les autres prérogatives rattachées au droit de propriété. Par exemple, les propriétaires d'un bien sont généralement autorisés à donner ou à vendre ce bien, à le léguer à leurs héritiers, à le détruire ou à faire des expériences sur lui, à l'entreposer et à partager les profits de la recherche qui se fait sur lui.

Ces implications d'un régime s'inspirant purement du droit des biens et de la propriété sont clairement inacceptables dans le cas des embryons. Comme le démontre la discussion présentée plus loin dans le présent chapitre, il existe un consensus international très net sur l'idée que l'achat et la vente de zygotes sont contraires au respect de la vie humaine, tout comme dans le cas de certains types de recherche sur les zygotes. De plus, l'achat et la vente de zygotes pourraient promouvoir l'exploitation de la femme, la chosification de la femme et des enfants et l'aliénation du corps de la femme.

Certains proposent que les zygotes soient considérés comme un type de propriété unique auquel s'appliquerait le droit de regard exclusif, mais à l'égard duquel d'autres prérogatives rattachées au droit de propriété, comme le droit de vendre,

seraient limitées. On peut restreindre ces autres prérogatives en adoptant une loi explicite ou en laissant les tribunaux définir graduellement, par la jurisprudence, les droits de propriété s'appliquant aux zygotes *ex utero*. C'est ce qui est en train de se produire aux États-Unis, où les tribunaux modifient les lois sur la propriété pour les adapter à la situation unique des zygotes *ex utero*. Toutefois, comme le démontre l'expérience américaine, se fier aux tribunaux pour élaborer une nouvelle définition des droits de la propriété pour les zygotes *ex utero* donne des résultats imprévisibles et entraîne un manque d'uniformité du fait que, dans les différents États, les juges orientent la jurisprudence dans des directions différentes. De plus,

Aucun des rapports examinés par l'Association du Barreau canadien n'a recommandé l'interdiction de l'expérimentation. En général, et le récent rapport de la Commission de réforme du droit du Canada est l'exemple type, on est favorable à l'expérimentation sur les gamètes et les embryons, moyennant certaines restrictions. Les avantages d'une connaissance accrue, les bienfaits pour les couples sans enfant et les avantages thérapeutiques l'emportent sur les préoccupations reliées à la manipulation génétique ou à la reproduction de l'espèce dans l'environnement contrôlé du laboratoire. L'Association du Barreau canadien est d'avis que l'expérimentation sur les gamètes et les embryons est à la fois appropriée et souhaitable. (Traduction)

Mémoire présenté à la Commission par l'Association du Barreau canadien, novembre 1990.

les tribunaux sont limités à des cas d'espèce, tandis que le législateur peut prendre en considération un éventail plus large de circonstances et d'intérêts.

Par conséquent, nous croyons qu'une loi explicite est nécessaire pour résoudre la question du droit de regard sur les zygotes *ex utero*. Nous ne considérons pas toutefois que le droit des biens et de la propriété soit un modèle convenable pour déterminer qui aura quel pouvoir décisionnel à leur égard. Nous pouvons aborder directement ces questions en nous demandant pourquoi nous croyons que certaines personnes devraient avoir un pouvoir décisionnel particulier et en déterminant comment cela pourrait affecter les relations qui nous préoccupent. Parler de « propriété » n'est d'aucune utilité ici parce que cette notion introduit des présomptions non pertinentes aux intérêts et aux droits en jeu.

La Commission de réforme du droit du Canada a aussi soutenu qu'il n'était pas acceptable, du point de vue de l'éthique, que ces questions soient résolues sur la base des principes relevant du droit de la propriété. Selon ses recommandations, les législateurs canadiens devraient

[...] élaborer des règles juridiques particulières qui, tout en permettant aux débats éthiques de se poursuivre, assureront la protection de l'embryon. Ces règles juridiques pourraient s'articuler autour du consentement écrit et signé, avant la conception, par des géniteurs [fournisseurs des gamètes] [...] qui devraient être autorisés à changer d'idée avant l'utilisation des embryons aux fins prévues⁸. (Traduction)

La Commission conclut qu'il faudrait élaborer des règles juridiques qui protègent de manière appropriée les intérêts des personnes dont les gamètes sont utilisés pour créer le zygote, y compris leur droit de comprendre pleinement la situation, et de consentir au prélèvement et à l'utilisation subséquente de leurs gamètes et des zygotes qui en résultent. Les recommandations présentées plus loin dans le présent chapitre sont destinées à répondre à ces exigences.

Lignes directrices professionnelles

En l'absence de législation, les lignes directrices volontaires du Conseil de recherches médicales (CRM) constituent la seule politique canadienne existante concernant la recherche sur l'embryon. Dans son rapport de 1987 sur les *Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains*, le conseil appuie la recherche « non thérapeutique » sur les embryons pendant une période allant jusqu'à 14 à 17 jours après la fécondation, si la recherche est approuvée par le comité local d'éthique pour la recherche. Il recommande que des zygotes ne soient pas créés uniquement pour les besoins de la recherche et que la recherche sur l'embryon soit réservée exclusivement à l'avancement de la connaissance et au traitement de l'infertilité⁹. Le respect des présentes lignes directrices n'est obligatoire que si la recherche en question est subventionnée par le conseil, mais ces lignes directrices ont été largement adoptées par les établissements de

recherche, les universités, les hôpitaux et d'autres organismes subventionnaires du Canada.

Bien que les lignes directrices du Conseil de recherches médicales aient bien servi le Canada jusqu'à présent, nous estimons que des mesures additionnelles s'imposent. Par exemple, ces lignes directrices n'expliquent pas très bien la façon d'obtenir le consentement éclairé pour la recherche sur l'embryon ni les normes appropriées pour la manipulation et la conservation des zygotes humains. De plus, les comités d'éthique en matière de recherche risquent de ne pas tous traiter les décisions relatives à la recherche sur l'embryon de la même façon et d'engendrer ainsi des incohérences. En outre, les comités

locaux pourraient bien ne pas posséder toute l'expertise nécessaire pour évaluer certains types de propositions de recherche et être indûment vulnérables à des pressions de la part des groupes de revendication. De surcroît, il n'existe pas de mécanisme pour centraliser les données relatives à la recherche sur l'embryon susceptibles de servir à informer le public sur ce qui se passe dans ce domaine; or, les lignes directrices du Conseil de recherches médicales ne s'appliquent pas à la recherche qui n'est pas financée par les universités ou les organismes gouvernementaux.

On s'intéresse à certaines des limites que comportent les comités d'éthique en matière de recherche. Par exemple, le Collège royal des médecins et chirurgiens a récemment créé le Conseil national de la bioéthique en recherche chez les sujets humains (CNBRH), qui est financé par le CRM, dans le but d'aider à mettre en œuvre les lignes directrices de ce dernier. Il est destiné, en partie, à agir comme modèle volontaire et non officiel pour les comités d'éthique en matière de recherche des universités¹⁰. Toutefois, l'efficacité de ce mécanisme n'est pas encore évidente. Bien que le CNBRH profite de l'apport de non-initiés, il est tout de même créé et financé par le milieu de la recherche médicale et l'on ignore encore si la population l'estime en mesure de résoudre les conflits d'intérêt dans l'intérêt général ou d'assurer une participation publique appropriée. De plus, ces lignes directrices et les mécanismes d'examen ne s'appliquent pas à la recherche dans des milieux où il n'existe pas de comité d'éthique en matière de recherche, comme dans l'industrie.

Les mêmes lignes directrices éthiques qui s'appliquent à l'expérimentation médicale chez les humains et à l'utilisation des tissus humains à des fins d'expérimentation, de transplantation ou d'autres traitements devraient s'appliquer aux tissus des embryons et fœtus. Ainsi, le seul type d'expérimentation et de recherche sur les embryons qui soit éthiquement défendable est celui qui pourrait profiter à l'embryon lui-même. (Traduction)

J. Bromley, Fort Smith Pro-Life Group, compte rendu des audiences publiques, Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest), 12 septembre 1990.

Pour ces raisons, et pour d'autres encore, nous croyons que la recherche sur l'embryon devrait être évaluée à un niveau national, aussi bien qu'à un niveau local. La plupart des enquêtes fédérales et provinciales au Canada portant sur la recherche sur l'embryon ont mis l'accent sur la nécessité de normaliser et de centraliser la surveillance de cette recherche. Certains rapports récents appuient un système de normes nationales et d'approbation nationale pour la recherche sur l'embryon ou encore un agrément ou l'attribution d'un permis national pour les établissements où se pratique cette recherche¹¹. Ces mesures sont également approuvées par deux grandes associations de spécialistes participant à la recherche sur l'embryon (la Société canadienne de fertilité et d'andrologie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) dans leur rapport de 1990¹².

Réglementation de la recherche sur l'embryon au niveau international

La Commission a également passé en revue les politiques gouvernementales sur la recherche sur l'embryon en vigueur actuellement dans d'autres pays; on trouvera une discussion détaillée de cette question à l'appendice 1. D'après cet examen, les politiques varient : certains pays autorisent la recherche non thérapeutique pendant une période de 7 à 14 jours (pourvu que les zygotes ne soient pas transférés ultérieurement dans l'utérus d'une femme), tandis que d'autres l'interdisent; certains pays limitent la recherche aux seuls zygotes surnuméraires alors que d'autres autorisent la création de zygotes pour les besoins de la recherche.

Il y a toutefois consensus dans d'autres domaines. Par exemple, il est largement admis que certaines formes de recherche sur l'embryon sont en soi inadmissibles (p. ex. le clonage et la formation d'hybrides interspécifiques). De plus, il est largement reconnu que s'il doit y avoir recherche sur des embryons, cette recherche doit comporter certaines limites. Par exemple :

- le projet de recherche doit être approuvé par un comité d'éthique;
- on doit obtenir le consentement éclairé des donneurs et donneuses d'embryons ou de gamètes avant le don;
- les zygotes ayant fait l'objet de la recherche ne peuvent être transférés dans l'utérus d'une femme;
- la recherche sur les zygotes humains n'est admissible que si l'information recherchée ne peut être obtenue autrement (p. ex. à l'aide de la recherche sur les embryons animaux ou les lignées cellulaires);
- les zygotes ne doivent être ni achetés ni vendus;

- le but de la recherche sur l'embryon ne doit pas être d'en tirer un profit sur le plan commercial.

De plus, comme dans le cas des enquêtes canadiennes, il semble exister une tendance internationale vers une certaine forme de surveillance nationale de la recherche sur l'embryon par le biais de lois, de la délivrance de permis ou de l'agrément. La Commission a examiné attentivement ces modèles internationaux avant d'énoncer ses recommandations.

Questions et recommandations

Les principes directeurs de la Commission élaborés ci-dessous pour la recherche sur l'embryon ont aidé la Commission à formuler ses recommandations sur les types de recherche sur l'embryon qui devraient être permis au Canada, sur les limites qui devraient être imposées à cette recherche et sur la façon dont ces activités devraient être réglementées.

Comme nous l'avons indiqué plus tôt dans le présent chapitre, l'utilisation des zygotes en recherche médicale peut nous permettre d'acquérir des connaissances médicales importantes et d'améliorer la qualité des soins de santé offerts à la population canadienne. Si ces recherches peuvent aider à atténuer les conséquences fâcheuses de la maladie, ses objectifs sont alors valables sur le plan éthique. Toutefois, les zygotes ne sont pas simplement des « objets » que l'on peut utiliser comme bon nous semble. Ils sont liés au genre humain de nombreuses façons. Les zygotes humains sont d'origine humaine et, en fait, ils proviennent d'êtres humains particuliers. Ils partagent certaines caractéristiques biologiques fondamentales avec les êtres humains et ils peuvent avoir le potentiel de devenir des êtres humains complets. Le fait de traiter le zygote comme un simple objet consisterait à nier l'existence de ces liens.

La Commission a tenu compte de ces considérations dans ses discussions sur la recherche sur le zygote et l'embryon, et dans l'application de ses principes directeurs. Elle a cherché à permettre l'enrichissement du savoir médical tout en s'assurant que celui-ci se réalise seulement dans le respect des liens entre le zygote et l'espèce humaine, sans entraîner l'érosion de notre respect de la dignité de la vie humaine.

La Commission a formulé des recommandations dans six domaines différents : les utilisations éthiquement acceptables des zygotes en recherche; l'obtention des zygotes et l'obtention du consentement éclairé; l'utilisation des zygotes après la recherche; le financement de la recherche sur l'embryon; la commercialisation; et, enfin, la responsabilité.

Les utilisations éthiquement acceptables des zygotes humains en recherche*

Les questions fondamentales suivantes se trouvent au cœur du débat entourant l'éthique de la recherche sur les zygotes humains : à quel moment un organisme en développement acquiert-il un statut moral distinct et, en conséquence, comment devrions-nous le traiter? Selon la présidente de la commission Warnock, cette question est la plus importante soulevée par les techniques de reproduction¹³. Nous sommes d'accord pour dire que c'est une question vitale, en partie à cause de ses relations avec d'autres questions tout aussi fondamentales de notre mandat, comme les droits et la situation de la femme, les intérêts de la famille et les intérêts collectifs de la société en général.

Les Canadiens et Canadiennes ont des vues différentes sur le statut moral du zygote et de l'embryon. Malgré leur forte adhésion au principe du respect de la vie humaine, les Canadiens ne s'entendent pas sur la forme que doit prendre ce respect ni sur le degré de protection qui est dû à la vie humaine, à ses différents stades de développement. Il existe également une grande variété de réponses à ces questions dans l'histoire de la philosophie morale.

Certaines personnes soutiennent que la vie humaine acquiert un statut moral complet au moment de la fécondation. D'autres prétendent que le statut moral évolue et va en augmentant au fur et à mesure qu'un ovule fécondé franchit les diverses étapes de son développement qui l'amènent de zygote à embryon, puis à fœtus, puis, ultimement, à enfant. Divers stades de développement ont été proposés comme marquant un changement crucial dans le statut moral, dont la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule, la syngamie, l'implantation, le développement de la ligne primitive, le développement de la sensation, le premier mouvement du fœtus dans le sein de sa mère, la viabilité et la naissance. Chacun de ces divers événements « marquants » a été désigné comme étant pertinent dans l'évaluation du statut moral du zygote, de l'embryon, du fœtus ou de l'enfant.

Nous reconnaissons que nous ne pourrions délibérer assez longtemps pour apporter une réponse définitive à la question du statut moral de l'embryon. Philosophes et théologiens se sont butés à cette question pendant des siècles, tout comme l'ont fait les scientifiques, les juristes et les politiciens de notre époque. Comme l'a noté l'un des chercheurs qui a préparé un document à ce sujet pour le compte de la Commission :

Les définitions de « personne » et « d'être humain » [...] sont imprégnées de considérations subjectives [...] qui, elles mêmes, sont modelées par des normes culturelles différentes, des enseignements familiaux différents et des affirmations religieuses différentes concernant la

* Une opinion dissidente est donnée en annexe.

morale de certaines pratiques. [...] Conséquemment, on peut avancer des arguments, des preuves ou d'autres formes de justification à l'appui d'un concept particulier de personne ou d'être humain, mais l'évaluation elle-même ne peut être ni confirmée ni infirmée¹⁴. (Traduction)

Bien qu'il soit impossible de confirmer un point de vue particulier sur cette question, nous croyons qu'il est important d'exposer clairement notre position sur l'éthique de la recherche sur l'embryon et d'expliquer les raisons qui nous poussent à rejeter les autres points de vue.

Nous sommes d'avis que le statut moral de l'embryon avant le quatorzième jour suivant la fécondation n'interdit pas la recherche dans certaines conditions définies. Nous estimons qu'avec des mesures de protection et une réglementation claires et rigoureuses, il est acceptable du point de vue éthique d'effectuer de la recherche sur les zygotes humains jusqu'à ce stade et que cette recherche est, en fait, essentielle pour assurer la qualité des soins de santé et, par voie de conséquence, la sécurité et le bien-être des patients et patientes. Nous recommandons la limite de 14 jours pour la recherche pour plusieurs raisons : elle reconnaît le stade de développement auquel apparaît la ligne primitive, marquant le point de départ d'un ou de plusieurs organismes distincts; c'est également le moment où le zygote a normalement terminé de s'implanter dans la paroi utérine; et il s'agit de la norme la plus largement acceptée au niveau international pour la recherche sur l'embryon.

Nous sommes conscientes que de nombreux Canadiens et Canadiennes seront en désaccord avec cette conclusion. Beaucoup d'intervenants au cours des audiences publiques nous ont dit que les embryons devaient être traités avec respect parce qu'il s'agit d'organismes vivants qui ont le potentiel de devenir des êtres humains à part entière; par conséquent, ils devraient se voir accorder, sur le plan juridique, la même protection contre une recherche potentiellement dangereuse que les enfants ou les adultes. Nous avons sérieusement réfléchi à cet argument et nous respectons les convictions profondes de ceux et celles qui le défendent. Nous partageons leur souci de voir les zygotes traités avec le respect qui leur revient. Il est clair que le zygote est humain, dans ce sens qu'il possède la constitution génétique, biochimique et cellulaire de l'espèce *homo sapiens*. De la même manière, il ne fait aucun doute que le zygote est vivant, bien qu'il ne soit pas viable en dehors de l'organisme de la femme pendant plus de quelques jours. Par ailleurs, les zygotes sont liés encore davantage à l'humanité parce qu'ils peuvent avoir le potentiel de devenir des êtres humains. (Le zygote n'a pas nécessairement le potentiel de devenir un être humain parce qu'un pourcentage substantiel de zygotes ont une constitution génétique qui ne leur permet pas de se développer jusqu'à ce stade, comme il en est question au chapitre 7.) À elles seules ces caractéristiques confèrent un certain statut moral à l'ovule fécondé, même à ses stades de développement les plus précoces. À titre d'organisme vivant

qui peut avoir le potentiel de devenir un être humain, on doit lui accorder une certain degré de respect et de protection.

Toutefois, comme on le note au chapitre 30, la loi canadienne ne reconnaît pas que les embryons ou les fœtus sont des « personnes ». Les embryons peuvent avoir le potentiel de devenir des personnes et nous sommes d'accord pour dire qu'il est justifié de les traiter avec respect. Mais l'idée de potentialité est complexe, tout comme la relation entre la potentialité et le statut moral. La potentialité a été utilisée pour justifier des politiques différentes, voire contradictoires, en recherche sur l'embryon. Elle est invoquée non seulement par les organismes consultatifs et les décideurs qui rejettent l'expérimentation sur les embryons après la fécondation ou la syngamie¹⁵, mais également par ceux et celles qui admettent l'expérimentation pendant 7 ou 14 jours¹⁶. Cela indique que la notion de potentialité n'est ni simple ni limpide. Dans le débat sur la recherche sur l'embryon, elle a été interprétée d'au moins deux façons très différentes.

Premièrement, les défenseurs de la limite de 14 jours soutiennent que la potentialité n'est pas une question de tout ou rien. Ils adoptent le principe de la gradation selon lequel le zygote, l'embryon ou le fœtus mérite de plus en plus de respect au fur et à mesure de son développement jusqu'à l'étape de la viabilité ou de la naissance, moment où il devient un membre à part entière de la collectivité morale. Selon ce point de vue, diverses formes de recherche sont acceptables à des stades précoces, puisque le zygote n'est un être humain potentiel que dans un sens très lointain. Toutefois, au fur et à mesure que le développement progresse, ce potentiel se rapproche de plus en plus de sa réalisation et, à un certain moment, la recherche non thérapeutique violerait le respect dû à un être humain potentiel. La limite de quatorze jours revient souvent, parce que c'est au quatorzième jour qu'apparaît la ligne primitive, qui fixe l'identité individuelle de l'embryon et qui constitue l'ébauche de son système nerveux.

Nous prêtons une oreille favorable à cet argument, mais nous ne sommes pas d'accord pour que la limite de 14 jours touchant la recherche repose strictement sur la question de la potentialité. Lorsqu'il y a conception naturelle, le zygote entreprend le processus d'implantation dans l'utérus de la femme environ sept jours après la fécondation; *si l'implantation n'a pas lieu autour du septième jour*, la possibilité que le zygote réussisse à s'implanter et à se développer *in utero* s'estompe rapidement. En fait, les zygotes *in vitro* perdent leur potentiel de devenir des êtres humains après 14 jours. Par conséquent, le fait de fonder la limite uniquement sur la potentialité pourrait laisser entendre qu'il n'y a pas d'objection morale à la recherche portant sur des zygotes *in vitro* après le quatorzième jour. Si nous jugeons qu'il est acceptable de faire de la recherche sur des zygotes uniquement lorsque leur potentiel de devenir des êtres humains est nul ou très faible, alors on pourrait prétendre que cela signifie que la recherche sur les zygotes devrait se dérouler seulement après, et non avant, le quatorzième jour.

Par conséquent, la limite de 14 jours ne repose pas uniquement sur la mesure de la potentialité. Un embryon *ex utero* mérite un respect moral non pas en raison de ce qu'il *peut* devenir, mais plutôt en raison de ce qu'il *est déjà* devenu. Après 14 jours, les zygotes sont plus près de l'état d'être humain, non pas dans le sens qu'ils ont un plus grand potentiel de devenir des êtres humains, mais dans le sens qu'ils ont déjà acquis deux caractéristiques clés d'un être humain entièrement développé : une identité déterminée et l'ébauche d'un système nerveux. (Jusqu'à présent, les chercheurs ont été incapables d'amener des zygotes humains à se développer normalement *in vitro* au-delà de sept jours, de sorte que, dans un avenir prévisible, il n'y a pas de possibilité véritable de faire des expériences sur des zygotes qui ont atteint le stade de l'individuation.)

Ceux et celles qui préconisent l'interdiction totale de toute forme de recherche sur l'embryon non destinée à profiter aux zygotes en question offrent une interprétation différente du potentiel du zygote. Selon leur interprétation, le potentiel du zygote est clair dès la fécondation et le processus de développement est continu. Il n'y a pas d'événements marquants si importants qu'ils justifient qu'on fasse une distinction dans le degré de respect dû aux zygotes à différents stades de leur développement. Comme le comité spécial du Sénat australien l'a fait remarquer, depuis sa conception, le zygote peut être décrit à juste titre comme une vie humaine génétiquement nouvelle organisée comme une entité distincte axée vers un développement ultérieur et ainsi, l'attitude et le comportement qu'il convient d'adopter à son égard devraient inclure le fait de ne pas faire avorter un processus qui commande le respect parce que son but est de favoriser le développement plus poussé d'un membre biologiquement individuel de l'espèce humaine¹⁷.

Nous n'acceptons pas ce point de vue. Encore une fois, une première difficulté vient du fait que le zygote est une personne potentielle dans un sens très lointain. Le quatrième jour suivant la fécondation, le zygote peut avoir le potentiel de devenir un être humain, mais en réalité, il est *peu probable* qu'il en soit ainsi, même dans les circonstances les plus favorables. La probabilité qu'un zygote se développe jusqu'à la naissance dépend de nombreux facteurs, mais de façon générale, la moitié de tous les ovules fécondés *in vivo* n'aboutissent pas à une naissance vivante (voir le chapitre 7). La probabilité est encore beaucoup plus faible dans le cas de la fécondation *in vitro*, étant donné qu'environ 17,5 pour 100 seulement des zygotes transférés aboutissent à une naissance vivante.

L'engagement intuitif des gens à respecter une potentialité risque de ne pas résister à l'analyse dans des circonstances où la probabilité de réalisation de ce potentiel est si éloignée. Comme le fait remarquer le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists de Grande-Bretagne, un grand nombre d'ovules fécondés avortent spontanément et il est « peu convaincant sur le plan moral d'exiger l'inviolabilité absolue d'un organisme avec lequel la nature elle-même se montre aussi prodigue¹⁸ ». (Traduction)

Une deuxième difficulté vient de la détermination du moment où la « nouvelle vie » apparaît pour la première fois. Ceux et celles pour qui la fécondation constitue un événement marquant justifiant l'attribution d'un statut moral complet doivent décider à quel moment, au cours du processus de fécondation, apparaît cet « état de personne ». Est-ce au moment de la pénétration du spermatozoïde? De la formation des pronucléi? De la syngamie? Ou de l'« activation » des gènes?

Historiquement, le passage du spermatozoïde à travers la paroi de l'ovule a souvent été reconnu comme le point de départ d'une nouvelle vie. Toutefois, des progrès récents en embryologie ont établi qu'il faut environ 24 heures après la fécondation pour que les noyaux de l'ovule et du spermatozoïde se rompent et que les chromosomes de l'ovule et du spermatozoïde s'unissent en un fuseau commun. Lorsque ce processus est terminé, on dit qu'il y a eu « syngamie ». Ainsi, de nombreux défenseurs de cette position reconnaissent maintenant la syngamie comme le moment où le développement commence, du fait que c'est à ce moment que l'identité génétique est établie¹⁹.

Toutefois, comme on l'indique au chapitre 7, on ne peut dire que le développement embryonnaire individuel a commencé tant que la ligne primitive n'est pas apparue, après le quatorzième jour qui suit la fécondation. Avant ce stade de la gestation, l'unicité du zygote du point de vue du développement n'a pas encore été établie. Parfois, deux ou même trois lignes primitives peuvent se former dans une même plaque embryonnaire. À l'opposé, mais plus rarement, ce qui semble initialement devoir être des jumeaux se fusionne pour donner un embryon unique. De plus, en raison de leur constitution génétique, certains ovules fécondés se développent en tumeurs ou en sacs vides, de sorte qu'aucun embryon ne se formera. (C'est ce qu'on appelle un « ovule taré » qui s'observe fréquemment dans le cas des avortements spontanés précoces.) Ainsi, ce n'est qu'avec l'apparition de la ligne primitive que l'individuation survient. Il est, par conséquent, inexact de considérer la syngamie comme le moment où un être humain unique commence à exister, puisque le processus d'établissement de cette identité se poursuit après la syngamie.

De plus, les changements délicats que subissent les gamètes avant et pendant la fécondation et la syngamie sont les étapes d'un processus de développement qui commence avant la fécondation. Qui plus est, tout le processus de développement depuis le gamète non fécondé jusqu'à la fécondation et à la syngamie est un processus à la fois continu et hautement régulé par les cellules reproductrices en cause. Ainsi, le processus par lequel la vie humaine développe sa potentialité commence avant la fécondation.

En résumé, la complexité de ces processus et de la notion de potentialité signifie que le statut moral du zygote ou de l'embryon ne peut être vu simplement comme fonction de sa potentialité. Nous croyons que le zygote et l'embryon méritent respect en raison de leurs liens avec l'espèce humaine; la potentialité est un type de lien, mais ce n'est pas le seul et ce

n'est pas nécessairement le plus important non plus. Les zygotes sont liés au genre humain par leur passé et leur présent, et non seulement par leur futur potentiel. Comme nous l'avons vu, ces divers liens peuvent aller dans des sens opposés. Les zygotes à un stade ultérieur de développement peuvent être plus proches du genre humain que les zygotes moins avancés, en fonction de leurs caractéristiques du moment, mais plus éloignés que ces derniers en fonction de leur potentiel. Dans ce cas, l'avenir du zygote (son potentiel) est moins important, moralement parlant, que son stade de développement actuel.

Nous croyons que la limite de 14 jours respecte tous les types de liens. Elle reconnaît également la valeur légitime de la connaissance médicale et la nécessité de trouver un compromis moralement acceptable dans une société pluraliste où

Les zygotes sont liés au genre humain par leur passé et leur présent, et non seulement par leur futur potentiel. [...] Nous croyons que la limite de 14 jours respecte tous les types de liens.

se côtoient des vues différentes sur l'importance relative des divers stades du développement embryonnaire. Les gens sont en désaccord au sujet de questions comme le rôle de la potentialité, l'importance de l'individuation ou la valeur de la connaissance médicale, et la limite de 14 jours est un compromis prudent et légitime entre ces vues et ces intérêts divergents.

En effet, de nombreux rapports récents qui préconisent la limite de 14 jours mettent moins l'accent sur l'idée de la potentialité que sur l'idée que cette limite se révèle simplement un compromis raisonnable entre des points de vue et des intérêts divergents. Par exemple, la section de la Colombie-Britannique de l'Association du Barreau canadien affirme que « bien qu'arbitraire, la limite est le point naturel de l'évolution qui marque l'implantation de l'embryon dans l'utérus et réalise un équilibre satisfaisant entre les inquiétudes que suscite le génie génétique et les espoirs que suscite l'expérimentation²⁰ ». (Traduction) Le Conseil de recherches médicales signale que la limite recommandée d'environ 14 jours peut être en harmonie avec un « sens pragmatique de l'acceptabilité du point de vue éthique²¹ ». (Traduction) De plus, la limite de 14 jours est maintenant devenue un consensus international. Comme l'indique la Commission de réforme du droit du Canada, « étant donné l'état actuel de la connaissance, il est approprié de s'entendre sur une norme qui reçoit un large appui international, ne serait-ce que pour s'assurer que la recherche effectuée au Canada est autant respectée que celle qui est effectuée ailleurs dans le monde²² ». (Traduction) On peut trouver des déclarations semblables au sujet de l'importance du consensus international sur la norme des 14 jours dans les rapports produits par l'Association du Barreau canadien, le Conseil d'État en France, divers comités gouvernementaux australiens, l'American Fertility Society et nombre d'autres organismes et associations.

Certains peuvent considérer cette limite comme arbitraire, ce qui est d'ailleurs très vrai — tout comme le sont de nombreuses autres règles ou

limites adoptées par la société, par exemple la limite de vitesse ou le délai prescrit pour faire appel d'une décision des tribunaux. La décision d'établir une limite de 14 jours ne repose pas sur l'évaluation précise d'un critère unique, comme la potentialité, pour déterminer le degré de statut moral. Cependant, le fait que de si nombreux rapports récents approuvent la limite de 14 jours indique que cette limite est généralement acceptée parce qu'elle réalise un équilibre complexe entre des vues et des intérêts différents. Nous croyons que dans une société pluraliste, cette limite est raisonnable et qu'elle est effectivement le seul fondement réaliste pour résoudre certaines questions d'éthique. À la lumière de ces considérations, la Commission recommande

183. Que la recherche autorisée sur les zygotes ou embryons humains soit limitée aux 14 premiers jours du développement.

Bien que la recherche sur les zygotes au cours des 14 premiers jours soit acceptable sur le plan éthique, cette recherche doit également respecter les liens du zygote avec le genre humain. Les commissaires estiment que certains types de recherche, comme le clonage et la formation d'hybrides interspécifiques, nient ces liens et dérogent ainsi aux normes fondamentales du respect de la vie et de la dignité humaines. Ces expériences sont inacceptables et devraient être interdites. Nous avons constaté qu'il s'agit d'un point de vue généralisé chez les Canadiens et Canadiennes.

Certains types de recherche, comme le clonage et la formation d'hybrides interspécifiques [...] dérogent ainsi aux normes fondamentales du respect de la vie et de la dignité humaines. Ces expériences sont inacceptables et devraient être interdites. Nous avons constaté qu'il s'agit d'un point de vue généralisé chez les Canadiens et Canadiennes.

Comme nous l'avons noté antérieurement et exposé en détail au chapitre 25, l'étude des embryons animaux donne lieu à des manipulations du zygote qui seraient éthiquement inacceptables chez l'être humain. Il s'agit entre autres du clonage par substitution nucléaire, de la parthénogenèse (création d'un zygote à partir d'un gamète femelle seulement), la fusion de gamètes femelles, de l'ectogenèse (développement d'un fœtus jusqu'à terme à l'extérieur de l'utérus, c'est-à-dire dans ce qu'on appelle un « utérus artificiel »), et du transfert de zygotes dans d'autres espèces pour la gestation. Ces manipulations peuvent avoir des objectifs scientifiques et commerciaux utiles. Toutefois, le transfert de ces techniques à des zygotes humains violerait les principes éthiques de la Commission, serait contraire aux valeurs des Canadiens et Canadiennes et a été condamné par divers

organismes qui ont formulé des recommandations sur la recherche faisant intervenir des zygotes humains.

L'idée que des zygotes humains puissent être incubés et que leur développement puisse être mené à terme dans un utérus artificiel est condamnée par la plupart des Canadiens et Canadiennes. Même dans le cas fort improbable où une telle chose serait possible, sa réalisation déshumaniserait la maternité; certains ont même fait savoir que cette pratique pourrait conduire à la création « d'usines à bébés ». On s'oppose tout aussi vigoureusement au transfert de zygotes humains dans l'utérus d'autres espèces animales, à la fécondation interspécifique et au clonage par substitution nucléaire, pratiques qui auraient pour effet de nier les liens du zygote avec l'espèce humaine. Par conséquent, la Commission recommande

184. Que la recherche sur les zygotes ou embryons humains liée à l'ectogenèse, au clonage, aux hybrides animal-homme et au transfert des zygotes dans d'autres espèces soit interdite, sous peine de sanction pénale.

Nous croyons également qu'aucun type de recherche portant sur la modification génique des zygotes ou embryons humains ne devrait être permis ou financé au Canada. La modification génique n'est pas nécessairement une violation du statut moral du zygote si elle est effectuée dans le but de traiter une maladie génétique diagnostiquée au moyen du diagnostic préimplantatoire. Toutefois, nous croyons que les risques d'une telle intervention dépassent largement les avantages potentiels que l'on peut en tirer et qu'il existe des moyens plus sûrs et plus appropriés pour les couples de gérer le risque de transmettre une maladie génétique à leur progéniture. (Nous exposons nos points de vue sur cette question au chapitre 29.) La Commission recommande

185. Qu'il soit interdit d'effectuer de la recherche sur la modification génique des zygotes ou embryons humains.

Enfin, nous nous sommes demandé si l'on devrait créer des zygotes pour les besoins de la recherche. D'une part, nous croyons que cette pratique comporte le danger de promouvoir l'« instrumentalisation » des zygotes, ce qui pourrait compromettre l'engagement face au respect de la vie et de la dignité humaines. D'autre part, il n'est pas certain que l'on puisse bien faire la distinction entre les zygotes qui deviennent disponibles parce qu'ils sont déclarés « excédentaires » par rapport aux besoins des couples inscrits à un programme de FIV et ceux créés expressément pour la recherche. Certains prétendent que la distinction est impossible puisque les médecins peuvent stimuler la maturation d'un plus grand nombre

d'ovules que ce qui est nécessaire pour les besoins de la FIV grâce à l'utilisation des inducteurs de l'ovulation. Selon un mémoire présenté au comité spécial du Sénat australien, « tout gestionnaire intelligent d'un programme de FIV quelconque peut, moyennant quelques légères modifications de sa pratique clinique ordinaire, changer le nombre d'embryons qui sont fécondés. Ainsi, en pratique, il n'est d'aucune utilité de faire dans la législation une différence entre embryon excédentaire et embryon créé expressément pour la recherche ²³ ».

De plus, certaines formes importantes de recherche sur l'embryon ne peuvent être effectuées que si des ovules non fécondés sont donnés spécifiquement pour la recherche. Par exemple, des études sur de nouvelles techniques de fécondation — comme des modifications apportées au milieu de conservation des ovules non fécondés jusqu'à ce qu'ils soient mis en présence des spermatozoïdes — seraient impossibles si la recherche n'était permise que sur des zygotes excédentaires, parce que certains aspects de la fécondation ne peuvent être étudiés et compris qu'en réalisant la fécondation.

À la lumière de ces considérations, les commissaires concluent qu'il est acceptable que des zygotes soient créés à des fins de recherche, pourvu que des mesures appropriées soient en place pour limiter la recherche. Il faut respecter, notamment, les conditions suivantes :

- le consentement éclairé des donneurs et donneuses de gamètes doit être obtenu avant le don;
- un zygote ayant fait l'objet de manipulations qui ne sont pas destinées à lui profiter ne doit pas être transféré dans l'organisme d'une femme;
- la recherche n'est admissible que si l'information recherchée ne peut être obtenue par des études sur des embryons animaux ou des lignées cellulaires;
- la recherche doit être effectuée dans un établissement autorisé pour ce type de recherche;
- le but de la recherche doit être de promouvoir la santé humaine, et non la recherche du profit;
- aucune intervention destinée à prélever des ovules ne doit être pratiquée dans le seul but d'obtenir des ovules pour la recherche; on ne peut utiliser que des ovules prélevés au cours d'une intervention qu'une femme subit pour des raisons de santé.

Ces conditions sont traitées de façon détaillée ci-dessous.

Obtention des zygotes et du consentement éclairé

Bien que la plus grande partie du débat public au sujet de la recherche sur l'embryon ait porté sur le statut moral de l'embryon, d'autres questions éthiques importantes ont également été soulevées, notamment

le respect de l'autonomie des donneurs et donneuses dont les gamètes sont utilisés pour créer le zygote. Nous sommes particulièrement préoccupées par la possibilité que la recherche sur l'embryon crée une pression sur les femmes et les couples inscrits dans des programmes de FIV pour qu'ils fassent don de leurs ovules ou zygotes à la recherche.

Le principe de l'autonomie veut que toute personne ait droit de regard sur son corps, dans les limites dictées par la loi. Dans le contexte de la recherche sur l'embryon, ce principe conférerait aux donneurs de gamètes le droit d'interdire toute utilisation des zygotes créés à partir de leurs ovules ou spermatozoïdes, parce qu'ils ont un intérêt moral unique dans l'utilisation de leur matériel génétique. Les donneurs ont également droit à la divulgation complète de tous les risques et

avantages des utilisations potentielles de leurs gamètes. Ainsi, le consentement éclairé des donneurs de gamètes ou de zygotes doit être exigé pour toutes les décisions concernant la conservation et l'élimination des zygotes. Leur consentement sera nécessairement délimité par la loi et les règlements ayant trait à la recherche sur l'embryon. Par exemple, les donneurs ne pourront pas consentir à donner leurs gamètes ou leurs zygotes pour un type de recherche qui serait illégal. La Commission recommande

Il est clair que ce n'est pas au médecin de décider ce qu'il faut faire de l'embryon. À mon avis, cette décision appartient à la patiente. (Traduction)

D. Cumming, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, University of Alberta, compte rendu des audiences publiques, Edmonton (Alberta), 13 septembre 1990.

186. Que les cliniques et chercheurs soient autorisés à utiliser des zygotes humains pour la recherche seulement avec le consentement pleinement éclairé des personnes ayant fait don des gamètes utilisés pour créer le zygote.

Le consentement des donneurs doit être donné par écrit et il doit être aussi éclairé que possible. La Commission reconnaît qu'il n'est peut-être pas toujours possible de prévoir toutes les utilisations éventuelles en recherche. Néanmoins, toute l'information connue sur l'utilisation particulière des gamètes doit être divulguée aux donneurs de ces gamètes.

On semble reconnaître de plus en plus que l'on ne peut discuter de la recherche sur l'embryon tout en faisant abstraction de la santé et du bien-être de la femme qui produit les ovules. Aux fins de la recherche sur les zygotes, on pourrait exercer des pressions pour inciter les femmes inscrites à un programme de FIV à accepter de faire don de leurs ovules ou zygotes inutilisés. Ces pressions pourraient être particulièrement fortes si la création de zygotes à des fins de recherche était interdite. Les femmes

ou les couples pourraient se sentir obligés de donner leurs zygotes pour ne pas passer pour des gens peu coopératifs ni perdre leur place au sein du programme de FIV. Ce genre de situation irait nettement à l'encontre des principes de l'autonomie et de l'éthique médicale.

De plus, selon l'éthique du souci d'autrui, une femme ne doit pas courir les risques qu'entraîne une intervention invasive si cette intervention ne comporte pas d'avantages possibles pour elle. C'est pourquoi les interventions chirurgicales destinées uniquement à prélever des ovules pour la recherche devraient être interdites. Le prélèvement des ovules serait, selon nous, acceptable du point de vue éthique si une femme bien informée qui doit subir une intervention chirurgicale pour une autre raison consent à faire don de ses ovules parce qu'elle ne serait pas exposée à des risques supplémentaires pour ce prélèvement. Par contre, il serait inacceptable de ce même point de vue d'effectuer une intervention visant expressément à prélever des ovules pour la recherche chez une femme qui n'a pas besoin de subir d'intervention pour une autre raison. La Commission recommande

187. Que le consentement de la femme ou du couple au don à la recherche des zygotes créés mais inutilisés dans le cadre d'un traitement de l'infertilité ne constitue jamais une condition, explicite ou implicite, du traitement de l'infertilité. Les donateurs ou donneuses potentiels doivent être informés qu'un refus de leur part ne compromet ni ne modifie d'aucune façon la poursuite de leur traitement.

188. Que des zygotes soient créés à des fins de recherche seulement si des gamètes sont disponibles à cette fin sans qu'aucune autre intervention invasive ne soit nécessaire.

Certains estiment que la seule façon de garantir que les femmes inscrites à un programme de FIV ne sont pas indûment invitées à faire don de leurs ovules ou zygotes inutilisés est d'interdire totalement la recherche sur l'embryon. Nous ne sommes pas d'accord avec eux. Au contraire, nous croyons qu'en interdisant la recherche sur les zygotes, on exposerait les femmes à de nouvelles techniques de FIV dont la sûreté n'aurait pas été suffisamment vérifiée.

Par exemple, la loi adoptée par l'État de Victoria, en Australie, ne permet pas l'analyse des chromosomes des zygotes produits à l'aide des nouvelles techniques comme la micro-insémination et la congélation d'ovules. Si ces zygotes étaient ultérieurement implantés chez la femme,

on ignorerait quelles pourraient en être les conséquences pour le fœtus en développement et pour la femme qui le porte. Le fait d'interdire la recherche non thérapeutique sur les embryons signifierait, par conséquent, que les femmes seraient exposées à des risques additionnels liés aux nouvelles techniques²⁴. Comme le fait observer le Conseil de recherches médicales, « on pourrait considérer qu'il est contraire à l'éthique de ne pas mener de recherche d'appoint dans le but d'évaluer et d'améliorer la sécurité et l'efficacité de techniques comme la fécondation *in vitro* et la congélation d'embryons. Sans ces recherches, les progrès thérapeutiques sont voués à demeurer limités et aléatoires²⁵ ». (Traduction) La Commission est du même avis et croit que la meilleure façon de protéger la santé et l'autonomie des femmes consiste à circonscrire et à réglementer, plutôt qu'à interdire, la recherche sur l'embryon.

Utilisation des zygotes après la recherche

Si des ovules sont fécondés et que les zygotes résultants sont congelés ou biopsiés de manière expérimentale dans le cadre de la recherche visant à améliorer les techniques de FIV ou les techniques de diagnostic pré-implantatoire, il est impossible de savoir au départ si ces interventions affecteront ou non le processus normal de développement du zygote et, si oui, comment. Si un tel zygote était transféré dans l'utérus d'une femme et qu'il y avait grossesse, l'enfant pourrait naître avec des anomalies ou des troubles fonctionnels.

À terme, il sera nécessaire, toutefois, d'effectuer des essais cliniques sur les nouvelles techniques de fécondation, de congélation ou de diagnostic préimplantatoire. L'enfant né à la suite de ces essais serait exposé à des risques inconnus. Pour réduire le plus possible ces risques, nous croyons que toute recherche comportant le transfert de zygotes ayant été manipulés doit être précédée de travaux de recherche sur des zygotes et embryons animaux, ainsi que sur des zygotes humains qui ne sont pas ultérieurement transférés dans l'utérus d'une femme, afin de démontrer que l'intervention est faisable et que le risque est acceptable. Il devrait y avoir divulgation complète aux adultes participant à la recherche, et toute proposition de recherche de cette nature devrait au préalable être approuvée par la commission nationale sur les techniques de reproduction. La Commission recommande

189. Que les zygotes humains ayant fait l'objet de manipulations quelles qu'elles soient à des fins de recherche ne soient pas transférés dans le corps d'une femme. Si la connaissance progresse au point que des manipulations peuvent accroître les chances de concevoir d'une femme ou qu'elles puissent servir à des fins thérapeutiques, une demande pour effectuer des essais cliniques dans des établissements autorisés devrait être faite à la commission nationale sur les techniques de reproduction.

190. Qu'aucun transfert de zygotes ayant fait l'objet de manipulations en recherche ne soit effectué sans l'approbation de la commission nationale sur les techniques de reproduction.

Financement de la recherche sur l'embryon

Le débat international a mis l'accent sur les préoccupations liées à la recherche sur l'embryon. Mais il est tout aussi important de comprendre pourquoi cette recherche est si nécessaire. Toutes choses étant égales d'ailleurs, il existe des raisons valables de financer la recherche dans des domaines où l'on fournit des traitements. Si la FIV est offerte comme traitement, il est souhaitable d'entreprendre de la recherche pour en garantir la sûreté et l'efficacité. Toutefois, on ne peut faire de la recherche sur toutes les maladies et tous les traitements, de sorte qu'il faut choisir où seront affectées les ressources. Ces décisions doivent être prises à la lumière des priorités accordées aux autres besoins, car les fonds de recherche sont limités — par exemple, la recherche dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

La recherche sur l'embryon est-elle une priorité importante sur le plan de la santé? Quels sont les avantages que l'on prévoit tirer de cette recherche? Où ces avantages s'inscrivent-ils par rapport à nos grandes priorités en matière de soins de santé? C'est là un sujet de débat. Pour certains, bannir ce genre d'expérimentation irait à l'encontre des intérêts de l'humanité. Par ailleurs, d'autres soutiennent que presque toute l'information acquise à l'heure actuelle à partir de la recherche sur l'embryon peut être obtenue autrement.

Nous croyons que, selon ses objectifs, la recherche sur l'embryon peut fournir d'importants avantages que l'on ne pourra obtenir par d'autres formes de recherche²⁶. Nous sommes d'accord avec la position exprimée dans les lignes directrices du Conseil de recherches médicales selon

laquelle le but visé par le projet de recherche sur l'embryon est un « critère déterminant » pour décider si cette recherche est acceptable²⁷.

Les politiques adoptées dans certains pays exigent que la recherche sur l'embryon soit axée uniquement sur l'amélioration du traitement de l'infertilité; d'autres pays définissent plus largement la recherche admissible. Comme on l'a signalé plus tôt, l'amélioration du traitement de l'infertilité demeurera vraisemblablement l'objectif le plus courant de cette recherche. Toutefois, nous croyons que celle-ci peut également s'avérer utile dans l'étude de la contraception et de la fécondité; elle pourrait aussi être profitable pour la santé des femmes, en contribuant à mieux faire connaître les causes de la grossesse ectopique et d'autres troubles de la fonction de reproduction des femmes ainsi qu'à réduire l'incidence de l'avortement spontané. Comme nous recommandons plus loin que tous les établissements participant à la recherche sur l'embryon humain soient agréés par la CNTR, qui surveillerait tous les projets de recherche entrepris au pays, nous ne croyons pas nécessaire de préciser d'autres limites juridiques en ce qui a trait aux objectifs de la recherche.

Nous sommes d'avis que le financement de la recherche sur l'embryon par des fonds publics est approprié, pourvu que la recherche soit dûment approuvée par les comités d'éthique internes selon des critères clairement définis par la CNTR et qu'elle soit exécutée dans un établissement autorisé. Dans ce

Le financement de la recherche sur l'embryon par des fonds publics est approprié, pourvu que la recherche soit dûment approuvée par les comités d'éthique internes selon des critères clairement définis par la CNTR et qu'elle soit exécutée dans un établissement autorisé.

domaine, comme pour toute autre décision au sujet du financement public, les organismes subventionnaires devraient être guidés par le principe de l'utilisation judicieuse des ressources. Par conséquent, ils devront s'assurer que la recherche fera avancer la connaissance dans le domaine de la santé et du traitement de la maladie, et soupeser les avantages de cette utilisation par rapport à ceux d'autres utilisations possibles de ces mêmes fonds. Toutefois, puisque nous proposons, dans les conditions nécessaires pour obtenir l'autorisation d'effectuer de la recherche sur l'embryon, que celle-ci soit profitable à la santé humaine et que l'information recherchée ne puisse être obtenue autrement, nous ne voyons pas comment l'appui à la recherche sur l'embryon dans des établissements autorisés ne constituerait pas une utilisation judicieuse des fonds publics.

En effet, le financement public peut aider à assurer le respect des priorités publiques dans ce domaine de la recherche. Selon le U.S. Office of Technology Assessment, parce qu'il était interdit d'utiliser des fonds fédéraux pour appuyer la recherche sur l'embryon aux États-Unis, des questions fondamentales pour la compréhension de la procréation sont demeurées largement ignorées des chercheurs américains. La recherche

sur l'efficacité des traitements de l'infertilité comme la FIV et le transfert intratubaire de gamètes ainsi que les risques qu'ils comportent a également été très peu développée. Pour ces raisons, la Commission recommande

191. Que les travaux de recherche effectués à l'aide de zygotes humains et réalisés dans des établissements autorisés soient admissibles au financement public.

Commercialisation

Comme nous l'avons souligné tout au long du présent rapport, il est inacceptable que les décisions portant sur la procréation soient motivées par la perspective de réaliser des gains financiers. Ainsi, l'achat et la vente de gamètes et de zygotes seraient inacceptables et nous recommandons leur interdiction. Cette interdiction est essentielle, non seulement pour le respect de la dignité humaine, mais également pour protéger toute personne que l'on pourrait inciter ou forcer à vendre ses gamètes ou zygotes. Toutefois, il peut être acceptable d'imposer des frais dans le but de récupérer les coûts des services connexes, comme la congélation, la conservation, la réalisation des tests, la manipulation et le transport. La Commission recommande

192. Que la vente des ovules, spermatozoïdes ou zygotes humains soit interdite, sous peine de sanction pénale.

En plus de faire interdire l'achat et la vente des zygotes, nous voulons qu'il soit clair que les zygotes, embryons et fœtus humains ne peuvent être assujettis au droit de propriété intellectuelle. Toute forme de reconnaissance d'un intérêt de propriété d'un être humain sur un autre est odieuse du point de vue moral et pour le respect de la vie humaine; en qualité d'entités qui peuvent avoir un potentiel de vie humaine, les zygotes ne devraient pas être brevetables.

Par contre, il ne serait pas nécessairement interdit de breveter des produits innovateurs dérivés de la recherche sur l'embryon. Par exemple, la recherche sur l'embryon pourrait permettre de découvrir ou d'élaborer des lignées cellulaires ayant des applications diagnostiques ou thérapeutiques importantes, et si le brevet était permis, l'entreprise privée pourrait financer la recherche pour laquelle les sources de fonds publics sont inaccessibles. L'attribution de brevets dans ce contexte soulève d'importantes questions qui nécessitent un examen plus approfondi avant que les politiques en cette matière ne soient arrêtées. Nous examinons ces enjeux et les principes qui devraient sous-tendre la politique d'attribution des brevets, au chapitre 24.

Responsabilité

La société a le droit et la responsabilité de s'assurer que la recherche sur l'embryon et le zygote soit circonscrite par des limites éthiques appropriées. Toutefois, il n'existe à l'heure actuelle aucune loi fédérale, provinciale ou territoriale régissant précisément la recherche sur l'embryon au Canada. Les propositions de recherche sur l'embryon sont examinées par des comités d'examen déontologique locaux, mais leur composition, leur expertise et leur approche diffèrent, et leurs délibérations et décisions ne sont pas toujours rendues publiques. De plus, si la recherche sur l'embryon était effectuée par le secteur privé, elle pourrait échapper complètement à l'examen déontologique.

Les commissaires croient que les implications de la recherche sur l'embryon sont si profondes qu'elles nécessitent que l'on s'écarte du système actuel d'autoréglementation médicale et scientifique pour adopter un système de réglementation plus actif dans le cadre d'une politique assurant une plus grande participation du public. Le principe de la responsabilité suppose que le public a le droit de savoir ce qui se passe dans ce domaine et d'être sûr que la recherche est conforme aux normes sociales et éthiques ainsi que médicales et scientifiques.

Les implications de la recherche sur l'embryon sont si profondes qu'elles nécessitent que l'on s'écarte du système actuel d'autoréglementation médicale et scientifique pour adopter un système de réglementation plus actif dans le cadre d'une politique assurant une plus grande participation du public. Le principe de la responsabilité suppose que le public a le droit de savoir ce qui se passe dans ce domaine et d'être sûr que la recherche est conforme aux normes sociales et éthiques ainsi que médicales et scientifiques.

Nous croyons qu'un système plus ouvert et plus participatif favoriserait un débat public plus éclairé et assurerait une meilleure protection contre les utilisations abusives. L'accès à une information claire et précise — qui serait fournie régulièrement par un organisme n'ayant pas d'intérêts particuliers à défendre — est un des aspects essentiels de ce système. Le débat entourant la recherche sur l'embryon ne se limite pas uniquement à savoir si la recherche est acceptable en principe, mais également si elle peut être réglementée de façon appropriée dans la pratique. De nombreux Canadiens partagent l'opinion du Groupe de travail sur la fécondation et l'embryologie humaines de l'Église d'Angleterre, qui se demande si « la société possède la maturité ainsi que les moyens nécessaires pour restreindre le travail de recherche dans des limites acceptables²⁸ ». (Traduction) Nous croyons que la société possède la sagesse et la volonté d'établir et de faire respecter ces limites. Il nous faut, par conséquent, mettre en place les moyens de le faire — un système ouvert et participatif

de réglementation et de surveillance nationales pour prévenir les abus et assurer la population qu'il n'y a pas d'abus. Par conséquent, la Commission recommande

193. Que toute recherche effectuée à l'aide de zygotes humains soit assujettie à l'obtention d'un permis obligatoire délivré par la commission nationale sur les techniques de reproduction.

Un tel système de délivrance de permis ne remplacerait pas les comités de déontologie internes des universités et des hôpitaux. Ce serait un mécanisme uniforme dans l'ensemble du pays qui permettrait de contre-vérifier l'acceptabilité de la recherche sur des zygotes humains avant que cette recherche ne s'amorce. Il garantirait également que les chercheurs du secteur privé sont soumis à la même surveillance que ceux des secteurs public ou quasi-public. Le système assurerait un degré de responsabilité plus élevé que l'autoréglementation professionnelle, en rassurant la population canadienne que la recherche sur l'embryon effectuée au pays ne se fait pas à l'encontre des valeurs et des normes sociales reconnues.

Les établissements qui font une demande de permis auprès de la commission nationale sur les techniques de reproduction (CNTR) et qui satisfont aux conditions d'autorisation recevraient un permis leur permettant d'effectuer de la recherche à l'aide de zygotes humains pendant une période de cinq ans. Une fois autorisé, l'établissement devra faire approuver les projets de recherche individuels par comité d'examen déontologique interne qui évaluerait les propositions de recherche en fonction des lignes directrices préparées par la CNTR. Nous ne jugeons pas nécessaire d'obliger les chercheurs à obtenir une autorisation distincte pour chacun des projets de recherche.

À notre avis, l'agrément national des établissements, combiné à l'approbation locale des projets à partir des lignes directrices claires de la CNTR, constituerait le meilleur moyen d'assurer les mesures de protection voulues et la flexibilité nécessaire à la réalisation de la recherche sur l'embryon humain au Canada. Étant donné, comme nous en discutons plus loin, qu'une des conditions d'obtention du permis serait que l'établissement de recherche présente à la CNTR un rapport annuel sur ses projets de recherche, cette dernière pourrait s'assurer que les comités d'examen déontologique locaux de tout le pays appliquent les principes de base et les lignes directrices de façon cohérente dans leur évaluation de projets individuels. La publication de ces données dans le rapport annuel de la CNTR permettrait d'informer le public et de connaître sa réaction sur les questions relatives à la recherche sur l'embryon et à son évolution dans la pratique.

Les commissaires croient toutefois que les risques additionnels auxquels sont exposés les femmes et les enfants participant à toute recherche faisant intervenir le transfert d'un zygote ayant fait l'objet de manipulations nécessitent un degré d'approbation plus élevé. En conséquence, la Commission recommande

194. Que tout projet de recherche comportant le transfert d'un zygote qui a fait l'objet d'une manipulation expérimentale reçoive l'approbation à la fois du comité local d'éthique en matière de recherche et de la commission nationale sur les techniques de reproduction.

Bref, les commissaires concluent que la recherche sur l'embryon a des implications très vastes pour toute la société et que, par conséquent, une réponse complète et détaillée s'impose. Nous recommandons que le gouvernement fédéral utilise son pouvoir de légiférer pour circonscrire les limites acceptables dans ce domaine de recherche et pour mettre en place une réglementation assurant son utilisation juridique et responsable. Les commissaires et la population canadienne désirent que soient mises en place des mesures qui garantissent que toute recherche sur l'embryon est effectuée dans le meilleur intérêt des femmes, des enfants et de la société. Les détails du système de délivrance de permis que nous recommandons à cet égard sont présentés ci-dessous.

Conditions d'obtention d'un permis pour la recherche à l'aide de zygotes humains

La Commission recommande

195. Que les conditions d'obtention du permis pour la recherche sur les zygotes et les embryons s'appliquent à tout médecin, centre ou autre individu ou établissement qui utilise des zygotes humains en recherche. La recherche désigne aussi bien les thérapies expérimentales que les thérapies « innovatrices » pour les zygotes humains. Toute personne ou tout établissement procédant à de telles manipulations serait, par conséquent, tenu d'obtenir un permis.

196. Que le fait de procéder à de la recherche sur des zygotes humains non autorisée en vertu d'un permis délivré par la commission nationale sur les techniques de reproduction, ou ne satisfaisant pas aux conditions d'obtention d'un permis de la commission nationale, telles que décrites ci-après, constitue une infraction passible de poursuites devant les tribunaux.

197. Que la commission nationale sur les techniques de reproduction crée un sous-comité permanent de la recherche sur l'embryon* qui serait chargé d'élaborer les normes et les lignes directrices devant servir de conditions pour l'obtention d'un permis ainsi que de superviser la mise en application du programme de délivrance de permis de la commission nationale.

La Commission recommande

198. Que soient imposées les conditions suivantes pour l'obtention d'un permis :

- a) Toute recherche approuvée doit être limitée aux 14 premiers jours du développement du zygote humain.**
- b) L'utilisation des zygotes humains surnuméraires à des fins de recherche est admissible, pourvu qu'on ait préalablement obtenu le consentement éclairé des donneurs et donneuses. Toutefois, le consentement de ces personnes ne doit pas constituer pour eux une condition d'admission à un programme de procréation assistée.**

* On utilise l'appellation « sous-comité de la recherche sur l'embryon » car c'est en ces termes que ce genre de recherche a été désigné dans le débat public. Comme nous l'avons souligné, la recherche est en fait réalisée à l'étape du zygote. Toutefois, le sous-comité s'intéresse à la recherche tant sur le zygote que sur l'embryon.

- c) La création de zygotes humains expressément pour les besoins de recherche est admissible. Par contre, l'utilisation d'une intervention invasive dans le seul but de prélever des ovules pour créer des zygotes à des fins de recherche est interdite; seuls les ovules prélevés au cours d'une intervention déjà en cours à d'autres fins peuvent être utilisés.**
- d) Le sous-comité de la recherche sur l'embryon de la commission nationale sur les techniques de reproduction doit préparer de la documentation et des formulaires de consentement normalisés à l'intention des donneurs de gamètes.**
- e) La documentation appropriée indiquant l'origine des gamètes et les formulaires de consentement signés par le donneur ou la donneuse doivent accompagner tous les gamètes utilisés pour créer des zygotes à des fins de recherche. Cette documentation doit être jointe à la documentation relative au projet de recherche et conservée d'une manière sûre, de façon à protéger leur caractère confidentiel ainsi que la vie privée des donneurs.**
- f) Les zygotes humains ayant fait l'objet de quelque manipulation que ce soit à des fins de recherche ne peuvent être transférés dans le corps d'une femme sans l'approbation expresse de la commission nationale sur les techniques de reproduction, et ce, uniquement dans le cadre d'essais cliniques. Cette approbation dépendra de la capacité de démontrer que les manipulations en question sont susceptibles d'augmenter les chances de concevoir d'une femme ou d'être de nature thérapeutique. Le sous-comité de la recherche sur l'embryon agira en collaboration avec les sous-comités de la procréation assistée et du diagnostic prénatal pour examiner ce genre de demande.**

- g) La recherche sur les zygotes humains ne doit être entreprise que dans le but de faire avancer la connaissance de la santé humaine et le traitement de la maladie. Aucun projet de recherche sur les zygotes humains ne peut être entrepris dans le but de réaliser des bénéfices financiers.**
- h) Les objectifs de la recherche sur les zygotes humains ne devraient pouvoir être atteints que par l'utilisation de zygotes humains.**
- i) La recherche comportant la modification génique de zygotes humains est interdite.**
- j) Tout projet de recherche comportant l'utilisation de zygotes humains entrepris par un chercheur ou une chercheuse, ou un établissement autorisé doit être approuvé par un comité local d'éthique en matière de recherche. Des lignes directrices sur l'approbation de tels projets de recherche devraient être élaborées par le sous-comité de la recherche sur l'embryon. Il incomberait aux chercheurs et chercheuses de démontrer que la recherche proposée est conforme à ces lignes directrices.**
- k) Les individus ou établissements participant à la recherche sur l'embryon humain doivent présenter chaque année, sous une forme normalisée, un rapport de leurs activités à la commission nationale sur les techniques de reproduction et le rapport annuel de la commission devrait résumer ces projets. Les données à fournir annuellement devraient comprendre, par exemple, un résumé de chacun des protocoles de recherche, la documentation relative à l'approbation par le comité d'éthique pour la recherche, le nombre de zygotes en cause, l'établissement ou la source d'où ils proviennent et les sources de financement de cette recherche.**

- l) Les individus ou établissements pratiquant de la recherche sur l'embryon humain sont tenus de présenter à la commission nationale sur les techniques de reproduction une demande de renouvellement de permis tous les cinq ans.**
- m) La commission nationale sur les techniques de reproduction est habilitée à retirer en tout temps le permis autorisant la recherche sur l'embryon humain dont les conditions d'obtention n'ont pas été respectées.**

Le rôle du sous-comité de la recherche sur l'embryon

Il convient de rappeler les autres fonctions du sous-comité de la recherche sur l'embryon, étant donné le rôle crucial qu'il jouera pour assurer une surveillance appropriée et responsable de ce domaine de recherche d'importance grandissante. Étant donné que ce domaine est appelé à évoluer et compte tenu de ses implications pour la société, le sous-comité de la recherche sur l'embryon devra surveiller, tout en favorisant le dialogue public, les orientations que cette recherche devrait être autorisée à prendre et la façon dont devraient se traduire les valeurs et les objectifs collectifs dans les décisions relatives à cette recherche.

Le sous-comité de la recherche sur l'embryon serait créé et présidé par la CNTR. Il sera l'un des six sous-comités permanents, les autres ayant trait à la prévention de l'infertilité, aux services de procréation assistée, aux services d'insémination assistée, au diagnostic prénatal et à l'obtention du tissu fœtal pour la recherche et d'autres fins désignées. Nous recommandons qu'au moins la moitié des membres du sous-comité, comme c'est le cas pour les membres de la commission nationale elle-même, soient des femmes, et que tous les membres choisis aient des antécédents et une expérience démontrant qu'ils peuvent aborder les différentes questions dans une perspective multidisciplinaire et qu'ils sont capables de travailler en équipe pour trouver des solutions et recommander des politiques au sujet des enjeux difficiles soulevés par la recherche sur les zygotes humains, d'une façon qui réponde aux préoccupations de la société canadienne dans son ensemble.

Outre le fait de déterminer et de réviser les conditions d'obtention des permis pour la recherche sur l'embryon humain qui seront appliquées par l'intermédiaire du processus d'audiences de la CNTR, le sous-comité sera également chargé :

- d'établir de la documentation normalisée et des critères normalisés pour les formulaires de consentement des donneurs, qui seront employés pour tous les projets de recherche;
- d'établir des lignes directrices qui seront appliquées par les comités internes d'éthique pour la recherche, pour examiner et approuver les projets de recherche sur l'embryon;
- d'analyser les informations fournies sur les projets et les pratiques en vue d'élaborer des lignes directrices et d'établir des normes;
- de discuter et d'élaborer une politique sur les nouvelles questions et les nouveaux problèmes au fur et à mesure qu'ils surgissent, de surveiller les nouvelles techniques de recherche et d'assurer une réglementation suffisante;
- de travailler conjointement avec les membres des sous-comités de la procréation assistée et du diagnostic prénatal pour approuver les essais cliniques comportant le transfert de zygotes humains ayant fait l'objet de manipulations;
- de sensibiliser la population à cette question et de stimuler le débat sur la recherche sur l'embryon humain au Canada par la publication du rapport annuel de la CNTR, par la mise en circulation de projets de documents de discussion ou de politique pour commentaires ou par la consultation directe de la population, selon les besoins.

De plus, le sous-comité de la recherche sur l'embryon serait composé de façon à bien assurer la responsabilité devant le public. Il devrait être formé de membres de la CNTR et de l'extérieur, provenant des milieux médicaux et de recherche concernés, de groupes qui connaissent bien les préoccupations des femmes en matière de santé génésique et d'autres segments clés de la population, pour assurer la multidisciplinarité. Nous croyons qu'une représentation aussi étendue rassurera la population sur le fait que la recherche effectuée au Canada sur les zygotes humains reflète les préoccupations et les valeurs sociales de la plupart des Canadiens et Canadiennes.

Conclusion

En résumé, la Commission conclut que l'utilisation des zygotes humains en recherche peut être considérée comme acceptable lorsque cette recherche vise à promouvoir la connaissance de la santé humaine et de la maladie et à élaborer des traitements. Toutefois, toute utilisation des zygotes humains doit respecter les lignes directrices rigoureuses que nous avons formulées — notamment des limites claires sur la façon d'obtenir les zygotes ou les ovules (consentement éclairé, aucune intervention chirurgicale invasive dans l'unique but de prélever des ovules pour la recherche)

et de les manipuler, et des restrictions sur les objectifs pour lesquels cette recherche peut être effectuée. De plus, il faut mettre en place un système national de délivrance de permis pour cette recherche afin d'assurer sa conformité aux normes éthiques, juridiques et scientifiques. Certaines formes de recherche seraient explicitement interdites et la recherche ne serait permise que sur une période allant jusqu'à 14 jours après la fécondation.

Tout au long du rapport, nous insistons sur le fait qu'il est impérieux, sur le plan éthique, qu'un traitement soit offert seulement si ses risques et son efficacité sont connus, ou dans le but d'en déterminer les risques et l'efficacité. Nous avons établi que la fécondation *in vitro* devrait être offerte comme traitement pour les femmes dont les trompes de Fallope sont obstruées et que la FIV devrait être considérée comme une priorité de recherche pour d'autres diagnostics. Les commissaires considèrent que le fait d'offrir un traitement sans permettre en même temps la recherche destinée à améliorer la sécurité et l'efficacité de ce traitement serait inacceptable sur le plan éthique. En d'autres termes, interdire la recherche sur les zygotes humains compromettrait la santé des femmes et de leurs enfants, en bloquant l'accès à une source d'information qui pourrait contribuer à la mise au point et à l'évaluation de méthodes de FIV plus sûres et plus efficaces. Nous croyons, par conséquent, que la recherche faisant intervenir des zygotes humains est non seulement acceptable, mais qu'elle constitue un élément important de la prestation, de manière éthique, de services de FIV et d'autres techniques apparentées de procréation assistée. C'est pour ces raisons que nous avons déterminé que cette recherche devrait être autorisée si elle est encadrée par les mesures que nous recommandons notamment pour l'attribution de permis, l'examen éthique et la responsabilité face au public.

Appendice 1 : Politiques gouvernementales actuelles en matière de recherche sur l'embryon dans huit pays

Grande-Bretagne

La recherche sur l'embryon en Grande-Bretagne est maintenant régie par la *Human Fertilisation and Embryology Act*, qui a été déposée en 1989 et adoptée en 1990. En vertu de cette loi, toute recherche sur l'embryon doit être approuvée par un nouvel organisme, soit la Human Fertilisation and Embryology Authority. Cet organisme a le pouvoir de délivrer trois types de permis, dont l'un est un permis de recherche qui autorise la création de zygotes et leur utilisation pour des projets de recherche approuvés, ainsi que l'utilisation de zygotes excédentaires à cette même fin.

Ces permis doivent être renouvelés chaque année. La recherche n'est permise que pendant une période allant jusqu'au quatorzième jour après la fécondation et un zygote qui a fait l'objet de manipulations pour la recherche ne peut être transféré dans l'utérus d'une femme. Le consentement éclairé des donneurs de zygotes est exigé et certaines formes de recherche sont explicitement interdites, y compris la fécondation trans-spécifique.

Ce système de délivrance de permis obligatoire remplace la Voluntary Licensing Authority (VLA) (qui est devenue, en 1989, l'Interim Licensing Authority), organisme intérimaire créé par la profession médicale à la suite du rapport du comité Warnock (1984).

Australie

Comme, en Australie, la recherche médicale relève des États, la plus grande partie de la politique gouvernementale concernant la recherche sur l'embryon se retrouve dans la législation des États. Trois des six États australiens ont récemment adopté des lois concernant la recherche sur l'embryon.

L'État de Victoria a adopté l'*Infertility (Medical Procedures) Act*, en 1984. Cette loi autorise la recherche sur les zygotes excédentaires avec le consentement éclairé des donneurs de zygotes si la recherche est dûment approuvée par l'organisme d'État responsable de la délivrance des permis, mais elle interdit la création de zygotes pour les besoins de la recherche. La réglementation qui accompagne la loi délimite les objectifs de recherche qui sont admissibles. L'incertitude quant à la définition de l'embryon a été à l'origine d'une modification de la loi, en 1987, modification qui précise que l'ovule fécondé devient un embryon seulement au moment de la syngamie (c'est-à-dire au moment de l'union réelle des chromosomes du spermatozoïde et de l'ovule), qui survient de 22 à 24 heures après que le spermatozoïde a pénétré dans l'ovule. Cela signifie que les chercheurs peuvent féconder des ovules pour les besoins de la recherche seulement si la recherche est réalisée avant la syngamie.

Les deux autres États à avoir adopté une loi concernant la recherche sur l'embryon sont l'Australie-Occidentale (*Human Reproductive Technology Act*, de 1991) et l'Australie-Méridionale (*Reproductive Technology Act*, de 1988). Les deux interdisent la recherche sur l'embryon qui n'est pas destinée à profiter aux zygotes faisant l'objet de la recherche.

Les trois autres États n'ont pas encore adopté de loi sur le sujet. Cependant, ils ont institué des enquêtes sur la recherche sur l'embryon. Le rapport d'enquête de la Nouvelle-Galles du Sud a appuyé la recherche sur l'embryon pendant une période allant jusqu'à 14 jours ainsi que la création de zygotes pour les besoins de la recherche; le rapport de l'État de Tasmanie rejette toute forme de recherche sur l'embryon; le rapport de l'État de Queensland n'a pas tranché la question. Rien n'indique que

l'adoption de mesures législatives soit imminente dans l'un ou l'autre de ces trois États.

Étant donné la diversité des réponses des États sur cette question, des pressions considérables ont été exercées sur le gouvernement fédéral pour qu'il légifère dans ce domaine. Plusieurs rapports fédéraux ont recommandé que les restrictions sur la recherche sur l'embryon soient appliquées uniformément dans l'ensemble du pays grâce à un système national de délivrance de permis pour la recherche sur la FIV et les questions apparentées. Toutefois, aucune réglementation obligatoire nationale n'a encore été adoptée. En 1985, un projet de loi d'initiative parlementaire a été présenté au Sénat fédéral dans le but d'interdire la recherche sur l'embryon en vertu du *Code criminel*, mais le projet de loi n'a pas été adopté par l'assemblée.

La seule politique fédérale existante est constituée par les lignes directrices volontaires du National Health and Medical Research Council (NHMRC), élaborées en 1982. Selon ces lignes directrices, la recherche sur l'embryon est acceptable pendant une période allant jusqu'à 14 jours si elle est approuvée par un comité d'éthique interne et on ne peut créer de zygotes uniquement pour les besoins de la recherche. Ces lignes directrices ne lient que les chercheurs qui reçoivent des fonds du NHMRC. Toutefois, les lignes directrices du NHMRC ont été adoptées par la profession médicale elle-même; en l'absence d'un système national de délivrance de permis obligatoire, la Fertility Society of Australia a créé son propre système d'autorisation volontaire. Le respect des lignes directrices du NHMRC est nécessaire pour obtenir un permis du Reproductive Technology Accreditation Committee. Toutefois, il s'agit encore là d'un système volontaire; il n'existe aucune sanction professionnelle ou judiciaire pour les chercheurs qui n'obtiennent pas de permis.

États-Unis

Il n'existe pas aux États-Unis de règlement ou de loi fédérale régissant directement la recherche sur l'embryon, autre que le moratoire *de facto* sur le financement public de cette recherche. Bien que plusieurs rapports fédéraux aient reconnu que la recherche sur l'embryon est acceptable et qu'elle pouvait être financée à l'aide des fonds publics, les mécanismes institutionnels nécessaires pour traiter les demandes de fonds sont inexistantes. La situation pourrait changer sous le nouveau gouvernement Clinton, qui a levé une interdiction semblable pour le financement public de la recherche sur la transplantation du tissu foetal.

Il existe une certaine réglementation adoptée par les gouvernements des États et la profession médicale. Le comité d'éthique de l'American Fertility Society a recommandé, en 1990, que la recherche sur les zygotes humains pendant une période allant jusqu'à 14 jours soit considérée comme éthiquement acceptable, avec le consentement des donneurs et si la recherche est jugée appropriée par un comité d'examen interne dûment

constitué. La création des zygotes pour les besoins de la recherche est également autorisée dans certaines circonstances. Ces lignes directrices sont purement volontaires.

Plusieurs États ont adopté des lois qui traitent de la recherche sur l'embryon et de la recherche comportant l'utilisation du tissu fœtal. La plupart de ces lois traitent de la recherche sur les fœtus avortés, et leur pertinence pour la recherche sur les zygotes *in vitro* n'est pas claire. L'État de la Louisiane a adopté une loi expressément pour interdire la création de zygotes pour les besoins de la recherche, mais cette loi a été déclarée inconstitutionnelle par une cour fédérale, en partie parce que la loi était trop vague (p. ex. le mot « expérimental » n'était pas défini)²⁹. D'autres États interdisent le don de fœtus ou de zygotes pour la recherche.

Allemagne

En 1986, un projet de loi pour réglementer la recherche sur l'embryon a été déposé devant l'assemblée législative allemande. En octobre 1990, après plusieurs années de débats, une loi sur la protection de l'embryon a été adoptée; elle est entrée en vigueur en janvier 1991. Cette loi interdit la création de zygotes pour les besoins de la recherche et interdit l'expérimentation non thérapeutique sur les zygotes excédentaires. Elle interdit également le clonage, la création de chimères et le diagnostic préimplantatoire. Les zygotes ne peuvent être créés *in vitro* que dans le but de provoquer une grossesse chez les femmes dont les ovules ont servi à créer le zygote. Les zygotes produits peuvent être congelés et utilisés pour provoquer ultérieurement une grossesse chez la femme dont les ovules ont servi à créer les zygotes.

La loi permet une exception à l'interdiction de la recherche sur l'embryon dans le cas des zygotes qui sont morts ou incapables de développement. Toutefois, si le zygote présente une « capacité de se développer », la recherche se limite alors à une observation non invasive qui n'affecte en rien les chances d'implantation du zygote. Bien que la loi stipule que l'embryon ne commence à exister qu'au moment de la syngamie, elle étend la protection à l'ovule fécondé avant ce moment. Elle précise que dans les 24 heures qui suivent la pénétration du spermatozoïde, avant la syngamie, on doit supposer que l'ovule est capable de développement et, par conséquent, est protégé contre l'expérimentation.

France

Le système actuel de délivrance de permis volontaire pour les centres de technologie de reproduction, mis sur pied par le gouvernement français en avril 1988, ne couvre pas explicitement l'expérimentation sur l'embryon. Toutefois, un moratoire non obligatoire a été décrété dans le cas du diagnostic préimplantatoire par le Comité consultatif national d'éthique

pour les sciences de la vie et de la santé, en 1986, moratoire qui a été reconduit en 1990.

Deux rapports gouvernementaux importants ont recommandé l'adoption d'une législation complète, y compris une réglementation de la recherche sur l'embryon. Dans son rapport de 1986, le Conseil d'État a appuyé la recherche sur l'embryon pendant une période allant jusqu'à 14 jours, dans le cadre d'un système d'autorisation au cas par cas par un comité national d'éthique. La création de zygotes pour la recherche a été jugée inacceptable, tout comme certaines formes de recherche comme l'ectogenèse, le clonage et la parthénogenèse. Un projet de loi rédigé en 1989, connu sous le nom de *loi Braibant* et inspiré du rapport du Conseil d'État, n'a jamais été adopté.

Par la suite, le Groupe de travail de l'éthique biomédicale et des sciences de la vie a publié un rapport intitulé *Aux frontières de la vie*. Dans ce rapport, on recommande que l'on ouvre un débat législatif pour savoir si la recherche sur l'embryon devrait être permise. Si l'Assemblée nationale autorise la recherche sur l'embryon, le groupe de travail recommande que l'on exige que cette recherche respecte les conditions suivantes : 1) il ne devrait pas y avoir production de zygotes uniquement pour les besoins de la recherche; 2) il ne devrait pas y avoir transfert d'un zygote qui a fait l'objet d'expériences; et 3) le consentement des donneurs devrait être exigé. Des propositions semblables, sauf que le délai limite pour la recherche sur l'embryon est de sept jours, ont été formulées par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé en 1989. En mars 1992, le projet de loi n° 2600, traitant du don et de l'utilisation des organes humains, stipulait que les zygotes ne pouvaient faire l'objet de don que pour des raisons thérapeutiques. Toutefois, on ne fournit pas plus de détails sur ce que cela signifie et, en fait, ce projet de loi, ainsi que deux autres qui ont été déposés à l'Assemblée nationale en mars 1992, ont été mis de côté par suite des récents changements gouvernementaux survenus en France. Un autre comité a été créé pour examiner la question et son rapport est prévu pour la fin de 1993.

Espagne

La loi 35, portant sur la santé et les techniques de procréation assistée, a été adoptée en novembre 1988. Elle est fondée en grande partie sur le rapport de la commission spéciale mise sur pied par l'assemblée législative de l'Espagne pour étudier la FIV et l'insémination assistée. La loi espagnole permet la recherche sur des zygotes excédentaires non viables pendant une période allant jusqu'à 14 jours et sur des zygotes viables, « s'il s'agit de recherche appliquée de nature diagnostique ou si elle a un objectif thérapeutique ou prophylactique ». On laisse aux scientifiques le soin de déterminer la non-viabilité, mais les critères généralement utilisés seraient l'absence de segmentation du zygote ou la présence de plus de deux pronucléi. La création de zygotes pour les besoins de la recherche est prohibée.

La recherche portant sur le clonage, la parthénogenèse ou les manipulations génétiques n'est pas permise.

Suède

La loi sur la fécondation *in vitro* de la Suède, présentée en janvier 1989, établit les conditions dans lesquelles il peut y avoir recherche sur l'embryon. Cette recherche est permise pendant une période allant jusqu'à 14 jours après la fécondation de l'ovule, mais seulement si la recherche est reliée à l'amélioration des techniques de FIV. Les couples peuvent consentir à ce que leurs zygotes inutilisés servent à la recherche. Les projets de recherche doivent être approuvés par un comité d'éthique.

Norvège

La loi n° 628 de la Norvège, adoptée en 1987, interdit la recherche sur l'embryon. Cette loi peut être modifiée pour permettre la recherche pendant une période allant jusqu'à sept jours après la fécondation. Dans la version originale du projet de loi, le ministre de la Santé avait proposé une limite de sept jours, mais l'assemblée législative ne l'a pas approuvée. Une commission d'enquête législative examine maintenant les questions liées à la recherche sur l'embryon.

Sources générales

- BENJAMIN, M. *Splitting the Difference: Compromise and Integrity in Ethics and Politics*, Lawrence, University Press of Kansas, 1990.
- BETTERIDGE, K.J. et D. RIEGER. « Transfert d'embryon et techniques connexes chez les animaux domestiques : Historique, situation actuelle et orientations futures, et liens avec la médecine humaine », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- BOUÉ, A. « Spontaneous Abortions and Cytogenetic Abnormalities », dans S.J. BEHRMAN, R.W. KISTNER, et G.W. PATTON (dir.), *Progress in Infertility*, 3^e éd., Boston, Little, Brown and Company, 1988.
- EDWARDS, R.G. « The Galton Lecture, 1982: The Current Clinical and Ethical Situation of Human Conception In Vitro », dans C.O. CARTER (dir.), *Developments in Human Reproduction and their Eugenic, Ethical Implications*, actes du dix-neuvième colloque annuel de la Eugenics Society, Londres, Academic Press, 1983.

- HANDYSIDE, A. H. *et al.* « Birth of a Normal Girl After In Vitro Fertilization and Preimplantation Diagnostic Testing for Cystic Fibrosis », *New England Journal of Medicine*, 327, 24 septembre 1992, p. 905-909.
- LITMAN, M.M. et G.B. ROBERTSON. « Techniques de reproduction : Le droit des biens est-il un régime juridique applicable aux produits de reproduction? », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- MCLAREN, A. « Recherche sur l'embryon humain : Historique, travaux actuels et orientations futures », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- OWEN, K.D. et Z. ROSENWAKS. « Current Status of In Vitro Fertilization and the New Reproductive Technologies », *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 4, juin 1992, p. 354-358.
- SINGER, P. *et al.* (dir.). *Embryo Experimentation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- SPR ASSOCIATES INC. « Compte rendu de l'enquête sur l'utilisation et la manipulation des tissus humains d'origine génésique dans les établissements de santé au Canada », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- SPR ASSOCIATES INC. « Compte rendu de l'enquête de suivi sur l'utilisation et la manipulation des tissus humains d'origine génétique (sondage effectué auprès de laboratoires médicaux et de sociétés d'élimination des déchets médicaux) », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- STEPTOE, P.C. et R.G. EDWARDS. « Birth After the Reimplantation of a Human Embryo », *Lancet*, 12 août 1978, p. 366.
- WALTERS, W. « Personhood and the Human Embryo », dans J.M. NICHOLAS (dir.), *Moral Priorities in Medical Research: The Second Hannah Conference*, Toronto, The Hannah Institute of the History of Medicine, 1984.

Références particulières

1. Alors que, dans les années 1970, les chercheurs réussissaient à prélever et à féconder un ovule par cycle, les médecins peuvent aujourd'hui en prélever cinq, dix et même plus par cycle, et compter sur un taux de fécondation de 70 à 80 pour 100. Au Canada, grâce à cette technique, un grand nombre de zygotes peuvent survivre pendant une brève période à l'extérieur du corps humain (*ex utero*). Un zygote *ex utero* meurt en moins d'une journée ou deux s'il n'est pas réimplanté dans l'utérus d'une femme. Seuls quelques embryons, s'ils survivent, peuvent être implantés sans risque pour la femme ou l'enfant; quant au reste des zygotes, ils ne pourront survivre que s'ils sont congelés et entreposés.

Il est impossible de calculer le nombre exact de zygotes *ex utero*, en partie parce qu'il n'existe aucune donnée précise sur le nombre moyen d'ovules prélevés ni sur le taux moyen de fécondation. Diverses sources indiquent toutefois

que six ovules sont prélevés en moyenne par cycle, et que 70 à 80 pour 100 de ces ovules sont fécondés. D'après ces données, environ 13 500 zygotes ont été créés au Canada, en 1991, suite au prélèvement et à la fécondation d'ovules destinés à 3 000 femmes désirant recourir à la fécondation *in vitro*. Un peu plus de la moitié des 13 500 zygotes ont été réimplantés en vue d'une grossesse. Bon nombre des 6 000 zygotes *ex utero* qui n'ont pas été réimplantés n'auraient pu survivre, ne se seraient pas divisés normalement ou auraient donné lieu à des anomalies mettant fin au développement du zygote. Enfin, d'autres zygotes ont été congelés.

2. TEMPLETON, A.A. *et al.* « Oocyte Recovery and Fertilization Rates in Women at Various Times After the Administration of hCG », *Journal of Reproduction and Fertility*, 76 (2), 1986, p. 771-778. Il est important de noter que les femmes engagées dans cette étude ont aussi pris part à une recherche, puisque l'induction de l'ovulation n'a pu être pratiquée dans leur intérêt personnel.
3. MESSINIS, I.E. et A. TEMPLETON. « The Effect of the Antiprogestin Mifepristone (RU 486) on Maturation and In-Vitro Fertilization of Human Oocytes », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 95 (6), juin 1988, p. 592-595.
4. CONSEIL DE L'EUROPE. COMITÉ RESTREINT SUR L'UTILISATION DES EMBRYONS ET FŒTUS HUMAINS. *Rapport sur l'utilisation de matériel fœtal, embryonnaire et pré-embryonnaire humain à des fins diagnostiques, thérapeutiques, scientifiques, industrielles et commerciales*, Strasbourg, le Conseil, 1990, par. 74-75.
5. *Ibid.*, par. 107.
6. Au Québec, on a voulu légiférer en matière de recherche sur l'embryon. À la suite du rapport déposé en 1989 par le Comité de travail sur les nouvelles techniques de reproduction, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a proposé de mettre en place des mécanismes de surveillance de la recherche sur les embryons, lesquelles exigeraient une approbation officielle pour les projets en cours et interdiraient le commerce des embryons ou la création d'embryons humains uniquement aux fins de recherche. Le ministère de la Justice du Québec avait l'intention de légiférer en cette matière, mais en septembre 1992, aucun projet de loi n'avait encore été déposé.
7. Tout récemment, *Davis v Davis* (1989) WL 14 0495 (Tenn. Circ), et *Davis v Davis* 15 Fam L. Rep. (BNA) No. 46, p. 2097 (Blount Country Cir. Ct. Tenn., 26 septembre 1989).
8. COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA. *La procréation médicalement assistée*, document de travail 65, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1992, p. 141.
9. CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DU CANADA. *Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains*, Ottawa, le Conseil, 1987.
10. Pour une discussion du rôle de CNBRH, voir DOSSETOR, J.B. et J.L. STORCH. « Rôles des comités d'éthique par rapport aux lignes directrices sur les nouvelles techniques de reproduction : Exposé de principe », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.

11. Les rapports de la Commission de réforme du droit du Canada (*L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, 1989), le comité de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux (*Rapport du comité du travail sur les nouvelles technologies de reproduction*, 1988), le Barreau du Québec (*Rapport du comité sur les nouvelles technologies de reproduction*, 1988), la Commission de réforme du droit de l'Ontario (*Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters*, 1985), et l'Association du Barreau canadien, section de la Colombie-Britannique (*Techniques de reproduction*, 1989) appuient en majorité l'essentiel des lignes directrices proposées par le CRM (c.-à-d. la limite de 14 jours, le consentement obligatoire du donneur, l'approbation du comité local d'éthique en matière de recherche, l'interdiction de réimplanter des zygotes qui ont servi à des expériences et les restrictions sur certaines formes de recherche — le clonage, par exemple). Ils recommandent tous, cependant, la mise en place d'une réglementation plus systématique de la recherche sur les embryons et la supervision constante en la matière afin que les lignes directrices recommandées soient respectées et appliquées de façon uniforme.

12. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE et la SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. COMITÉ CONJOINT. *Considérations déontologiques sur les nouvelles techniques de reproduction*. Toronto, Ribosome Communications, 1990, p. 47-49.

13. WARNOCK, M. *A Question of Life: The Warnock Report on Human Fertilisation and Embryology*, Oxford, Basil Blackwell, 1985, p. xvi.

14. BAYLIS, F.E. « The Ethics of Ex-Utero Research on Spare 'IVF' Embryos », thèse de doctorat, London, University of Western Ontario, 1989, p. 69.

15. Voir AUSTRALIA TASMANIAN GOVERNMENT. *Report of the Committee to Investigate Artificial Conception and Related Matters*, Tasmania, Government Printing Office, 1985.

16. UNITED KINGDOM. COMMITTEE TO REVIEW THE GUIDANCE ON THE RESEARCH USES OF FETUSES AND FETAL MATERIAL. *Report* (Rapport Polkinghorne), Londres, HMSO, 1989.

17. AUSTRALIA. SENATE. SELECT COMMITTEE ON THE HUMAN EMBRYO EXPERIMENTATION BILL 1985. *Human Embryo Experimentation in Australia*, Canberra, Australian Government Publishing Service, 1986, par. 3.7.

18. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. *Report of the RCOG Ethics Committee on In Vitro Fertilisation and Embryo Replacement or Transfer*, Londres, RCOG, 1983.

19. BUCKLE, S. « Arguing from Potential », dans P. SINGER *et al.* (dir.), *Embryo Experimentation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, p. 95.

20. ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN, SECTION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE. *Report of the Special Task Force Committee on Reproductive Technology of the British Columbia Branch, The Canadian Bar Association*, Victoria, l'Association, 1989.

21. CRM. *Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains*.

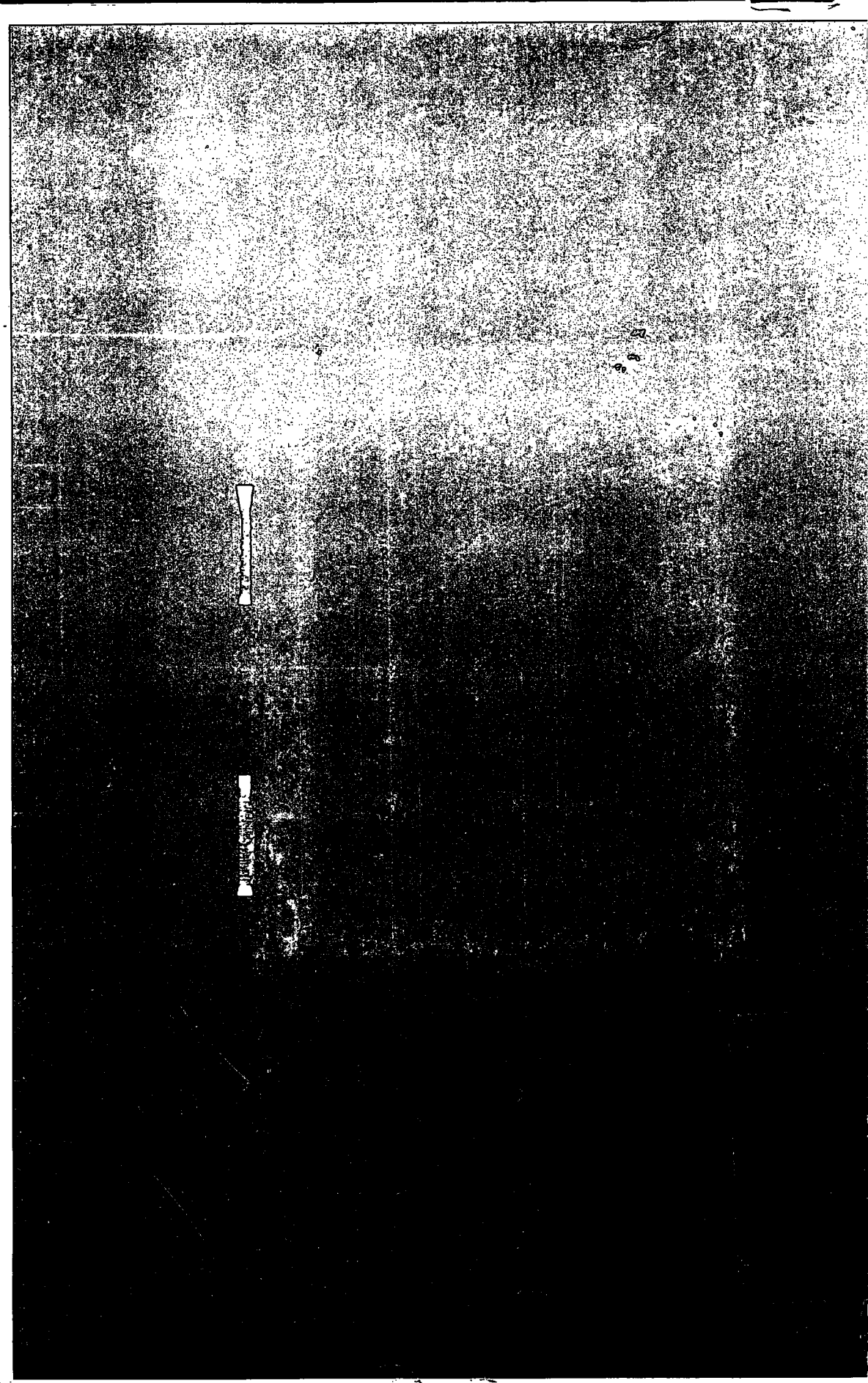
22. COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA. *L'expérimentation biomédicale sur l'être humain*, document de travail 61, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1989.

23. AUSTRALIA. *Human Embryo Experimentation in Australia*, par. 3.31.
24. GAZE, B. et K. DAWSON, « Who is the Subject of the Research? », dans P. SINGER *et al.* (dir.), *Embryo Experimentation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
25. CRM. *Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains*, p. 35-36.
26. Pour un compte rendu des objectifs de la récente recherche sur l'embryon, et l'utilité de la recherche sur l'embryon pour atteindre ces objectifs, voir INTERIM LICENSING AUTHORITY, *IVF Research in the UK: A Report on Research Licensed by the ILA*, 1989; et TROUNSON, A. « Why Do research on Human Pre-embryos? », dans P. SINGER *et al.* (dir.), *Embryo Experimentation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
27. CRM. *Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains*.
28. *Personal Origins: The Report of a Working Party on Human Fertilisation and Embryology of the Board for Social Responsibility*, Londres, C10 Publishing, 1985, p. 137. Le Family Law Council of Australia est également d'avis que dès qu'il sera permis de créer des embryons pour la recherche, nous serons sur un sentier dangereux dont nous ne pouvons prévoir l'issue. (AUSTRALIA. *Creating Children: A Uniform Approach to the Law and Practice of Reproductive Technology in Australia*, Canberra, Australian Government Publishing Service, 1985, p. 84.
29. *Margaret S. v Edwards* 794 F.2d 994 (5th Cir., 1986).



RG133.5/.C214/1993/v.1
Baird, Patricia A.
Un Virage à prendre en
douceur : rapport final d
ASNU c. 2 aa PCO

PRIVY COUNCIL OFFICE
BUREAU DU CONSEIL PRIVÉ
LIBRARY
BIBLIOTHÈQUE



Commission royale sur les
nouvelles techniques de reproduction



Royal Commission on
New Reproductive Technologies

UN VIRAGE À PRENDRE EN DOUCEUR

RAPPORT FINAL
DE LA
COMMISSION ROYALE SUR LES
NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

V O L **2** U M E



ACCESS CODE
CODE D'ACCÈS ASNV

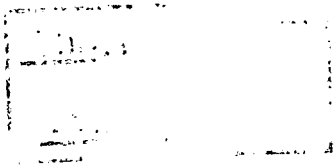
COPY / ISSUE
EXEMPLAIRE /
NUMÉRO C.2

RG133.5
.C214
1993
v.2
c. 2 aa

UN VIRAGE À PRENDRE EN DOUCEUR

PROPERTY OF ~~LE BUREAU DU~~
PRIVY COUNCIL ~~LE~~
BUREAU DU CONSEIL PRIVÉ
LIBRARY
BIBLIOTHÈQUE

V O L **2** U M E



1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025

UN VIRAGE À PRENDRE EN DOUCEUR

RAPPORT FINAL
DE LA
COMMISSION ROYALE SUR LES
NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

V O L  U M E

© Ministre de Services gouvernementaux Canada, 1993
Imprimé au Canada
Tous droits réservés

Les deux volumes du rapport sont offerts ensemble ou séparément, dans l'une ou l'autre des deux langues officielles.

En vente au Canada par l'entremise des librairies
ou par la poste auprès du
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

DONNÉES DE CATALOGAGE AVANT PUBLICATION (CANADA)

Canada. Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction

Un virage à prendre en douceur : rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction

Publié aussi en anglais sous le titre : Proceed with Care
L'ouvrage complet comprend 2 v.
ISBN 0-660-94438-3 (série)
ISBN 0-660-94444-8 (v.1); 0-660-94445-6 (v.2)
N° de cat. Z1-1989/3F (série)
Z1-1989/3-1F (v.1); Z1-1989/3-2F (v.2)

1. Reproduction humaine — Innovations — Canada. 2. Infertilité — Traitement — Canada. 3. Reproduction humaine — Innovations — Canada — Aspect moral. 4. Infertilité — Traitement — Canada — Aspect moral. 5. Embryologie humaine — Canada. I. Titre. II. Titre : Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction.

RG133.5C214 1993

618.1'78

C94-980003-1

La Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction et les éditeurs tiennent à remercier sincèrement :

- Les services de traduction de Services gouvernementaux Canada, et notamment le Service de traduction du Conseil privé, le Service de traduction scientifique et le Service santé et criminologie du bureau de Montréal pour leur contribution à la traduction du rapport et des études. Nous voudrions en particulier exprimer notre gratitude au Service de traduction des documents parlementaires pour sa précieuse contribution à la révision et à la préparation de la version française du rapport;
- Les Services d'imprimerie du Groupe Communication Canada;
- Biomedical Communications à l'Université de la Colombie-Britannique.

La Commission, qui souscrit sans réserve au principe de l'égalité entre les hommes et les femmes, a pris soin d'utiliser, aussi souvent que possible, des termes dont la forme ne varie pas selon le genre ou encore à la fois le masculin et le féminin, tout en évitant d'alourdir indûment le texte.



Royal Commission on
New Reproductive Technologies



Commission royale sur les
nouvelles techniques de reproduction

À SON EXCELLENCE
LE GOUVERNEUR GÉNÉRAL EN CONSEIL

PLAISE À VOTRE EXCELLENCE

Nous avons été chargées, en vertu du décret pris le 25 octobre 1989, de faire enquête et de présenter un rapport sur les progrès actuels et prévisibles de la science et de la médecine en matière de nouvelles techniques de reproduction, sur le plan de leurs répercussions sur la santé et la recherche, de leurs conséquences morales, sociales, économiques et juridiques et de leur incidence sur le grand public, et de recommander des politiques et des mesures protectrices à adopter.

C'est avec grande fierté que nous nous sommes acquittées de ce mandat et nous avons maintenant l'honneur de présenter notre rapport final dans les deux langues officielles.

Respectueusement soumis,

Patricia Baird

Patricia Baird, présidente

Grace M. Jantzen

Grace Jantzen

Bartha Maria Knoppers

Bartha Maria Knoppers

Susan E.M. McCutcheon

Susan E.M. McCutcheon

Suzanne Rozell Scorsone

Suzanne Rozell Scorsone

15 novembre 1993

Ottawa, Canada



Notes bibliographiques

Le D^r Patricia A. Baird, pédiatre, enseigne la génétique médicale à l'Université de la Colombie-Britannique. Elle est membre du Programme sur la santé des populations de l'Institut canadien de recherches avancées.

Grace M. Jantzen est actuellement chargée de cours en philosophie de la religion à la faculté de théologie et d'études religieuses du King's College à l'Université de Londres, en Angleterre.

Bartha Maria Knoppers est professeure agrégée à la faculté de droit de l'Université de Montréal et agrégée de recherche au Centre de recherche en droit public de l'Université de Montréal.

Susan E.M. McCutcheon a commencé sa carrière comme enseignante avant de participer activement au milieu des affaires. Elle fait actuellement partie de plusieurs organismes communautaires et siège au conseil de plusieurs entreprises.

Suzanne Rozell Scorsone est directrice de l'Office of Catholic Family Life de l'archidiocèse de Toronto, dont elle est la porte-parole pour les questions concernant la famille et les femmes. M^{me} Scorsone est détentrice d'un doctorat en anthropologie.

Table des matières

Volume 1

Avant-propos
Résumé

xxvii
xxxiii

Partie I : Les nouvelles techniques de reproduction et la société canadienne

1	Démarche globale pour des questions d'intérêt national	1
	Création d'une commission royale	1
	Mandat de la Commission	2
	Techniques	5
	Questions générales	8
	Organisation des travaux de la Commission	8
	Résultats généraux de notre enquête	11
	Demande d'une intervention de portée nationale	12
	Le moratoire : la bonne solution?	15
	Une question d'intérêt national	17
	Nécessité d'adopter des politiques et des règlements globaux	18
	Paix, ordre et bon gouvernement	21
2	Valeurs et attitudes sociales à l'égard de la technologie et des nouvelles techniques de reproduction	27
	Technologie et société	28
	Mondialisation	31
	Égalité	33
	Pluralisme et diversité	34
	Habilitation	35
	Médicalisation	37
	Incidence des nouvelles techniques de reproduction sur la société canadienne	40
	Incidence sur les femmes	41
	Incidence sur les enfants	47
	Incidence sur la structure familiale	48

Incidence sur les personnes handicapées	50
Incidence sur la société	51
Nouvelle approche des décisions au sujet de la technologie	53



**Ce qui a guidé nos délibérations :
le cadre éthique et les principes directeurs** 57

Démarche fondée sur l'éthique du souci d'autrui et les principes directeurs	59
Éthique du souci d'autrui	60
Principes directeurs	60
Témoignages entendus : appui donné à cette démarche	67
Application des principes directeurs	68
Intérêts individuels et collectifs	69
Définition du problème	70
Rôle de la Charte	71
Situations où les intérêts individuels et collectifs peuvent ne pas concorder	73
Conclusion	75



Les nouvelles techniques de reproduction et le système de soins de santé 79

Médecine empirique	80
La santé et les soins de santé	84
Pressions exercées sur le système de soins de santé	86
Utilisation accrue et augmentation des coûts	87
Dépenses publiques pour le financement des soins de santé	89
Limites du système	94
Limites du système et nouvelles techniques de reproduction : questions relatives à l'accès	96
Nouvelles considérations en matière de soins de santé	99
Contrôle de la qualité	99
Soins actifs et prévention	106
Le rôle du patient et de la patiente : un choix éclairé	107
Confidentialité et respect de la vie privée	110
Les nouvelles techniques de reproduction et le système de soins de santé	114

5	Réglementation responsable des nouvelles techniques de reproduction	123
	Législation fédérale : établir des paramètres et fixer des limites	124
	Appels à la création d'une commission nationale sur les techniques de reproduction	126
	Le besoin d'une commission de réglementation nationale	127
	Fonctions de réglementation de la commission	132
	Délivrance des permis et surveillance	133
	Établissement des lignes directrices et normes	134
	Collecte, évaluation et diffusion de l'information	135
	Entreposage des documents	136
	Consultation, coordination et coopération intergouvernementale	137
	Surveillance des techniques et pratiques futures	138
	Composition de la commission de réglementation nationale	139
	Autres initiatives fédérales en matière de politiques et de programmes	141
	Progrès conformes à l'intérêt public	141

Partie II : Examen des nouvelles techniques de reproduction : Conditions, techniques et pratiques

6	Recensement des techniques et pratiques	147
	Cadre de l'approche retenue	147
	Origines et évolution historique	149
	Pratiques actuelles	149
	Résultats et conséquences	149
	Coûts et avantages	150
	Orientations futures	150
	Implications	150
	Solutions de rechange	151
	Possibilités envisagées	152
	Recommandations	152
	Organisation des travaux de la Commission	153
	Consultations et communications	153
	Recherche et évaluation	155
	Enquêtes réalisées ailleurs	157

	Ébauche de consensus, désaccords persistants et questions à trancher	158
7	Biologie de la procréation et premiers stades de développement	165
	Production des ovules	167
	Production des spermatozoïdes	168
	Fécondation	170
	Les 14 premiers jours	170
	Le zygote et son génome	174
	La segmentation et les blastomères	176
	Implantation et différenciation	177
	Non-développement du zygote	180
	Conclusion	182
8	Infertilité : prévalence, facteurs de risque et prévention — Introduction	187
	Infertilité et contexte social	194
	Importance sociale d'un processus biologique	195
	Causes sous-jacentes de l'infertilité	200
9	Prévalence de l'infertilité	205
	Recherches menées par la Commission	207
	Définition et évaluation de l'infertilité pour les enquêtes démographiques	207
	Méthode	213
	Résultats	214
	Comparaison des données canadiennes et américaines sur l'infertilité	216
	Prévalence de l'infertilité selon la région, le groupe d'âge et les antécédents de grossesse	217
	Recherches secondaires	218
	Tendances de l'infertilité	219
	Répercussions des données sur la prévalence	222
	Appendice 1 : La prévalence de l'infertilité au Canada — Sondages effectués par la Commission	222

Appendice 2 : Calculs du taux d'infertilité sur un an et sur deux ans	223
---	-----

10

Maladies transmises sexuellement et infertilité 227

Champ de nos recherches	229
Incidence des maladies transmises sexuellement	230
Infections gonococciques	231
Infections chlamydiennes	233
Facteurs qui augmentent le risque de contracter une MTS	235
Maladies transmises sexuellement et infertilité féminine	238
MTS et maladie inflammatoire pelvienne	239
Maladie inflammatoire pelvienne et infertilité tubaire	241
Maladie inflammatoire pelvienne et grossesse ectopique	242
MTS et complications prénatales et obstétricales	243
Maladies transmises sexuellement et fertilité masculine	244
Prévention des maladies transmises sexuellement	244
Éducation à l'hygiène sexuelle	246
Professionnels de la santé et prévention, diagnostic et traitement des MTS	254
Recherches nécessaires	260
Prévention de l'infertilité associée aux MTS : stratégie globale de promotion de la santé génésique	261

11

Tabagisme et infertilité 267

Tabagisme et infertilité chez la femme	268
Tabagisme et traitement de l'infertilité	270
Tabagisme, grossesses et naissances	270
Tabagisme et âge à la ménopause	271
Tabagisme et infertilité chez l'homme	271
Prévention des effets du tabac sur la fonction de reproduction	272
Réduction et prévention de la consommation de tabac	273
Réduction et prévention de l'usage du tabac chez les couples qui désirent avoir un enfant	277
Prévention de l'infertilité liée au tabagisme	279

12

Âge et infertilité 283

Âge et infertilité : le contexte social	284
Tendances démographiques en matière de procréation	286
Incidence de l'âge sur la fertilité des femmes	289

Conception	291
Issues de la grossesse et de l'accouchement	295
Incidence de l'âge sur la fertilité des hommes	297
Conséquences	298
Prévention de l'infertilité liée à l'âge	299

13 **Infertilité et exposition à des agents nocifs en milieu de travail et dans l'environnement** **305**

Raisons de notre ignorance	306
Exposition à des agents nocifs en milieu de travail	309
Le point sur nos connaissances	311
Prévention des effets nocifs sur la reproduction	315
Environnement et santé génésique	326
Le point sur nos connaissances	327
Cadre législatif actuel	332
Expositions environnementales : mesures proposées	334
Stratégie globale de recherche	335

14 **Autres facteurs de risque et infertilité** **341**

Troubles du comportement alimentaire, poids et exercice	342
Sous-alimentation et troubles du comportement alimentaire	342
Excès d'exercice	346
Endométriose	348
Consommation et abus d'alcool et d'autres drogues	351
Alcool	351
Drogues illicites	355
Caféine	360
Stress et facteurs psychologiques	361
Interventions médicales et infertilité	362
Méthodes contraceptives	363
Interventions chirurgicales chez la femme	372
Interventions chirurgicales chez l'homme	374
Radiothérapie	374
Tests diagnostiques de l'infertilité	374
Médicaments de prescription	376

15	Prévenir l'infertilité	381
	Rôle de la prévention	386
	Obstacles au transfert des ressources vers les programmes de prévention	389
	Exploiter les solutions heureuses	394
	Une réponse globale	397
	Conclusion	401
16	Adoption	405
	Tendances de l'adoption au Canada	407
	Régime canadien d'adoption	411
	Adoption publique	412
	Adoption privée	413
	Adoption internationale	414
	Adoption selon les coutumes autochtones	415
	Accès à l'adoption	416
	Un régime d'adoption favorisant les intérêts des enfants	418
17	Traitement de l'infertilité : introduction et contexte social	421
	Traitement de l'infertilité et contexte social : témoignages	425
	Attitude de la société à l'égard de la technologie	426
	Santé génésique et bien-être des femmes	427
	Décisions au sujet des traitements de l'infertilité	429
	Nécessité d'un choix éclairé	430
	Financement des traitements de l'infertilité	430
	Accès	431
	Répercussions sur la famille et sur la filiation biologique	432
18	Traitement de l'infertilité : médicaments stimulateurs de la fertilité	435
	Opinion de la population canadienne	436
	Mise au point des médicaments stimulateurs de la fertilité	440
	Efficacité et risques des médicaments stimulateurs de la fertilité	442
	Inducteurs de l'ovulation	443
	Risques liés à l'induction de l'ovulation	447

Anovulatoires	450
Médicaments utilisés pour traiter l'infertilité masculine	451
Comment utiliser les médicaments stimulateurs de la fertilité de façon sûre et efficace à l'avenir	453
Le système de réglementation des médicaments	454
Le système actuel	455
Changements apportés au système d'approbation des médicaments	456
Médicaments recombinants stimulateurs de la fertilité	459
Recherches et éthique	460
Pratiques actuelles en matière de traitement et de prescription	460
Pratiques en matière de prescription	460
Consentement éclairé	463
Détermination des effets à court terme	465
Suivi des résultats à long terme	469
Conclusion	474



Traitement de l'infertilité : insémination assistée **479**

Opinion de la population canadienne	480
Historique de l'insémination assistée	486
L'insémination assistée au Canada : pratique actuelle	490
Efficacité de l'insémination assistée	494
Efficacité de l'insémination par conjoint	494
Risques et efficacité de l'insémination intra-utérine et des méthodes analogues	495
Risques et efficacité de l'insémination par donneur	497
Questions relatives au don de sperme, à la collecte et à la conservation du sperme	497
Anonymat du donneur	498
Consentement éclairé du donneur	503
Commercialisation	504
Questions relatives à la sécurité	506
Autres utilisations des banques de sperme	508
Questions relatives à la pratique de l'insémination	509
Médicalisation	509
Accès au traitement	512
Options autres que les services médicaux	517
Information, soutien psychologique et consentement	519
Conséquences familiales et sociales de l'ID	523
Secret familial	525
Statut juridique de la famille	526
Leçons à tirer de l'adoption	530
Recommandations	532

Conditions d'obtention de permis de collecte, de conservation, de distribution et d'utilisation du sperme	536
Rôle du sous-comité de l'insémination assistée	551
Conclusion	553
Appendice 1 : L'ID ailleurs dans le monde	553

20

Traitement de l'infertilité : fécondation *in vitro* **561**

Opinion de la population canadienne	566
Prolifération de la FIV	566
Prestation des services de FIV	567
Risques associés à la FIV	567
Financement de la FIV	568
Accès à la FIV	571
Prise de décision en matière de FIV	572
Origines et évolution de la FIV	573
Méthodes de FIV	577
Efficacité de la FIV	577
Fécondité naturelle	582
Âge de la partenaire féminine	582
Facteurs comportementaux et environnementaux	583
Efficacité de la FIV selon le diagnostic d'infertilité	583
Rentabilité relative	589
Comparaison de la rentabilité de la FIV et de la chirurgie tubaire	591
Risques de la FIV	594
Grossesses multiples	595
Risques posés par la médication	598
Risques inhérents aux méthodes	600
Effets psychosociaux du traitement	600
Conséquences à long terme	601
Enjeux de la pratique actuelle de la FIV au Canada	603
Pratiques cliniques	605
Taux de « succès »	607
Mesure des effets sur la santé	613
Personnel clinique	614
Information, consentement et counseling des patientes	615
Accès au traitement	622
Médecins traitants	626
Priorités de la recherche en FIV	627
Protection offerte par l'assurance-maladie	632
Critères de couverture	632
Dangers d'un système à deux paliers	633

Recommandations	637
Obtention de permis pour les services de procréation assistée	639
Conditions d'obtention de permis	641
Calcul des taux de succès	644
Non-commercialisation des services de procréation assistée	644
Présentation de rapports et tenue de dossiers	644
Renouvellement et révocation des permis	646
Rôle du sous-comité de la procréation assistée	646
Conclusion	649

21

Manipulation des ovules et des embryons **655**

Opinion de la population canadienne	656
Don d'ovules	660
Don d'ovules anonyme par des femmes subissant une FIV	661
Don d'ovules avant une stérilisation chirurgicale	666
Don d'ovules « altruiste »	667
Don d'ovules à des personnes désignées	668
Rétribution du don d'ovules	669
Utilisation possible des ovules de fœtus	670
Questions juridiques	670
Utilisation des embryons « surnuméraires »	672
Cryopréservation des embryons	672
Autorité légale et consentement éclairé	673
Don d'embryons	676
Recommandations	677
Don d'ovules et d'embryons	677
Façon de disposer des ovules et zygotes inutilisés	680
Conclusion	680

22

Recherche sur l'embryon **683**

Opinion de la population canadienne	685
Enquête de la Commission	685
Mémoires à la Commission	686
Buts de la recherche sur l'embryon	688
Traitement de l'infertilité	692
Étude de l'infertilité	693
Maladies héréditaires	694
Régulation de la fertilité	695
Étude du développement humain et de ses perturbations	695
Orientations futures de la recherche sur l'embryon	696

Transfert de technologie de l'animal à l'être humain	696
Utilisations actuelles des zygotes dans la recherche au Canada	699
Manipulation et utilisation des ovules et des embryons	700
Recherche par les fabricants de produits pharmaceutiques et les entreprises de biotechnologie	702
Sources de zygotes pour la recherche	703
Création de zygotes <i>in vitro</i>	703
Lavage utérin	704
Accès potentiel à des zygotes	704
Substituts à la recherche sur les zygotes humains	705
Réglementation de la recherche sur l'embryon au Canada	705
Législation	705
Lignes directrices professionnelles	708
Réglementation de la recherche sur l'embryon au niveau international	710
Questions et recommandations	711
Les utilisations éthiquement acceptables des zygotes humains en recherche	712
Obtention des zygotes et du consentement éclairé	720
Utilisation des zygotes après la recherche	723
Financement de la recherche sur l'embryon	724
Commercialisation	726
Responsabilité	727
Conditions d'obtention d'un permis pour la recherche à l'aide de zygotes humains	729
Le rôle du sous-comité de la recherche sur l'embryon	733
Conclusion	734
Appendice 1 : Politiques gouvernementales actuelles en matière de recherche sur l'embryon dans huit pays	735

Volume 2

23

Contrats de maternité de substitution 745

Nature des contrats de maternité de substitution	746
Catégories de contrats de maternité de substitution	747
Situation actuelle	748
Contrats à titre onéreux	750
Contrats à titre gratuit	750
Dispositions législatives applicables aux contrats de maternité de substitution	750
Droit de la famille	751
Droit des contrats	752
Propositions de changement	753
Mesures prises dans d'autres pays	753

Opinions sur les contrats de maternité de substitution	754
Arguments défavorables aux contrats à titre onéreux de maternité de substitution	755
Arguments favorables aux contrats à titre onéreux de maternité de substitution	765
Rejet des contrats à titre onéreux avec possibilité d'acceptation des contrats à titre gratuit de maternité de substitution	767
Évaluation de la Commission	769
Contrats à titre onéreux	769
Contrats à titre gratuit	776
Recommandations	777



Intérêts commerciaux et nouvelles techniques de reproduction

783

Importance des intérêts commerciaux dans le secteur des nouvelles techniques de reproduction au Canada	788
Intérêts commerciaux dans les produits liés aux nouvelles techniques de reproduction	789
Intérêts commerciaux dans les services liés aux nouvelles techniques de reproduction	795
Rôle optimal et réglementation des intérêts commerciaux	799
Priorités de la recherche	800
Examen éthique de la recherche	803
Conflits d'intérêts dans certaines situations	805
Essais des produits et des services	806
Commercialisation des produits et des services	807
Égalité d'accès	807
Subventions de l'État aux cliniques privées	808
Chosification	810
Transfert technologique de l'animal à l'être humain	810
Brevetabilité	812
Traitements médicaux	814
Zygotes, embryons et fœtus	814
Conclusion	817



Diagnostic prénatal et techniques génétiques : introduction et contexte social

821

Opinion de la population canadienne	826
« Le futur, c'est aujourd'hui »	826
L'espoir d'un traitement et d'une guérison	828
Les risques de discrimination	829

Craintes au sujet de l'avenir et du recours à des techniques utilisées sur les animaux	831
--	-----



Diagnostic prénatal des anomalies congénitales et des maladies héréditaires 841

Risque d'anomalies congénitales et de maladies héréditaires	842
Rôle du diagnostic prénatal	845
Tests diagnostiques	845
Identification des porteurs	847
Dépistage prénatal	847
Questions soulevées par le diagnostic prénatal	851
Démarche adoptée par la Commission pour l'étude du diagnostic prénatal	852
Pratique actuelle du diagnostic prénatal au Canada	854
Centres de génétique	854
Médecins qui orientent les cas	862
Point de vue des patientes	868
Croissance des services de diagnostic prénatal au Canada	871
Opinion de la population canadienne	872
Audiences publiques et mémoires	873
Enquêtes effectuées par la Commission auprès de la population canadienne	877
Dimensions de l'utilisation du diagnostic prénatal au Canada	878
Counseling, information et soutien	879
Consentement, choix et autonomie individuelle	886
Consultation et choix éclairé dans le réseau d'orientation	891
Confidentialité	893
Responsabilité	896
Handicaps	899
Interruption de grossesse	906
Accès	909
Position de la Commission	915
Utilisation appropriée des techniques de diagnostic prénatal	916
Évaluation des nouvelles techniques de diagnostic prénatal	928
Un système responsable et bien géré : les centres de génétique	938
Conditions d'obtention de permis pour les services de diagnostic prénatal	941
Un système responsable et bien géré : le réseau d'orientation	948
Rôle du sous-comité du diagnostic prénatal et de la génétique	949
Conclusion	953

Appendice 1 : Causes et risques d'anomalies congénitales et de maladies héréditaires	956
--	-----

27

Diagnostic prénatal des affections monogéniques à apparition tardive et dépistage prénatal des gènes de susceptibilité **965**

Diagnostic prénatal des affections monogéniques à apparition tardive	969
Types de tests	969
Méthodes actuelles au Canada	971
Problèmes soulevés par l'utilisation du diagnostic prénatal aux fins du dépistage des affections monogéniques à apparition tardive	975
Dépistage prénatal des gènes de susceptibilité	986
Que nous révèlent en fait les tests de susceptibilité?	988
Implications des tests de susceptibilité chez les adultes	991
Implications des tests de susceptibilité prénatals	997
Conclusion	998

28

Choix du sexe en fonction de critères non médicaux **1003**

Opinion de la population canadienne	1005
Audiences publiques et mémoires	1005
Préférences parentales concernant le sexe de leurs enfants et recours au choix du sexe	1008
Diagnostic prénatal du sexe du fœtus et avortement en raison du sexe	1011
Situation actuelle	1011
Enjeux et recommandations	1015
Divulgaration du sexe du fœtus à la suite d'un test génétique	1021
Transfert de zygotes avec choix du sexe	1026
Insémination avec choix du sexe	1028
Situation actuelle	1028
Enjeux et recommandations	1030
Conclusion	1037

29

Thérapie et modification géniques **1043**

Opinion de la population canadienne	1046
-------------------------------------	------

Audiences publiques et mémoires	1046
Sondages d'opinion	1048
Thérapie génique somatique	1049
Applications possibles de la thérapie génique somatique	1050
Questions soulevées par la thérapie génique somatique	1054
Réglementation de la thérapie génique somatique	1057
Modification génique germinale	1060
Applications possibles de la modification génique germinale	1060
Questions soulevées par la modification génique germinale	1062
Réglementation de la modification génique germinale	1066
Modification génique non thérapeutique	1067
Conclusion	1070

30

Intervention judiciaire dans la grossesse et la naissance

1075

Définition de l'intervention judiciaire	1077
Opinion de la population canadienne	1080
Problèmes juridiques	1081
Perspective éthique	1083
Solution fondée sur le soutien et les soins	1088
Conclusion et recommandations	1091

31

Utilisations de tissu fœtal

1095

Opinion de la population canadienne	1097
Enquêtes de la Commission	1097
Mémoires présentés à la Commission	1099
Utilisations de tissu fœtal	1102
Utilité potentielle du tissu fœtal dans la transplantation	1104
Croissance et différenciation	1105
Culture <i>in vitro</i>	1105
Immunogénicité	1105
Rétablissement fonctionnel chez le receveur ou la receveuse	1106
Orientations futures de la recherche et des traitements nécessitant l'utilisation de tissu fœtal	1107
Utilisations actuelles de tissu fœtal au Canada	1108
Établissements de soins de santé, cliniques d'avortement et laboratoires médicaux au Canada	1109

Fabricants de produits pharmaceutiques et entreprises de biotechnologie au Canada	1111
Utilisation du tissu placentaire	1112
Utilisations de tissu fœtal à l'étranger	1114
Obtention de tissu fœtal	1116
Sources actuelles de tissu	1116
Autres sources de tissu fœtal pour la transplantation et d'autres travaux de recherche	1118
Accès potentiel au tissu fœtal	1121
Réglementation de l'utilisation de tissu fœtal au Canada	1122
Questions et recommandations	1127
Les utilisations éthiquement acceptables de tissu fœtal	1127
Obtention du tissu et du consentement éclairé	1129
Commercialisation et obtention de brevets	1135
Financement de la recherche sur le tissu fœtal	1138
Responsabilité	1140
Conditions d'obtention du permis de fourniture de tissu fœtal humain	1141
Le rôle du sous-comité du tissu fœtal	1143
Conclusion	1144
Appendice 1 : La réglementation de l'utilisation de tissu fœtal au niveau international	1145
Appendice 2 : Le premier projet de recherche canadien de transplantation de tissu fœtal chez des sujets humains	1148

Partie III : Aperçu des recommandations

Nos recommandations, par sphère de responsabilité	1158
Gouvernement fédéral	1158
Lois pénales	1159
Établissement de la commission nationale sur les techniques de reproduction	1159
Conseil national de la bioéthique en recherche chez les sujets humains	1179
Gouvernements provinciaux et territoriaux	1179
Professionnels de la santé	1183
Patients et patientes, et autres groupes concernés	1187
Entreprises commerciales	1188
Employeurs	1188
Conseils et commissions scolaires	1189
Conclusion	1189

Partie IV : Annexe, Glossaire, Appendices

◇	Annexe :	
	Suzanne Rozell Scorsonne Commissaire	1195
	Six points de désaccord	1195
	Argumentation détaillée	1211
◇	Glossaire	1299
◇	Appendices	
	A. Mandat	1333
	B. Participants et participantes aux audiences publiques, 1990	1335
	C. Participants et participantes aux symposiums, colloques et autres activités de la Commission	1355
	D. Mémoires et lettres d'opinion	1389
	E. Collection d'études	1413
	F. Personnel de la Commission	1433

Tableaux

Tableau 9.1.	Classification des couples ayant cohabité pendant au moins une année	214
Tableau 9.2.	Prévalence de l'infertilité parmi les couples canadiens : résultats d'enquêtes primaires	215
Tableau 10.1.	Antécédents de MTS	230
Tableau 10.2.	Taux de gonorrhée au Canada selon l'âge et le sexe	233
Tableau 10.3.	Cas signalés et taux d'infection à chlamydia par âge et par sexe au Canada, 1989-1990	234
Tableau 10.4.	Maladie inflammatoire pelvienne, taux selon l'âge, par groupe d'âge, Canada, pour certaines années entre 1972 et 1988-1989	240
Tableau 11.1.	Probabilités de naissances vivantes chez les fumeuses et les non-fumeuses	269
Tableau 12.1.	Estimation du risque de donner naissance à un enfant présentant d'importantes anomalies chromosomiques, selon l'âge de la mère	296

Tableau 14.1.	Distribution en pourcentage des femmes de 18 à 49 ans utilisant un moyen de contraception, selon la méthode et le groupe d'âge, Canada, 1984	365
Tableau 14.2.	Pourcentage de couples dont les partenaires cohabitent et ont subi une stérilisation à des fins contraceptives (ligature des trompes ou vasectomie) en 1991-1992	366
Tableau 19.1.	Sélection des donneurs de sperme en 1991	508
Tableau 20.1.	Efficacité de la FIV selon divers diagnostics d'infertilité	586
Tableau 20.2.	Coûts moyens (en dollars canadiens) par patiente (observation sur 6 mois) — 1990	590
Tableau 20.3.	Services offerts par 16 programmes de FIV, 1991	606
Tableau 20.4.	Diverses définitions du taux de succès actuellement utilisées au Canada	609
Tableau 20.5.	Motifs possibles ou probables d'exclusion d'un programme de FIV, 1991	623
Tableau 20.6.	Source de l'aiguillage à la clinique (Échantillon de 750 patientes ayant subi une FIV)	626
Tableau 26.1.	Causes des anomalies congénitales	844
Tableau 26.2.	Incidence des maladies héréditaires (installées à l'âge de 25 ans)	844
Tableau 26.3.	Incidence des anomalies congénitales	845
Tableau 26.4.	Motifs de l'orientation vers un centre de génétique pour un diagnostic prénatal	855
Tableau 26.5.	Amniocentèse, PVC et échographie ciblée effectués dans des centres de génétique au Canada (1990)	857
Tableau 26.6.	Taux d'orientation par province (1990)	858
Tableau 26.7.	Taux d'orientation pour âge maternel avancé par province (1990)	859
Tableau 26.8.	Praticiens effectuant les tests de DPN dans les centres de génétique	861
Tableau 26.9.	Type de formation des conseillers en génétique	862
Tableau 26.10.	Nombre de praticiens du DPN à l'extérieur des centres de génétique (1990)	863
Tableau 26.11.	Source d'orientation vers des centres de génétique (1990)	864
Tableau 26.12.	Interruption de grossesse après un diagnostic d'affection fœtale	907
Tableau 26.13.	Répartition géographique des centres de génétique au Canada	911
Tableau 26.14.	Désir des Canadiens et Canadiennes de recourir au diagnostic prénatal	913
Tableau 26.15.	Nombre d'échographies obstétriques	922
Tableau 31.1.	Acceptabilité de l'utilisation de tissu fœtal	1099

Figures

Figure 7.1.	Processus de fécondation	172
Figure 7.2.	Pertes prénatales en êtres humains	175
Figure 7.3.	Développement de l'embryon avant l'implantation	178
Figure 7.4.	Processus d'implantation	179
Figure 9.1.	Taux de conception cumulatifs chez des couples fertiles	210
Figure 10.1.	Gonorrhée : Incidence annuelle pour 100 000 habitants, Canada, 1940-1991	232
Figure 11.1.	Taux de consommation du tabac dans la population âgée de 15 ans et plus, selon l'âge et le sexe, Canada, 1966-1991	275
Figure 12.1.	Taux de fécondité par groupe d'âge, Canada, 1921-1990	287
Figure 12.2.	Distribution en pourcentage des naissances vivantes selon l'âge de la mère, 1981 et 1991	288
Figure 12.3.	Taux de fécondité dans des populations naturelles	293
Figure 12.4.	Taux de fécondité relative dans des populations naturelles	294
Figure 16.1.	L'adoption au pays : Nombre d'enfants et de nourrissons adoptés au Canada, de 1981 à 1990	408
Figure 16.2.	Adoptions réalisées par l'entremise d'instances publiques ou privées, en pourcentage de l'ensemble des adoptions d'enfants au pays	410
Figure 16.3.	Adoptions de nourrissons réalisées par l'entremise d'instances publiques ou privées, en pourcentage de l'ensemble des adoptions de nourrissons au pays	411
Figure 19.1.	Villes canadiennes offrant des programmes d'IA, 1991	492
Figure 19.2.	Système d'AI proposé pour le Canada	535
Figure 20.1.	Un cycle FIV	579
Figure 22.1.	Stades de la fécondation à la naissance	689
Figure 26.1.	Relation entre les anomalies congénitales et les maladies héréditaires	843





Contrats de maternité de substitution



Les contrats de maternité de substitution — aussi appelés contrats de mère porteuse — ont provoqué de grands débats dans les témoignages et les mémoires entendus et reçus par la Commission. Certains estiment que leur interdiction soulèverait des questions de liberté personnelle et de liberté de reproduction. D'autres y voient une pratique qui réduit l'expérience humaine de la reproduction aux dimensions d'une simple transaction et évoque des images répugnantes de « location d'utérus » et d'enfants traités comme des produits ou des biens de consommation. Les Canadiens et les Canadiennes nous ont dit plus particulièrement s'opposer à la participation, à des contrats de ce genre, d'intermédiaires et d'autres intervenants animés par des motifs commerciaux. D'autres personnes s'opposent à cette pratique parce qu'elles la jugent dégradante pour les femmes, qu'elle relègue à un statut social fondé exclusivement sur leur capacité de reproduction.

La Commission a utilisé plusieurs méthodes de collecte de données pour évaluer le recours aux contrats de maternité de substitution. Elle s'est entretenue avec des gens qui y ont participé, a étudié les pratiques qui les entourent et qui sous-tendent la participation des différentes parties, examiné les questions éthiques et juridiques soulevées dans ce contexte, étudié les effets psychosociaux des contrats sur les enfants et sur les participants et participantes eux-mêmes, et discuté de leurs implications pour la société dans son ensemble. Elle a aussi fait des sondages pour connaître les opinions des Canadiens et des Canadiennes à cet égard. Enfin, elle a étudié la nature et la raison d'être des mesures prises par d'autres sphères de compétences à ce sujet. (Voir le volume de recherche intitulé *Attitudes et valeurs sociales à l'égard des nouvelles techniques de reproduction* pour les résultats de ces études.) Nos conclusions et nos recommandations à l'égard de ces contrats sont fondées sur tous ces éléments.

Nature des contrats de maternité de substitution

On a employé diverses expressions pour décrire les contrats par lesquels une femme s'engage à concevoir et à porter un enfant, étant entendu que celui-ci sera élevé par quelqu'un d'autre (l'homme ou le couple qui passe la « commande », appelé ici « demandeur »). On a notamment parlé de maternité sous contrat, de mère porteuse et d'adoption intra-utérine. La Commission emploie l'expression « contrats de maternité de substitution »* pour décrire ces situations où les parties s'entendent pour transférer les droits de garde et les droits parentaux avant la conception de l'enfant, contrairement à ce qui passe pour l'adoption.

Types de contrats de maternité de substitution

Contrat de maternité de substitution génétique : La mère porteuse est fécondée par insémination assistée avec le sperme de l'homme du couple demandeur. L'enfant est l'enfant biologique de la mère porteuse et de l'homme demandeur; la femme demandeuse en est la mère sociale.

Contrat de maternité de substitution non génétique : Un embryon est créé à partir d'un ovule et du sperme du couple demandeur, puis implanté dans l'utérus de la mère porteuse. L'enfant est l'enfant biologique du couple demandeur et n'est pas génétiquement apparenté à celle qui l'a porté.

Contrat commercial : Le couple demandeur verse des frais de transaction à la mère porteuse ou à un intermédiaire (ou aux deux) pour couvrir les coûts de l'entente et les frais engagés par la mère porteuse, qui signe habituellement un contrat avec le couple.

Contrat non commercial : Il n'y a pas d'intermédiaire ni de frais à verser comme dans un contrat commercial, bien qu'il puisse y avoir un contrat et que le couple demandeur puisse accepter de payer les dépenses de la mère porteuse; ces contrats sont généralement conclus entre les membres d'une même famille ou entre amis intimes.

L'idée qu'un couple infertile cherche une femme disposée à l'aider à avoir un enfant qu'il élèvera lui-même n'a rien de nouveau, car elle remonte au moins jusqu'au tout début de l'époque biblique. Toutefois, de nos jours,

* Bien que l'expression « entente de gestation pour autrui » aurait pu traduire plus fidèlement ce que nous entendons par « pre-conception arrangements », nous avons choisi d'utiliser l'expression « contrat de maternité de substitution », plus courante et mieux connue.

des procédés comme l'insémination assistée et la fécondation *in vitro* éliminent la nécessité des rapports sexuels.

Les circonstances qui peuvent pousser un couple à conclure un contrat de maternité de substitution varient énormément. La femme peut avoir été traitée sans succès pour son infertilité ou ne pas avoir réussi à porter un enfant à terme. Elle peut aussi risquer de transmettre une maladie génétique à l'enfant ou souffrir de troubles à cause desquels la grossesse est déconseillée. En pareil cas, le contrat de maternité de substitution est un moyen pour le couple d'avoir un enfant génétiquement apparenté à l'homme ou, plus rarement, aux deux membres du couple.

La pratique n'est toutefois pas limitée aux couples infertiles ou sans enfants. Dans certains cas, l'infertilité de la femme peut être due à une stérilisation volontaire ou à la ménopause; le couple peut aussi avoir déjà un ou deux enfants, et l'un des membres du couple (voire les deux) peuvent avoir des enfants — adoptés ou biologiques — d'une relation antérieure. On connaît aussi des cas d'hommes célibataires et de couples non mariés ayant eu des enfants grâce à des contrats de maternité de substitution.

Le nombre de ces contrats semble augmenter, bien qu'il soit difficile de le prouver. Dans certains pays, des spécialistes (avocats, médecins et autres) s'y consacrent exclusivement. Aux États-Unis, on estime qu'entre 1975 et 1980, 4 500 enfants auraient été le fruit de contrats de maternité de substitution, ce qui a mené à l'émergence de toute une gamme d'organismes à but lucratif voués à ce genre d'activité. Le peu d'indices que la Commission a réussi à trouver donne à penser qu'il n'y a pas d'intermédiaires commerciaux de ce genre au Canada.

Catégories de contrats de maternité de substitution

Les contrats de maternité de substitution sont habituellement de deux types, qui se distinguent par la source de l'ovule et par les techniques employées. Les plus fréquents sont les contrats de maternité de substitution génétique (voir l'encadré). Dans ces cas-là, on a recours à l'insémination assistée pour féconder la mère porteuse* avec le sperme de l'homme demandeur. C'est habituellement un médecin qui procède à l'insémination, bien qu'il soit possible pour la femme de s'inséminer elle-même.

Par contre, les contrats de maternité de substitution non génétique, où l'ovule fécondé n'est pas celui de la mère porteuse, nécessitent l'intervention d'un médecin en raison de la nature technique de la démarche employée. La femme demandeuse subit un cycle de prélèvement d'ovocytes (voir le chapitre 20). Après quoi ceux-ci sont fertilisés *in vitro* avec le

* Bien que l'expression « mère gestationnelle » aurait pu traduire plus fidèlement ce que nous entendons par « gestational mother », nous avons choisi d'utiliser l'expression « mère porteuse », plus courante et mieux connue.

sperme de son partenaire. Les zygotes obtenus sont alors implantés dans l'utérus de la mère porteuse. Habituellement, cela suppose que les deux femmes prennent des inducteurs de l'ovulation pour que la femme demandeuse ovule et pour que les cycles menstruels des deux femmes soient coordonnés, afin d'optimiser les chances d'implantation. Il peut arriver — moins fréquemment — qu'on utilise du sperme de donneur ou que l'ovule soit donné par une troisième femme, ce qui sépare totalement les aspects génétique, gestationnel et social de la parentalité.

Les contrats de maternité de substitution non génétique sont moins courants que les autres, mais leur nombre augmente. Aux États-Unis, ils représentent une importante proportion du volume d'activité de certaines cliniques. Par exemple, en 1990, plus de 50 pour 100 des clients du Center for Surrogate Parenting de Beverley Hills, en Californie, avaient eu recours à des contrats de ce type. Pour le moment, la pratique est inexistante dans les cliniques de fertilité canadiennes, mais il semble que deux d'entre elles l'envisageraient.

Il existe une autre façon de distinguer les contrats de maternité de substitution, selon que la mère porteuse est payée et que les parties se connaissent avant de conclure l'entente.

Dans le cas des contrats à titre onéreux de maternité de substitution la mère porteuse est payée pour ses services et dédommée de ses frais. La conclusion de l'entente peut être facilitée par un intermédiaire. Il peut aussi s'agir d'un contrat privé passé entre le couple (ou l'homme) demandeur et la mère porteuse. La somme convenue peut être versée à l'intermédiaire, qui en remet une partie à la mère porteuse, ou encore directement à cette dernière.

Les contrats à titre gratuit de maternité de substitution sont passés entre le couple et une autre femme, qui fait souvent partie de la famille (ou qui est une amie intime). Étant donné que les accords de ce genre sont privés, qu'il y a moins de parties en cause et que le public peut ne pas en être informé (à moins qu'ils n'aboutissent à un litige), on connaît relativement peu de choses sur leur nature et leur portée. Néanmoins, on sait que la mère porteuse peut être dédommée de ses dépenses personnelles ou autres engagées pendant ou pour la grossesse.

Situation actuelle

La Commission a trouvé bien peu de recherches empiriques sur les contrats de maternité de substitution passés au Canada et ailleurs. Il est difficile d'obtenir de la documentation sur cette pratique en raison du caractère privé des contrats. Une grande partie de ce qu'on en sait est anecdotique. En outre, l'information existante porte essentiellement sur les contrats à titre onéreux; il ne s'est pas publié grand-chose sur les contrats

à titre gratuit. Par conséquent, la Commission a tenu à déterminer l'incidence des contrats de maternité de substitution au Canada.

Le type de contrat le plus répandu — le contrat de maternité de substitution génétique — ne nécessite pas forcément la participation de spécialistes médicaux; néanmoins, lorsqu'un spécialiste comme un médecin y participe, il peut le faire dans son cabinet, et inscrire l'acte médical dans ses dossiers de façon à garder le secret. Quand la mère porteuse est une parente ou une amie, les ententes entre les parties sont généralement tenues privées, en raison des incertitudes juridiques qui les entourent ainsi que des craintes que les parties peuvent éprouver quant aux réactions des autres.

La seule tentative faite jusqu'à présent pour déterminer l'incidence des contrats de maternité de substitution au Canada est une étude réalisée en 1988 pour la Commission de réforme du droit du Canada. Les auteurs de l'étude ont estimé qu'il y avait eu, jusque-là, au bas mot 118 contrats de maternité de substitution auxquels au moins un Canadien ou une Canadienne étaient parties. Les précisions sur ces contrats sont toutefois rares, étant donné qu'ils ont généralement été signalés par quelqu'un qui n'était pas directement en cause.

La Commission a procédé à une étude des programmes et des services offerts par les 27 cliniques de fertilité du Canada. Rien dans les données recueillies n'indique qu'une clinique canadienne participe actuellement à des contrats de maternité de substitution. La pratique peut néanmoins exister dans des cabinets de médecins, à l'extérieur des cliniques, mais les seuls indices que la Commission a pu trouver à cet égard sont anecdotiques. Néanmoins, elle a découvert qu'une clinique torontoise se proposait d'offrir des contrats de maternité de substitution non génétique. (On procédait à une dernière vérification juridique des formulaires de consentement de la clinique, et la procédure était en train d'être examinée par divers comités d'hôpitaux et d'universités.) Un autre organisme, établi celui-là à l'extérieur des frontières de l'Ontario, a par ailleurs déclaré envisager d'offrir des contrats de maternité de substitution faisant appel à la fécondation *in vitro*.

Un sondage réalisé pour le compte de la Commission a prouvé que les personnes traitées dans les cliniques de fertilité envisageraient différentes possibilités — y compris le contrat de maternité de substitution — pour essayer d'avoir un enfant. En fait, 6 pour 100 des femmes ayant eu recours à la fécondation *in vitro* et 5 pour 100 de celles qui ont subi une insémination assistée (avec le sperme de leur partenaire) se sont dites disposées à envisager des contrats de maternité de substitution, mais aucune de celles qui avaient été inséminées artificiellement au moyen de sperme de donneur n'a manifesté le même sentiment. Enfin, 3 pour 100 des patientes qui recevaient d'autres traitements se sont déclarées prêtes à envisager le contrat de maternité de substitution.

Contrats à titre onéreux

Il est difficile de faire une étude bien documentée sur les contrats à titre onéreux de maternité de substitution parce que, dans ces cas-là aussi, le public est rarement au courant. Les auteurs de l'étude de 1988, qui avait été réalisée pour la Commission de réforme du droit, avaient constaté que, sur les 118 cas de contrats de maternité de substitution examinés, 42 avaient été passés au Canada. Pour les 76 autres, on avait fait appel à des organismes américains. Dans 13 de ces derniers cas, des Canadiennes avaient servi de mère porteuse; dans 62, les Canadiens agissaient comme couple demandeur; et, dans un cas, un Canadien célibataire avait réussi à obtenir un enfant.

Contrats à titre gratuit

L'information sur les modalités des contrats à titre gratuit de maternité de substitution est extrêmement limitée. La Commission a recueilli à cet égard les témoignages directs de plusieurs personnes qui ont participé à des contrats de ce type. Les comptes rendus anecdotiques laissent entendre que, normalement, c'est une parente (souvent une sœur) ou une amie intime de la femme infertile qui est inséminée avec le sperme du partenaire de cette dernière, habituellement sans intervention médicale. La mère porteuse peut recevoir des soins pendant la grossesse et accoucher à l'hôpital en empruntant le nom et le numéro d'assurance-santé de la mère demandeuse, puis faire enregistrer la naissance sous le nom de celle-ci (il n'est pas nécessaire que le nom du père figure sur le certificat de naissance) et remettre l'enfant au couple demandeur à sa sortie de l'hôpital.

Dispositions législatives applicables aux contrats de maternité de substitution

Jusqu'à présent, le gouvernement du Québec est le seul au Canada à avoir adopté des mesures législatives expresses à l'égard des contrats de maternité de substitution; aucune autre loi provinciale ne porte explicitement sur ces contrats. L'article 541 du nouveau *Code civil* du Québec dispose que tous les contrats de procréation ou de maternité de substitution contre rémunération sont nuls et non avenus.

À cette exception près, toute la question des contrats de maternité de substitution flotte dans un vide juridique total au Canada. En l'absence de mesures législatives expresses, il se peut que la législation en vigueur dans plusieurs domaines, notamment dans ceux du droit de la famille, du droit de l'adoption et du droit contractuel, soit applicable aux contrats de maternité de substitution. La mesure dans laquelle cette législation peut être invoquée n'est toutefois pas claire, étant donné qu'il n'y a pas de

rapports officiels de jugements rendus sur des contrats de maternité de substitution par un tribunal canadien quelconque.

Droit de la famille

Les dispositions en vigueur du droit de la famille pourraient influencer de deux façons sur les contrats de maternité de substitution : 1) en déterminant leur statut juridique et 2) en désignant qui sont, du point de vue juridique, les parents de l'enfant issu d'un tel contrat. Il existe de toute évidence de nombreuses opinions juridiques selon lesquelles légitimiser les contrats de maternité de substitution est incompatible avec les principes existants du droit de la famille. En effet, un contrat prévoyant à l'avance qu'un enfant sera remis à sa naissance à quelqu'un d'autre en contredit les principes fondamentaux, à savoir que la garde de l'enfant doit être attribuée en fonction de ses intérêts, et que l'autorité et les obligations parentales ne peuvent pas être légalement cédées par contrat au préalable. Les adultes ne peuvent tout simplement pas céder la garde d'un enfant à leur gré, car ce sont les intérêts de ce dernier qui doivent guider les décisions et les mesures prises à cet égard.

En Ontario, par exemple, il semblerait que le droit de la famille refuserait toute validité aux contrats de maternité de substitution, parce que la loi donne aux tribunaux le pouvoir ultime de décider de la garde de l'enfant, même si les parents ont conclu une entente à ce sujet. Étant donné que la garde est attribuée en fonction des intérêts de l'enfant, un contrat de maternité de substitution signé avant sa naissance serait réputé nul, parce qu'il ne pourrait avoir été conclu que dans l'intérêt des parties adultes, les intérêts de l'enfant lui-même n'ayant pas pu être connus à ce moment-là. En outre, toutes les tentatives de transfert des droits de maternité sont assujetties à la loi qui régit l'adoption, laquelle interdit tout paiement pour l'adoption et impose une période de réflexion de sept jours avant que la mère biologique puisse y consentir. Enfin, la loi ontarienne dispose qu'il est illégal qu'un tiers soit rémunéré pour négocier ou pour conclure une entente en vue de l'adoption d'un enfant.

D'autres provinces ont des dispositions analogues dans leur législation sur la famille. Cela dit, ces dispositions n'ont été invoquées dans aucune province ni aucun territoire en relation avec le cas précis des contrats de maternité de substitution; on ignore donc jusqu'à quel point les tribunaux pourraient les appliquer à ces contrats.

Le droit de la famille est susceptible d'influer nettement sur les contrats de maternité de substitution sous un autre aspect, celui de la détermination des liens de parenté légale de l'enfant. En effet, bien que certaines dispositions du droit de la famille semblent rendre ces contrats illégaux, il reste que des enfants en sont issus. Par conséquent, il est vital d'établir leurs liens de parenté légale, aussi bien pour eux que pour les autres personnes intéressées, étant donné que cela influe sur les droits et obligations des parties en matière de garde, d'accès, d'aliments et de

succession. Malheureusement, dans la plupart des administrations du Canada, le droit de la famille en vigueur n'est pas toujours clair en ce qui a trait à la question des liens de parenté légale. Le Québec, Terre-Neuve et le Yukon font exception, puisqu'ils ont précisé les liens de parenté légale des enfants nés à la suite du recours à des techniques de procréation assistée, respectivement dans le nouveau *Code civil*, dans la *Children's Law Act, 1988*, et dans la *Children's Act, 1986*. Ces dispositions devraient normalement s'appliquer aux enfants nés à la suite du recours à des techniques de procréation assistée dans le contexte de contrats de maternité de substitution.

Droit des contrats

Le droit de passer des contrats n'est pas absolu, car les tribunaux peuvent déclarer un contrat nul en se fondant sur des notions juridiques telles que la fausse représentation, l'inégalité du pouvoir de négociation et l'incapacité d'une personne de prendre des mesures ayant une portée juridique en raison notamment d'incapacité mentale, ainsi que sur des principes de politique générale. Les recherches de la Commission ont révélé que les tribunaux jugeraient vraisemblablement les contrats de maternité de substitution contraires à la politique de l'État — et par conséquent nuls et non avenue — conformément aux lois en vigueur. Le fait est que ces contrats ne respectent pas les politiques reflétées dans les lois provinciales et territoriales du Canada tout entier, qui interdisent les échanges à but lucratif quand des enfants sont en jeu et qui exigent des preuves d'inaptitude parentale avant de retirer leurs droits aux parents (et, dans des situations comme celle-là, la remise des enfants aux autorités responsables de l'aide à l'enfance).

Les contrats de maternité de substitution seraient donc vraisemblablement jugés inexécutables par les tribunaux, mais cette interprétation est loin d'être certaine. C'est ainsi, par exemple, que le juge de première instance dans l'affaire *Bébé M*, aux États-Unis, a conclu que les contrats de maternité de substitution n'étaient pas contraires à la politique de l'État quoique ce jugement ait par la suite été renversé en appel. Pour atteindre à la certitude juridique dans ce contexte, il faudrait que toutes les provinces et territoires (sauf le Québec, dont le nouveau *Code civil* entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1994) adoptent des mesures législatives précisant le statut juridique de ces contrats. Toutefois, s'ils sont jugés inexécutables, les principes du droit de la famille joueront encore. Le statut de parents des parties serait alors déterminé en vertu du droit provincial de la famille, indépendamment du contrat, et peut-être d'une façon différente de ce que les parties auraient voulu. L'aspect le plus important de tout cela, c'est que le critère des intérêts de l'enfant prévaudrait.

Propositions de changement

L'incertitude considérable qui entoure la question du statut juridique des contrats de maternité de substitution au Canada a suscité plusieurs propositions de réforme du droit. Un rapport de la Commission du droit de l'Ontario, publié en 1985 et intitulé *Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters*, est l'un des rares à avoir été publiés dans le monde qui souscrivent à l'idée des contrats de maternité de substitution; il a suscité une grande controverse. Les auteurs du rapport étaient d'avis que la pratique allait se poursuivre quelles que soient les lois en vigueur, et que les risques qu'elle pose allaient augmenter si elle devenait clandestine parce que déclarée illégale. Ils ont donc proposé une réglementation des contrats de maternité de substitution, mais le gouvernement de l'Ontario n'a pas donné suite à leurs recommandations.

Pour sa part, l'Association du Barreau canadien a recommandé dans son mémoire à la Commission que les contrats de maternité de substitution soient assujettis dans toute la mesure du possible au droit de l'adoption en vigueur. Selon l'association, ces contrats ne devraient pas être illégaux, mais ils ne pourraient être exécutés que si la mère porteuse voulait céder l'enfant. Comme dans le cas de l'adoption, celle-ci aurait droit à une période de réflexion après l'accouchement, pour prendre sa décision. L'Association a en outre recommandé que, si la mère porteuse décidait de ne pas donner l'enfant, le couple demandeur n'ait pas de droits de visite ou d'accès à ce dernier. Elle n'a fait dans ses recommandations aucune distinction entre les différents types de contrats de maternité de substitution (génétique, non génétique, à titre onéreux ou à titre gratuit).

Dans son document de travail sur la procréation médicalement assistée (1992), la Commission de réforme du droit du Canada a elle aussi recommandé que les contrats de maternité de substitution soient réputés nuls et non avenus, et que quiconque agisse comme intermédiaire payé dans ce contexte soit considéré comme ayant commis une infraction criminelle.

La Conférence sur l'uniformisation des lois du Canada a quant à elle proposé en 1991 que dans toutes les provinces, la femme qui accouche — et non celle qui a produit l'ovule — soit reconnue comme la mère de l'enfant. Cela éviterait tout doute sur l'identité de la mère, d'un point de vue juridique, des enfants issus de contrats de maternité de substitution (en établissant leur « filiation maternelle »). Par ailleurs, il est important aussi, pour le bien-être de l'enfant, de déterminer qui a la responsabilité légale de la paternité, mais le rapport de la Conférence est resté muet sur ce point.

Mesures prises dans d'autres pays

La question des contrats de maternité de substitution a préoccupé de nombreux pays, dont plusieurs ont pris des mesures législatives ou adopté

des politiques à cet égard. La Commission a étudié ce qui s'est fait au Royaume-Uni, en Australie, aux États-Unis et en France pour voir si le Canada pourrait s'en inspirer.

L'examen de la Commission a révélé que la tendance internationale a consisté à prendre des mesures dissuasives contre les contrats à titre onéreux de maternité de substitution, voire à les criminaliser. Les mesures législatives interdisant totalement les contrats de maternité de substitution sont rares, mais la plupart des pays qui ont pris position interdisent bel et bien les contrats à titre onéreux, principalement en déclarant illégal de faire de la publicité pour annoncer les services d'une mère porteuse, d'agir à titre d'intermédiaire (même sans aucun motif commercial) ou de verser ou d'accepter une rémunération sous une forme quelconque dans le contexte d'un contrat de maternité de substitution. Néanmoins, la plupart des pays ont pris grand soin de ne pas instaurer de mesures qui pénalisent la mère porteuse elle-même.

L'autre mesure proposée ou adoptée le plus fréquemment pour dissuader les gens de conclure des contrats de maternité de substitution consiste à faire en sorte que le contrat passé entre la mère porteuse et l'homme ou le couple demandeur soit impossible à faire exécuter juridiquement. En d'autres termes, il s'agit de veiller à ce que la mère porteuse ne puisse pas être contrainte par un tribunal de céder son enfant si elle change d'avis et décide de ne pas respecter le contrat. L'élément d'incertitude que cela introduit pour les couples demandeurs et pour les intermédiaires est considéré comme un moyen de dissuasion efficace.

Opinions sur les contrats de maternité de substitution

La Commission a fondé son examen du débat qui entoure les contrats de maternité de substitution sur plusieurs sources : les opinions variées exprimées par les Canadiens et les Canadiennes au cours de ses audiences publiques, ainsi que dans les exposés écrits et les mémoires qu'on lui a fait parvenir, de même que dans les sondages réalisés pour son compte, la recherche qu'elle a commandée et les rapports publiés par les autres organismes et gouvernements qui se sont penchés sur la question.

Nous avons constaté que les opinions sont très variées et difficiles à cataloguer. Elles vont d'une opposition farouche à ces contrats, quelque forme qu'ils puissent revêtir, à l'acceptation et même à l'encouragement par des politiques qui les régleraient, les feraient respecter et permettraient la prestation des services médicaux nécessaires. Entre ces pôles, certains s'opposent aux contrats à titre onéreux, mais toléreraient des contrats à titre gratuit, particulièrement dans les cas où c'est la santé de la femme demandeuse qui a été la raison déterminante du contrat de maternité de substitution; certains autres jugeraient les contrats à titre onéreux acceptables s'il y avait certains mécanismes de protection ou

certaines règlements; et d'autres enfin n'encourageraient pas eux-mêmes les contrats de maternité de substitution (à titre gratuit) ou n'y participeraient pas, mais n'interdiraient pas à d'autres de le faire. Ces opinions sont étudiées dans les trois prochaines sections.

Arguments défavorables aux contrats à titre onéreux de maternité de substitution

Ceux qui estiment que les contrats à titre onéreux de maternité de substitution devraient être interdits sont convaincus de leur nature intrinsèquement exploitante et persuadés qu'ils traitent les enfants comme des objets, qu'ils sont déshumanisants et dégradants pour les femmes et pour leur capacité de reproduction, qu'ils portent atteinte aux participantes et aux enfants qui en sont issus, qu'ils favorisent des attitudes sociales néfastes face au rôle et à la valeur des femmes, des enfants et des familles, et qu'ils renforcent et perpétuent l'inégalité sexuelle dans notre société. Ils soulignent en outre que ces contrats ont de graves implications pour les femmes porteuses qui consentent, en les signant, à limiter leur liberté d'action sous certains aspects (par exemple pour ce qui est de fumer et de boire) et de se conformer aux conditions imposées par le couple demandeur pour les soins qu'elle recevra pendant sa grossesse (examens, par exemple une amniocentèse, etc.). Les pages suivantes sont consacrées à l'étude de ces arguments.

Criminaliser la décision d'une femme d'être « mère porteuse » [...] focaliserait toute l'application de la loi sur elle. Et, comme l'expérience dans d'autres domaines du droit l'a démontré, les femmes sont plus vulnérables que d'autres à cet égard. (Traduction)

K. Lahey, Conseil consultatif de l'Ontario sur la condition féminine, compte rendu des audiences publiques, Toronto (Ontario), 29 octobre 1990.

Dangers d'exploitation

Les inquiétudes à l'égard du caractère d'exploitation des contrats à titre onéreux de maternité de substitution sont dues à plusieurs facteurs, et plus particulièrement aux disparités sociales et économiques entre les mères porteuses et les couples demandeurs, ainsi qu'à la grande inégalité des risques et des obligations assumés par les parties. On allègue que cette inégalité de pouvoirs et de ressources rend les mères porteuses vulnérables à l'exploitation, et ce, qu'elles soient toutes disposées à signer un tel contrat ou pas, parce qu'elles ne sont jamais capables de négocier sur un pied d'égalité avec les autres parties.

Contrats à titre onéreux de maternité de substitution

La Commission a examiné les contrats de maternité de substitution rédigés par des organismes commerciaux américains. Ces contrats contenaient tous une partie, sinon la totalité des clauses suivantes :

1. La mère porteuse convient de devenir enceinte en étant fécondée avec le sperme de l'homme demandeur et de porter le fœtus à terme, puis de renoncer à ses droits de maternité et de céder la garde de l'enfant au couple demandeur.
2. La mère porteuse et son conjoint (le cas échéant) s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour que le nom du demandeur figure à titre de père sur le certificat de naissance de l'enfant, et le conjoint de la mère porteuse convient de renoncer à toute présomption juridique de paternité de l'enfant.
3. Le demandeur promet de verser à la porteuse une somme précise (habituellement 10 000 \$ US) quand ses droits de maternité seront annulés en vertu d'une ordonnance d'un tribunal, à condition qu'il ait la garde de l'enfant.
4. Les parties conviennent que la somme due à la mère porteuse peut être considérablement réduite dans l'éventualité d'un avortement spontané ou si l'enfant est mort-né. Dans l'affaire *Bébé M*, par exemple, la mère porteuse ne devait rien toucher en cas d'avortement spontané au cours du quatrième mois (ou avant), et elle ne devait obtenir que 1 000 \$ en cas d'avortement spontané après le quatrième mois ou si le fœtus était mort-né.
5. La mère porteuse s'engage à subir une amniocentèse.
6. La mère porteuse convient de ne pas se faire avorter, sauf si le couple demandeur décide, en fonction des résultats de l'amniocentèse, qu'il ne veut pas que l'enfant naisse, auquel cas elle s'engage à se faire avorter.
7. La mère porteuse s'engage à ne pas établir de lien affectif de nature maternel avec le fœtus.
8. La mère porteuse convient de ne pas boire d'alcool, de ne prendre aucun médicament, en vente libre ou sur ordonnance, ou aucune drogue illicite sans l'autorisation d'un médecin dont le nom est précisé dans le contrat, ainsi que de suivre toutes les instructions médicales de ce médecin.
9. Dans l'éventualité où la garde de l'enfant serait accordée à toute personne non apparentée au couple demandeur (à la porteuse, par exemple), la mère porteuse et son mari promettent de rembourser au couple demandeur toutes les sommes qu'il se ferait ordonner de verser pour la garde de l'enfant.
10. Si le demandeur meurt avant la naissance de l'enfant, la mère porteuse et son conjoint s'engagent à renoncer à leurs droits et à céder la garde de l'enfant à sa conjointe. Si le demandeur n'est pas marié ou si son épouse meurt aussi avant la naissance de l'enfant, la mère porteuse convient de céder la garde à la personne désignée dans le contrat par le couple demandeur.
11. Le couple demandeur convient de payer des dépenses précises engagées par la mère porteuse, notamment ses frais médicaux, d'hospitalisation, de laboratoire, de thérapie et ses frais de déplacement, de logement et de garde d'enfants.

On nous a souvent dit craindre que les femmes disposées à devenir mères porteuses soient économiquement vulnérables au départ, autrement dit qu'il est bien peu vraisemblable qu'une femme aisée y consente. Les recherches de la Commission ont confirmé que c'est souvent le cas; elles ont révélé des différences socio-économiques marquées entre les femmes demandeuses et les mères porteuses. Bien que les données fiables sur les participants et participantes soient rares, celles qui existent montrent que les mères porteuses sont plus jeunes, moins instruites et ont des revenus moindres que les couples demandeurs. L'étude réalisée pour le compte de la Commission de réforme du droit, par exemple, a porté sur 32 couples demandeurs; elle a constaté qu'ils tendent en moyenne à être beaucoup plus âgés que les mères porteuses; le plus jeune des hommes demandeurs avait 35 ans et la plus jeune des femmes demandeuses 34 ans; la plus âgée des mères porteuses avait 33 ans.

Pris collectivement, les couples demandeurs étaient plus instruits que les mères porteuses. En effet, 88 pour 100 des hommes demandeurs (et 79 pour 100 des femmes demandeuses) avaient fait des études post-secondaires, comparativement à 17 pour 100 seulement des mères porteuses. Cela se reflétait sur leurs métiers : les couples demandeurs tendaient davantage à exercer une profession et à avoir des revenus élevés. Compte tenu des sommes à déboursier (20 000 \$ ou plus lorsqu'il faut payer un intermédiaire en plus de la mère porteuse), seuls les nantis peuvent s'offrir un contrat de maternité de substitution, de sorte que leur groupe très restreint n'est pas représentatif de l'ensemble de la population.

Les recherches dans ce domaine sont d'une fiabilité limitée à plusieurs égards. Les échantillons étaient petits, et l'étude de la Commission de réforme du droit du Canada date de 1988. Néanmoins, celle-ci a révélé que la plupart des mères porteuses visées étaient mariées, habituellement à un travailleur manuel, qu'elles étaient pour la plupart protestantes et presque toutes de race blanche. La plupart d'entre elles avaient tout au plus un diplôme d'études secondaires (ou n'avaient pas terminé leurs études secondaires); beaucoup ne travaillaient pas à l'extérieur du foyer. Les comptes

Les contrats à titre onéreux de maternité de substitution équivalent à vendre des bébés. Si la mère porteuse n'offrait qu'un service de gestation, elle aurait sur l'enfant des droits égaux à ceux du père une fois la grossesse terminée et l'enfant né. Le fait que de nombreux contrats stipulent que la mère touchera une somme moindre si le produit (son enfant) est « défectueux » montre bien que la grossesse n'est qu'un moyen, et que la fin recherchée est un bébé sain.
(Traduction)

*Mémoire présenté à la Commission
par l'Institut canadien de recherches
sur les femmes, 20 septembre 1990.*

rendus anecdotiques que la Commission a entendus confirment cette description de la situation des mères porteuses et de leur partenaire et laissent entendre que ces personnes tendent à être d'un niveau socio-économique inférieur à celui des couples demandeurs, de sorte que l'argent est un facteur important dans leur décision de passer un contrat de maternité de substitution.

L'expérience vécue par un intermédiaire américain confirme le bien-fondé de cette description. Quand la participation était purement bénévole, cet intermédiaire ne trouvait guère qu'une mère porteuse par an. Une fois qu'il a commencé à offrir de l'argent, le nombre des postulantes est passé, en deux ans, à 20 par an. Bref, s'il n'y avait pas rémunération, il y aurait beaucoup moins de femmes disposées à devenir mères porteuses.

Les inégalités entre les mères porteuses et les couples demandeurs s'aggravent à cause des intermédiaires. En dépit du caractère neutre du terme, le fait est que les « intermédiaires » sont des commerçants, qui représentent habituellement les intérêts des couples demandeurs, lesquels leur versent des « honoraires » de 10 000 \$ à 16 000 \$ US. L'inégalité des parties est d'ailleurs confirmée par les modalités du contrat typique, dans lequel la mère porteuse convient d'assumer tous les risques de la procréation assistée et de la grossesse — jusqu'à et y compris sa propre mort — tout en respectant les règles de comportement et autres stipulées dans le contrat, dont l'obligation de se soumettre à des examens et à des traitements médicaux à l'entière discrétion du couple demandeur.

Par contre, le couple demandeur n'est tenu que de verser la somme convenue au moment où l'enfant lui est remis et où la mère porteuse renonce à ses droits maternels en lui en cédant la charge. Le couple peut refuser d'accepter l'enfant s'il n'est pas l'enfant génétique du demandeur, et l'on a même vu des cas où le couple demandeur avait refusé d'accepter l'enfant parce qu'il était du « mauvais » sexe ou présentait une anomalie ou une infirmité congénitale.

L'une des conséquences les plus graves que ces techniques risquent d'avoir pour les femmes est l'émergence d'une classe de reproductrices professionnelles, qui mènerait à des abus et à l'exploitation des femmes, et particulièrement des femmes sans emploi, économiquement défavorisées, peu instruites, immigrantes et membres des minorités visibles. Ces femmes seront manipulées au profit des Canadiennes de race blanche de la classe moyenne supérieure. Vous [...] devez faire en sorte que ces femmes soient protégées et respectées par la loi. (Traduction)

B. Lee, Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada, compte rendu des audiences publiques, Moncton (Nouveau-Brunswick), 19 octobre 1990.

La Commission a constaté que les contrats de maternité de substitution inquiétaient particulièrement les nombreux groupes représentant des femmes des minorités qui ont comparu devant elle. Les représentantes de ces groupes ont déclaré qu'elles craignaient une intensification de l'exploitation des femmes ayant de faibles revenus, dont une trop grande proportion sont membres de minorités. Qui plus est, l'avènement de contrats de maternité de substitution non génétique laisse entrevoir la possibilité que les femmes de groupes minoritaires puissent être utilisées par des couples de race blanche pour porter leurs enfants, aussi bien au Canada que dans les pays en développement. Ce problème a été soulevé notamment par un regroupement de femmes immigrantes et de femmes membres des minorités visibles de la Colombie-Britannique :

Avec l'émergence des contrats à titre onéreux de maternité de substitution et compte tenu de l'expérience actuelle, nous prévoyons des conséquences extrêmement graves pour toutes les femmes pauvres en général et pour les femmes de couleur en particulier, dont le nombre est disproportionnellement élevé. [...] Nous recommandons que la Commission réclame l'interdiction de la maternité de substitution. Les inconvénients que posent les risques accrus d'exploitation pour les femmes de couleur l'emportent de loin sur tous les avantages que la situation serait susceptible de présenter pour les couples aisés. (Traduction) (*S. Thobani, Immigrant and Visible Minority Women of British Columbia, compte rendu des audiences publiques, Vancouver (Colombie-Britannique), 26 novembre 1990.*)

Ces craintes sont fondées : la Commission a appris qu'au moins un intermédiaire américain fait entrer aux États-Unis des mères porteuses auxquelles il verse uniquement une somme couvrant les frais de déplacement et de subsistance, ce qui représente des économies considérables pour les couples demandeurs. Et ce même intermédiaire étudie la possibilité de ne faire entrer aux États-Unis que les enfants des mères porteuses; la grossesse et l'accouchement se dérouleraient alors entièrement à l'extérieur de États-Unis.

Les formes non financières d'exploitation présentent aussi un danger, et bien des groupes qui ont comparu devant la Commission l'ont souligné.

L'idée que des femmes peuvent être si pauvres qu'elles n'ont d'autre choix que de gagner leur vie en produisant des bébés est répugnante, bien entendu. [...] Il faut prendre des mesures afin d'éviter qu'une femme ne devienne mère porteuse pour de l'argent et afin de tenir dûment compte de toutes les questions juridiques et éthiques qui entourent cette pratique. (Traduction)

D. Ellis, Fédération canadienne des clubs de femmes de carrières libérales et commerciales, compte rendu des audiences publiques, Toronto (Ontario), 29 octobre 1990.

Déshumanisation et dégradation des femmes

Abstraction faite de la question de savoir si les contrats à titre onéreux de maternité de substitution sont un moyen d'exploitation en eux-mêmes, des témoins ont demandé à la Commission de réfléchir aux aspects déshumanisants et dégradants de ces contrats pour les femmes qui y participent en particulier, et pour toutes les femmes en général :

Dans le contrat de maternité de substitution, la femme qui ovule, conçoit, porte l'enfant, accouche et donne naissance à un bébé n'est pas appelée « la mère » : elle est une simple « porteuse ». C'est présumer que la véritable mère est la femme du couple infertile. Selon nous, c'est extrêmement dégradant pour la première de ces deux femmes. (Traduction) (*J. Lewicky, Alberta Federation of Women United for Families, compte rendu des audiences publiques, Calgary (Alberta), 14 septembre 1990.*)

Ces éléments sont tout à fait évidents dans les contrats que doivent signer les mères porteuses, par lesquels elles renoncent à leur droit de refuser des traitements médicaux, un droit pourtant garanti en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui protège le droit de chacun à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. En outre, d'autres valeurs inhérentes à la Charte, comme le droit des femmes à l'autonomie et à la dignité (article 7), ainsi qu'à l'égalité (article 15) seraient minées si l'État légitimait les contrats de maternité de substitution ou s'il en ordonnait l'exécution :

Pour faire en sorte que la mère fournisse un bon milieu à son « produit », on lui impose souvent une réglementation rigoureuse de son alimentation, de son activité physique et de ses relations sexuelles avec son partenaire masculin. Elle peut aussi être tenue de subir des traitements médicaux, notamment une échographie, une amniocentèse, voire un avortement, qu'elle le désire ou pas. Autrement dit, le contrat lui retire son droit de refuser des traitements médicaux. Si l'on devait décider que les contrats de maternité de substitution sont juridiquement exécutoires, on poserait un dangereux précédent pour les droits de toutes les femmes enceintes. (Traduction) (*Mémoire présenté à la Commission par l'Institut canadien de recherches sur les femmes, 20 septembre 1990.*)

Préjudice causé aux participants et aux enfants

Les partisans des contrats de maternité de substitution minimisent l'importance du préjudice causé aux mères porteuses en disant qu'elles sont libres de décider de l'être ou pas. D'autres témoins ont contesté cet argument, en soulignant que les circonstances qui entourent de tels contrats sont susceptibles d'amener les maris ou les partenaires de ces femmes à faire pression sur elles, voire à prendre des mesures coercitives pour les pousser à devenir mères porteuses, afin d'arrondir les revenus du ménage. Même sans coercition directe, compte tenu de la disparité entre

les revenus et le statut social des couples demandeurs et des mères porteuses, celles-ci n'auraient pas vraiment le choix. D'ailleurs, même dans les cas de contrats à titre gratuit, les pressions familiales risquent aussi de miner la capacité d'une femme de décider librement de devenir mère porteuse ou pas.

En outre, même prise librement, la décision de devenir mère porteuse peut avoir de sérieuses conséquences psychologiques. La grossesse provoque des changements physiques et hormonaux qui peuvent affecter les émotions de la femme, et par conséquent modifier ses relations avec son partenaire et avec ses enfants. Ces changements peuvent aussi influencer sa façon de percevoir sa situation et le fœtus qu'elle porte. Or, ces effets sont impossibles à prédire de façon précise avant le début de la grossesse; pourtant, les contrats de maternité de substitution obligent souvent les mères porteuses à garantir à l'avance qu'elles ne formeront pas de liens affectifs maternels avec le fœtus pendant les neuf mois de la grossesse et qu'elles se détacheront complètement de l'enfant peu après sa naissance.

Certaines personnes qui ont étudié la pratique des contrats de maternité de substitution maintiennent que de nombreuses mères porteuses sous-estiment gravement les conséquences affectives et psychologiques de leur renonciation à l'enfant. En fait, il existe de nombreux textes des domaines médical, gynécologique et psychologique confirmant que la force du lien qui se crée pendant la grossesse ne devrait pas être sous-estimée, et que toute séparation forcée de la mère et de l'enfant peut causer un préjudice durable à la mère.

Certains intermédiaires américains ont déclaré que les mères porteuses tendent à nier que l'enfant qu'elles portent est le leur et à le considérer comme s'il « appartenait » au couple demandeur. Néanmoins, on rapporte que les femmes qui renoncent à leur enfant sans grande difficulté sur le coup

Même si on ne peut pas vraiment dire que les contrats de grossesse constituent une nouvelle technique de reproduction, il faut quand même s'y arrêter parce que c'est un phénomène qui est en train de devenir très important dans notre société. Pour nous, c'est évident qu'il faut en interdire l'accès. Les contrats de grossesse contribuent à morceler davantage l'expérience de la maternité et à commercialiser le corps des femmes; c'est une forme d'exploitation qu'il faut à notre avis interdire.

C. Coderre, Fédération des femmes du Québec, compte rendu des audiences publiques, Montréal (Québec), 21 novembre 1990.

Les contrats à titre onéreux de maternité de substitution sapent le statut d'égalité des femmes, parce qu'ils confirment l'idée selon laquelle la valeur des femmes est fonction de leur capacité de reproduction, qui devient un service qui s'achète et se vend.

peuvent en souffrir par la suite. Les effets à long terme d'une telle renonciation ne sont tout simplement pas connus, bien qu'on puisse établir une analogie avec l'adoption à partir des études portant sur ce domaine. Les indices donnent en effet à penser que les effets de la renonciation — notamment un chagrin durable — peuvent être communs aux deux pratiques.

Par contre, si la mère porteuse décide de ne pas renoncer à l'enfant, elle risque d'éprouver des sentiments de culpabilité, par exemple, en raison de son refus de remettre au couple demandeur l'enfant attendu. En outre, elle peut être poursuivie en justice par le couple, qui veut avoir la garde de l'enfant. Même si elle réussit à le garder, soit parce que le couple demandeur ne conteste pas sa décision devant les tribunaux, soit parce qu'elle gagne le procès, elle doit élever l'enfant d'un autre avec son mari ou son partenaire, voire seule, et faire face à toutes les répercussions possibles de son refus sur ses relations familiales et sur sa situation financière.

Cela dit, même pour les femmes demandeuses, les contrats de maternité de substitution ne présentent pas que des avantages. La société attache une grande importance aux liens génétiques entre le père et l'enfant, de sorte qu'elles peuvent se sentir obligées d'accéder au désir de l'homme d'avoir un enfant qui lui est génétiquement apparenté. Elles peuvent croire, par exemple, que c'est quelque chose qu'elles « doivent » à leur conjoint en raison du sentiment d'infériorité qu'elles nourrissent à cause de leur incapacité de porter elles-mêmes l'enfant. Plusieurs femmes demandeuses ont aussi dit avoir de la difficulté à accepter ce que bien des femmes considèrent comme fondamentalement inacceptable : l'idée qu'en fait, leur mari a un enfant d'une autre femme. Bref, il n'est peut-être pas certain que les femmes demandeuses consentent de leur plein gré à ce genre de contrat, à l'instar des mères porteuses. Elles risquent, elles aussi, d'être forcées à accepter un tel contrat, même si les pressions exercées sur elles sont subtiles.

D'autres sources de tension peuvent surgir pendant que le couple élève l'enfant. En effet, bien qu'il soit possible d'implanter un zygote dans l'utérus de la mère porteuse, auquel cas la femme et l'homme demandeurs peuvent tous deux être les parents génétiques de l'enfant à naître, ce n'est pas ainsi qu'on procède dans la plupart des cas. Un seul des membres du couple est généralement apparenté génétiquement à l'enfant, qui est le fruit d'un contrat de maternité de substitution où la mère porteuse est aussi la mère génétique; en pareil cas, le conjoint est apparenté à l'enfant, alors que dans les cas d'insémination assistée par donneur, si l'homme est infertile, l'enfant est apparenté à la femme. Comme nous l'avons vu au chapitre 19 sur l'emploi de gamètes de donneur, cette situation peut susciter dans l'esprit des deux membres du couple l'idée que leurs liens avec l'enfant sont inégaux. L'enfant peut aussi devenir un symbole et un rappel constant de l'infertilité de la femme.

En outre, bien qu'ils n'aient pas été parties aux contrats qui ont mené à leur naissance, les enfants peuvent en être profondément affectés.

Premièrement, ils ont été conçus non pas pour eux-mêmes, mais en réponse au besoin d'autrui et, au moins dans une certaine mesure, pour des raisons d'ordre financier dans le cas de l'intermédiaire (et peut-être aussi ceux de la mère porteuse et de son partenaire). Ensuite, lorsque les parents génétiques, gestationnels et sociaux sont complètement distincts, comme cela peut arriver dans le contexte d'un contrat de maternité de substitution, le développement personnel et affectif de l'enfant, ainsi que son sentiment d'identité, peuvent être fortement touchés; l'expérience vécue dans les cas d'adoption l'a démontré.

Les contrats à titre onéreux de maternité de substitution constituent une pratique trop récente pour que les enfants qui en sont issus soient parvenus à l'âge adulte. On a néanmoins constaté plusieurs conséquences psychosociales susceptibles de présenter un risque pour eux. L'enfant peut être vraiment désiré et chéri, mais il a quand même été « acheté », ce qui pourrait l'amener à se percevoir comme un bien commercial et à avoir l'impression qu'il doit être à la hauteur de son « prix d'achat ».

Les intermédiaires axent leur action sur le service : le client est le couple demandeur. L'enfant est considéré comme un « produit », puisque le couple peut rompre le contrat si celui-ci est « défectueux ». En outre, les intermédiaires ne vérifient habituellement pas si les futurs parents vont offrir un bon foyer aux enfants, car, pour eux, la seule chose qui importe est leur capacité de payer.

Enfin, il faut tenir compte du risque de conflits à l'intérieur des familles, par exemple si les autres membres désapprouvent l'idée du contrat, ainsi que des effets sur les enfants qui pourraient penser, à tort ou à raison, que leur existence est la source de ces conflits.

L'écheveau complexe et extrêmement douloureux des relations suscitées par la maternité de substitution est un signe du caractère profondément personnel de la procréation. [...] Il ne faudrait pas tenter de remplacer cette relation familiale fondamentale par une structure juridique arbitraire.
(Traduction)

L. Moreau, Bureau de formation au mariage et à la famille, Archidiocèse de Vancouver, compte rendu des audiences publiques, Vancouver (Colombie-Britannique), 27 novembre 1990.

L'expérience du lien qui s'établit entre la mère et le fœtus pendant la grossesse et au moment de l'accouchement est imprévisible pour la mère porteuse. Quand un tel lien se tisse, aucune femme ne devrait avoir à renoncer à son enfant. (Traduction)

Mémoire présenté à la Commission par le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, mars 1991.

La famille de la mère porteuse subit aussi le contrecoup de sa grossesse. Si elle a d'autres enfants, ils voient leur mère abandonner le bébé; on rapporte le cas d'enfants qui se sont demandé s'ils risquaient d'être abandonnés eux aussi. Si la mère porteuse a un partenaire, celui-ci doit s'accommoder des changements physiques et psychologiques entraînés par la grossesse, à un moment où il éprouve peut-être du ressentiment ou de la jalousie à l'idée que sa femme porte l'enfant d'un autre. Enfin, les parents de la mère porteuse peuvent souffrir de la perte d'un enfant qu'ils considèrent comme leur petit-fils ou leur petite-fille.

Préjudices sociaux

Au-delà de leurs effets sur les personnes directement touchées, les contrats à titre onéreux de maternité de substitution ont des répercussions sur la société et sur les perceptions sociales du rôle et de la valeur des femmes, des familles et des enfants. C'est ainsi que, par exemple, de nombreux témoins ont déclaré à la Commission qu'ils craignaient que ces contrats ne renforcent la définition sociale de la femme fondée sur son aptitude à porter des enfants, ainsi que la perception de son corps comme un instrument créé pour servir les intérêts d'autrui.

La Commission a entendu bien des gens qui redoutent que les contrats de maternité de substitution ne modifient la signification sociale de la paternité et de la maternité, ainsi que des responsabilités familiales et parentales en réduisant la conception à une transaction, à une sorte d'échange qui se ferait uniquement au gré des adultes en cause, l'enfant étant le produit de l'échange. Cela serait clairement contraire à la notion voulant que l'enfant constitue une fin en soi et est un être humain ayant sa dignité et son identité propres.

L'idée que la société se fait des enfants risquerait d'en être irrévocablement modifiée, car ils seraient considérés comme des produits, des choses qu'on peut acheter et vendre. Or, la notion des droits de la personne tend à évoluer depuis vingt ans vers une reconnaissance accrue des enfants comme des personnes et non comme la propriété de leurs parents.

La maternité de substitution [...] ne fait rien pour renforcer l'idée que les femmes sont les égales des hommes et qu'elles sont des personnes à part entière; au contraire, elle les démoralise et les déshumanise. Les enfants deviennent des produits « fabriqués en usine » et exploités. (Traduction)

R. Murray, Prairie Prolife of Portage, compte rendu des audiences publiques, Winnipeg (Manitoba), 24 octobre 1990.

Inégalité sexuelle

Enfin, les Canadiens et les Canadiennes ont déclaré à la Commission que les contrats de maternité de substitution perpétuent les inégalités entre

les hommes et les femmes dans notre société, parce qu'ils renforcent l'idée que la valeur de la femme est définie en fonction des besoins de l'homme et que l'homme a le droit de contrôler le corps de la femme.

D'un point de vue historique, notre société est fondée sur le principe que le rôle premier de la femme est la maternité et que l'homme a des droits juridiques sur le corps de la femme. Un grand nombre de ceux qui s'opposent aux contrats à titre onéreux de maternité de substitution y voient une perpétuation du postulat selon lequel le rôle des femmes et leur valeur dans la société repose sur leurs fonctions sexuelles et reproductives, ainsi qu'un renforcement de l'idée que les hommes ont le droit de contrôler ces fonctions.

Le principe de l'égalité signifie que chaque membre de la collectivité a droit, comme tous les autres, à l'intérêt et au respect. Les contrats à titre onéreux de maternité de substitution sapent le statut d'égalité des femmes, parce qu'ils confirment l'idée selon laquelle la valeur des femmes est fonction de leur capacité de reproduction, qui devient un service qui s'achète et se vend.

Arguments favorables aux contrats à titre onéreux de maternité de substitution

Ceux pour qui la pratique des contrats de maternité de substitution est acceptable tendent à adopter deux points de vue globaux, celui de l'autonomie et des droits de la personne ou celui de la nécessité médicale.

Autonomie personnelle

Les arguments sont essentiellement fondés sur le principe suivant : le droit de passer un contrat de maternité de substitution est inhérent aux droits des couples de se reproduire en ayant des rapports sexuels, lequel est protégé par des principes comme celui de l'intimité des relations conjugales et de la liberté. C'est donc dire que chacun a le droit de

La production d'enfants dans le but de les vendre perpétue logiquement une condition particulière à la femme, condition qu'elle vit depuis des siècles, soit celle de la chosification de son corps. On peut tirer de la pornographie une analogie utile pour comprendre le sens de la maternité de substitution. La chosification de la femme est un élément fondamental et de la pornographie et de la prostitution, deux activités dans lesquelles les femmes font de leur corps — ou plus précisément de parties de leur corps — des objets à vendre. (Traduction)

C. Boodram, Fédération canadienne des femmes diplômées des universités, compte rendu des audiences publiques, Edmonton (Alberta), 13 septembre 1990.

procréer, que ceux qui ne peuvent pas le faire en ayant des rapports sexuels ont le droit d'avoir recours à tous les autres moyens dont ils disposent, et qu'ils ont droit aussi à l'aide de l'État pour exercer leur droit de procréer.

À cela s'ajoute un deuxième argument, à savoir que la femme a le droit de contrôler son propre corps. Par conséquent, à condition d'avoir choisi de le faire en toute connaissance de cause et en toute liberté, elle devrait pouvoir devenir porteuse sans aucune intervention de l'État :

Nous sommes fermement convaincues que la femme a le droit de prendre la décision de devenir mère porteuse. (Traduction) (*E. Mertick, Alberta Advisory Council on Women's Issues, compte rendu des audiences publiques, Edmonton (Alberta), 13 septembre 1990.*)

Nécessité médicale

Plusieurs associations médicales et divers autres groupes qui ont comparu devant la Commission ont dit considérer l'insémination assistée et la fécondation *in vitro* dans le contexte de contrats de maternité de substitution comme des traitements acceptables et médicalement justifiables de certains types d'infertilité (p. ex. absence ou déformation de l'utérus) ou encore de maladies (hypertension grave, diabète ou trouble cardiaque) dont la femme demandeuse souffrirait :

Nous ne recommandons pas nécessairement la maternité de substitution. Nous disons seulement que si les conditions s'y prêtent, il pourrait être avantageux pour une femme handicapée de recourir à ce moyen pour avoir un enfant. (Traduction)

Y. Peters, Conseil canadien des droits des personnes handicapées, compte rendu des audiences publiques, Vancouver (Colombie-Britannique), 28 novembre 1990.

Nous sommes favorables à la maternité de substitution dans des circonstances médicalement valables, par exemple dans le cas d'une femme qui a subi une hystérectomie pour une raison quelconque, qui est incapable de porter un enfant ou qui souffre d'un trouble congénital risquant de se transmettre à l'enfant et pouvant mettre en danger la vie de ce dernier. [...] Nous ne sommes pas favorables à la maternité de substitution pour des raisons non médicales, ni à la commercialisation des contrats de maternité de substitution, même dans les cas où des raisons médicalement valables pourraient les justifier. (Traduction) (*R. Reid, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et Société canadienne de fertilité et d'andrologie, compte rendu des audiences publiques, Montréal (Québec), 22 novembre 1990.*)

Nous ne voulons pas dire si la maternité de substitution est un bien ou un mal. [...] La question consiste à savoir si le besoin de cette technique se fait sentir ou non. De nombreuses femmes sont incapables de se

reproduire après avoir perdu leurs fonctions utérines par suite de l'ablation de tumeurs malignes, particulièrement dans les cas de carcinome du col de l'utérus, qui frappe les femmes à l'âge de fécondité. Ces femmes sont fréquemment à l'âge de procréation optimal quand elles sont soudainement privées de leurs fonctions utérines, alors que leurs ovaires restent fonctionnels. La maternité de substitution leur offre une solution idéale pour avoir leurs propres enfants biologiques. (Traduction) (A. Yuzpe, *Faculté d'obstétrique et de gynécologie, Université Western Ontario, compte rendu des audiences publiques, London (Ontario), 2 novembre 1990.*)

Rejet des contrats à titre onéreux avec possibilité d'acceptation des contrats à titre gratuit de maternité de substitution

La Commission a aussi entendu les témoignages de Canadiens et de Canadiennes qui jugent répugnants les aspects commerciaux des contrats de maternité de substitution, mais qui voient de façon bien différente les contrats privés à titre gratuit. Plusieurs témoins ont fait la distinction suivante entre ces deux types de contrats :

Dans toutes les cultures et depuis toujours, il arrive parfois que des femmes portent des enfants pour d'autres femmes qu'elles connaissent personnellement. Elles s'entendent pour le faire sans qu'il y ait d'échange d'argent, et leurs ententes prévoient souvent des interactions durables de toutes les parties. Nous ne croyons pas que ces contrats à titre gratuit posent des problèmes pour les valeurs publiques ou pour la situation de la femme. Néanmoins, il faudrait les distinguer de la pratique nouvelle des contrats à titre onéreux de maternité de substitution faisant appel à la médiation d'un tiers entre une femme et les autres parties désireuses d'avoir un enfant. (Traduction) (*Mémoire présenté à la Commission par le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 28 mars 1991.*)

D'autres témoins qui ont fait cette distinction ont souligné deux facteurs, le premier étant le danger de condamner une pratique à la clandestinité en la déclarant illégale, et le second la réticence à priver les gens d'une possibilité de fonder une famille.

Le deuxième facteur reflète l'opinion d'un grand nombre de Canadiens et de Canadiennes, s'il faut en croire les sondages réalisés pour le compte de la Commission, qui ont révélé que les opinions au sujet des contrats de maternité de substitution varient considérablement selon le type de contrat (commercial ou non commercial) et selon les circonstances qui amènent les gens à envisager ce genre de pratique. Il n'y a toutefois aucun consensus sur les types de contrats de maternité de substitution qui devraient être autorisés ni sur le fait même de les autoriser ou non.

Dans un des sondages, par exemple, on demandait aux répondants si un couple devrait envisager un contrat de maternité de substitution dans l'éventualité où la femme souffrirait d'une affection risquant de mettre sa vie en danger si elle devenait enceinte. La moitié des répondants

(49 pour 100) ont rejeté l'idée d'un contrat de maternité de substitution dans ces conditions, tandis que 31 pour 100 l'ont acceptée et que 19 pour 100 sont restés neutres. Dans un autre sondage, 58 pour 100 des répondants ont rejeté — et 23 pour 100 approuvé — l'idée d'un contrat de maternité de substitution dans une situation où la femme serait infertile et où le sperme de son partenaire serait utilisé pour féconder une autre femme.

Les sondages ont aussi montré que beaucoup de Canadiens et de Canadiennes ne souhaitent

pas fermer la porte aux contrats de maternité de substitution, même s'ils (ou elles) n'y participeraient directement ou ne conseilleraient pas à d'autres de le faire. C'est ainsi que 46 pour 100 des répondants à une question posée de façon générale (la situation du couple n'était pas précisée) ont déclaré qu'une personne infertile devrait pouvoir envisager un contrat de maternité de substitution, alors que 30 pour 100 ont dit qu'elle ne devrait pas le faire et que 24 pour 100 sont restés neutres.

Enfin, les sondages ont révélé que la majorité des répondants (61 pour 100) ne pensent pas que les contrats de maternité de substitution auraient vraisemblablement de grandes répercussions sur la société, et ce, surtout parce qu'on n'y aura pas recours très souvent. Cette opinion reflète, bien sûr, le fait qu'une grande majorité des répondants ont dit ne pas vouloir participer à un contrat de ce genre; 90 pour 100 des femmes interrogées ont déclaré qu'il était peu probable qu'elles deviennent mères porteuses, en disant par exemple : « Je ne pourrais pas abandonner un bébé auquel j'aurais donné naissance » et « Je ne voudrais pas passer par la grossesse et l'accouchement, à moins que l'enfant soit à moi ».

Il serait pratiquement impossible de faire respecter une loi interdisant les contrats privés à titre gratuit de maternité de substitution, comme en attestent des témoignages comme le suivant :

Il faut souligner que nous n'appuyons pas la maternité de substitution en tant que moyen d'avoir un enfant. Toutefois, nous reconnaissons que cette pratique existe et nous croyons que toute tentative de l'interdire ne ferait que la rendre clandestine. [...] Si la pratique devient clandestine et qu'elle échappe par conséquent à tout contrôle, les victimes seront les enfants et les femmes. [...] Selon nous, cela est loin d'être souhaitable. (Traduction) (*L. Newson, Conseil national des femmes du Canada, compte rendu des audiences publiques, Saskatoon (Saskatchewan), 25 octobre 1990.*)

Si j'ai réussi à vous faire comprendre comment je me suis sentie récemment, alors j'espère que vous ne recommanderez pas qu'on mette fin à ce que ma sœur et moi avons fait. Quand elle n'exploite personne, je suis convaincue que la maternité de substitution a sa place dans notre société. (Traduction)

Simple citoyenne, compte rendu des audiences publiques, Vancouver (Colombie-Britannique), 26 novembre 1990.

Pour certains témoins, par conséquent, la meilleure approche consiste à tenter de protéger contre les mauvais traitements et l'exploitation tous les enfants issus de ces contrats, ainsi que leurs intérêts :

Selon nous, la maternité de substitution ne devrait pas être explicitement encouragée, mais elle ne devrait pas non plus être interdite. Par conséquent, nous sommes arrivés à la conclusion générale suivante [...] : les contrats à titre gratuit qui ne lient pas les parties et qui sont nécessairement inspirés par des sentiments généreux et sincères ne devraient pas être criminalisés ou interdits d'une façon quelconque. [...] Nous reconnaitrions donc que cette pratique existe manifestement, en prenant les mesures juridiques nécessaires. (Traduction) (*J. Dillon, Association du Barreau canadien, compte rendu des audiences publiques, Vancouver (Colombie-Britannique), 27 novembre 1990.*)

Pour d'autres encore, il serait dangereux de tolérer même les ententes à titre gratuit entre membres de la famille immédiate :

Non, on n'accepte pas la maternité de substitution entre sœurs. On considère que la commercialisation du corps humain est absolument condamnable. C'est un principe d'éthique de base et je pense que même si c'est une sœur, ça ouvre la porte pour d'autres démarches. (*L. Fortin, Les Cercles de Fermières du Québec, compte rendu des audiences publiques, Montréal (Québec), 22 novembre 1990.*)

Évaluation de la Commission

Comme les sections qui précèdent l'indiquent, les contrats de maternité de substitution soulèvent des questions éthiques et juridiques à la fois compliquées et difficiles à trancher. Pendant qu'elles écoutaient les opinions contradictoires, une conclusion est devenue évidente pour les commissaires : les partisans et les adversaires de ces contrats n'arriveront vraisemblablement pas à se convaincre mutuellement quant à leurs aspects éthiques et sociaux. Les opinions à l'égard des contrats de maternité de substitution s'inspirent de convictions fondamentalement différentes sur la nature humaine et sur la façon — réelle ou souhaitable — dont tourne le monde. Il s'ensuit que les évaluations des conséquences actuelles ou potentielles des contrats de maternité de substitution pour les femmes, les enfants et les couples, et pour l'évolution de la société diffèrent, elles aussi.

Contrats à titre onéreux

La Commission juge que les contrats à titre onéreux de maternité de substitution vont à l'encontre de ses normes et principes moraux, et ce pour plusieurs raisons.

Premièrement, ces contrats portent atteinte à la dignité humaine, parce qu'ils ravalent au rang de produit de consommation la capacité de

reproduction de la femme, ainsi que les enfants; ils contredisent le principe selon lequel la procréation ne devrait absolument pas faire l'objet d'un commerce. Deuxièmement, ils comportent des dangers réels et potentiels pour les femmes et les enfants, ainsi que pour certains groupes de la société. Enfin, une politique publique qui tolère ou favorise l'établissement de relations conflictuelles est fondamentalement mauvaise, car l'État devrait au contraire tendre à appuyer et à favoriser des relations familiales et sociales qui soient humaines et non conflictuelles. Toute tentative de légitimer ou d'appuyer la pratique des contrats à titre onéreux de maternité de substitution par la politique publique correspondrait à l'antithèse même de ce rôle.

Chosification des enfants et de la reproduction

L'aspect fondamentalement répugnant des contrats de maternité de substitution est qu'ils réduisent les êtres humains à l'état d'instruments, la porteuse concevant délibérément un enfant dans le dessein d'y renoncer, habituellement moyennant rétribution. Les contrats à titre onéreux de maternité de substitution reposent en effet sur le principe qu'un enfant est un produit qu'on peut acheter et vendre. Or, la morale exige que les êtres humains soient traités comme une fin en soi et non comme un moyen pour autrui d'arriver à ses propres fins. Nous devons par conséquent confirmer la valeur intrinsèque des enfants. Les enfants ne sont pas des choses ni des instruments susceptibles d'être utilisés aux fins d'autrui. La chosification des enfants qu'entraînent inévitablement les contrats de maternité de substitution fait fi de ces valeurs essentielles.

En outre, les contrats à titre onéreux de maternité de substitution chosifient les fonctions reproductives des femmes, celles-ci étant mises dans une situation où elles aliènent des aspects d'elles-mêmes qui devraient être fondamentalement inaliénables. En effet, le contrat de maternité de substitution oblige la mère porteuse à vendre un aspect intime de ses fonctions d'être humain pour fournir à une autre personne un enfant génétiquement apparenté à celle-ci. Sa capacité de devenir enceinte et de porter un enfant est donc réduite à un service commercialisable. Pourtant, la société ne permet pas aux gens de renoncer à leur liberté et de devenir esclaves, même s'ils décident de le faire, parce qu'elle est convaincue que ce serait une négation de la valeur qu'elle attache à la dignité humaine et à l'inaliénabilité de la personne. De même, attribuer une valeur commerciale à la fonction humaine de reproduction aboutirait à une interprétation sociale nouvelle — et selon nous indésirable — de la valeur et de la dignité des femmes, de leur capacité de reproduction et de leur intégrité physique.

Bref, de par leur nature même — fournir un enfant contre de l'argent —, les contrats à titre onéreux de maternité de substitution contredisent un des principes éthiques fondamentaux de la Commission. Cela suffirait pour l'amener à recommander leur interdiction, car elle est convaincue que,

dans ce domaine, la politique de l'État devrait toujours être fondée sur le principe de la non-commercialisation de la reproduction.

Il a été clairement démontré que l'intermédiaire et la mère porteuse sont principalement motivés par l'argent. Loin d'être les ententes idylliques dépeintes par les intermédiaires,

qui décrivent les mères porteuses comme des anges altruistes donnant un enfant à des couples heureux mais infertiles, ces contrats à titre onéreux sont de simples transactions. L'enfant est un produit vendu par une partie et acheté par l'autre.

Le contrat de maternité de substitution oblige la mère porteuse à vendre un aspect intime de ses fonctions d'être humain pour fournir à une autre personne un enfant génétiquement apparenté à celle-ci. Sa capacité de devenir enceinte et de porter un enfant est donc réduite à un service commercialisable.

Préjudices causés aux personnes

La Commission reconnaît le bien-fondé des solides arguments qui lui ont été présentés pour l'amener à conclure que les contrats de maternité de substitution portent atteinte à l'autonomie des mères porteuses. En effet, loin d'accroître cette autonomie, comme certains l'ont prétendu, ces contrats leur dictent un comportement en leur imposant des obligations, y compris celles d'être traitées par les médecins choisis par le couple demandeur, de subir un avortement si celui-ci le décide, de renier leurs sentiments et de renoncer à leurs droits maternels avant même la conception. De plus, la Commission est convaincue que le risque de coercition et d'exploitation des mères porteuses a été clairement démontré, en raison des disparités de pouvoirs et de ressources entre elles et les couples demandeurs.

Les couples demandeurs se servent des mères porteuses comme d'un instrument pour arriver à leurs propres fins. Comme le New York State Task Force on Life and the Law l'a souligné, ils s'approprient la fonction de gestation de la mère porteuse, tout en rejetant la dimension personnelle, affective et psychologique de l'expérience et de la personne. Si les mères porteuses réussissent à nier les émotions qu'elles éprouvent durant cette profonde expérience, elles s'en trouvent déshumanisées. Si elles n'y arrivent pas, leur attachement à l'enfant provoque un conflit impossible à régler sans que toutes les parties intéressées en souffrent énormément.

Qui plus est, l'autonomie est impossible sans un choix éclairé. Or, les intermédiaires ne sont pas neutres, car ils représentent les intérêts du couple demandeur. Lorsque la mère porteuse a son propre avocat, celui-ci lui a souvent été recommandé par l'intermédiaire. Et comme on connaît si mal les effets psychosociaux des contrats sur les participants et participantes et les enfants, la mère porteuse ne peut pas prendre sa décision en tenant compte de toutes les informations susceptibles d'influer sur son

choix. Tous ces facteurs réduisent manifestement ses capacités de faire un choix éclairé lorsqu'il s'agit de signer le contrat de maternité de substitution.

La Commission conclut aussi que les craintes quant aux conséquences psychosociales de la participation des mères porteuses sont fondées, surtout parce que ces femmes ne peuvent pas prédire, au moment où elles signent le contrat, les sentiments qu'elles éprouveront après la naissance de l'enfant.

D'ailleurs, même s'il était possible pour les intéressées de prendre une décision en toute connaissance de cause, la société a déterminé certaines limites à ce que les gens sont libres de faire. Les situations où elle doit les imposer sont rares, mais cet élément est au cœur de notre définition de la société dans laquelle nous voulons vivre. Dans une société généreuse, l'autonomie personnelle n'est pas une valeur qui l'emporte sur toutes les autres; la société peut juger bon de limiter

Les enfants ne sont pas des choses ni des instruments susceptibles d'être utilisés aux fins d'autrui. La chosification des enfants qu'entraînent inévitablement les contrats de maternité de substitution fait fi de ces valeurs essentielles. En outre, les contrats commerciaux de maternité de substitution chosifient les fonctions reproductives des femmes, celles-ci étant mises dans une situation où elles aliènent des aspects d'elles-mêmes qui devraient être fondamentalement inaliénables.

l'exercice du libre choix individuel quand ce choix porte sur une activité qu'elle considère comme fondamentalement incompatible avec des valeurs comme le respect de la dignité humaine et de l'inaliénabilité de la personne.

On a invoqué devant la Commission l'argument selon lequel les contrats de maternité de substitution renforceraient l'autonomie de la femme en lui donnant la possibilité d'exprimer son droit de contrôler son propre corps en jugeant par elle-même du sens et des implications sociales de sa capacité de procréer. La Commission rejette cet argument. Bien que ce soient des valeurs profondes, la liberté et l'autonomie ne comprennent pas le droit de se livrer à des activités pouvant causer un préjudice à autrui, et particulièrement, dans le cas des contrats de maternité de substitution, à l'enfant à naître. L'autonomie doit évidemment s'arrêter quand l'exercice de ce droit porte atteinte aux autres. C'est manifestement le cas de la chosification des enfants.

Le préjudice causé aux enfants issus des contrats de maternité de substitution ne saurait être passé sous silence. Les commissaires rejettent l'argument selon lequel ces préjudices pourraient être compensés par le don de la vie, étant donné que cet argument relève de l'élément même qui est contesté, celui de la conception et de la naissance de l'enfant. À cet égard, la Commission fait sienne la conclusion du New York State Task Force on Life and the Law : « Aux fins de la politique d'État, il faut évaluer le bien-fondé des contrats avant que la conception ait lieu. Il ne s'agit pas

alors de savoir si on refuse la vie à un enfant, mais plutôt si on a le droit de lui donner la vie dans des circonstances qui l'exposent à des risques. »

(Traduction) Or, la Commission ne voit pas comment, dans la pratique, on pourrait protéger les intérêts de l'enfant à naître, ou même veiller à ce qu'on en tienne compte à l'étape de la négociation et de la conclusion d'un contrat de maternité de substitution.

Les contrats à titre onéreux de maternité de substitution ont effectivement des avantages, mais seulement pour les inter-

médiaires et les couples demandeurs, au détriment de femmes vulnérables et d'enfants qui n'ont pas demandé à naître.

Dans une société généreuse, l'autonomie personnelle n'est pas une valeur qui l'emporte sur toutes les autres; la société peut juger bon de limiter l'exercice du libre choix individuel quand ce choix porte sur une activité qu'elle considère comme fondamentalement incompatible avec des valeurs comme le respect de la dignité humaine et de l'inaliénabilité de la personne.

Préjudices causés à la société

La Commission s'associe à ceux et celles qui allèguent que les contrats à titre onéreux de maternité de substitution risquent d'avoir des conséquences néfastes, non seulement pour les personnes intéressées, mais aussi pour toutes les femmes, ainsi que pour d'autres groupes de la société. Le fait est que ces contrats renforcent les attitudes sociales selon lesquelles la maternité est le rôle qui définit le statut et la valeur des femmes. En outre, ils risquent de causer de grands préjudices sociaux en sapant la dignité de la reproduction et en réduisant l'intérêt que la société accorde à la valeur intrinsèque des enfants.

Même si leur nombre a été relativement limité jusqu'à présent, les contrats de maternité de substitution finiront avec le temps par avoir un effet néfaste sur la façon dont la société voit les femmes, les enfants et la reproduction en général.

Bref, nous rejetons l'idée que la politique d'État puisse être fondée sur l'assimilation de la procréation à un service de production d'un bien commercial, ce qui reviendrait à autoriser et à légaliser les contrats simplement parce que les couples demandeurs sont disposés à payer et que les mères porteuses sont libres de vendre leur travail. De plus, nous n'acceptons pas que la liberté de procréer donne automatiquement droit à l'aide de l'État, que ce soit sous la forme de contrats exécutoires ou de services médicaux subventionnés. Enfin, nous rejetons les arguments des partisans de ces contrats de maternité de substitution, parce qu'ils en brossent un tableau incomplet ou inexact, de sorte que l'État aurait tort de les appuyer, car la politique publique doit tenir compte non seulement des intérêts des participants, mais aussi de toutes les autres parties en cause,

y compris l'enfant à naître, ainsi que des risques que les contrats pourraient poser à l'individu ou à la société, voire aux deux à la fois.

Nous rejetons aussi l'argument de la nécessité médicale, car nous jugeons inacceptable qu'une seule partie — la mère « gestationnelle » — doivent assumer tous les risques médicaux de la grossesse et de l'accouchement et peut-être aussi ceux de la fécondation *in vitro* et du transfert de zygotes, alors que le couple demandeur en aurait tous les avantages. Il n'existe aucun exemple de cas où la société accepte qu'une personne en bonne santé coure des risques médicaux au profit d'une autre personne pour de l'argent, même quand la vie de cette dernière est en danger. D'ailleurs, en l'occurrence, l'infertilité de la demandeuse *ne met pas sa vie en danger*.

On croit généralement que les couples demandeurs signent un contrat de maternité de substitution parce que la femme est incapable d'être fécondée ou de porter un fœtus à terme, ou pour ces deux raisons. Les contrats de maternité de substitution seraient donc un dernier recours quand l'infertilité est impossible à traiter (ou lorsque

Nous rejetons l'idée que la politique d'État puisse être fondée sur l'assimilation de la procréation à un service de production d'un bien commercial, ce qui reviendrait à autoriser et à légaliser les contrats simplement parce que les couples demandeurs sont disposés à payer et que les mères porteuses sont libres de vendre leur travail.

les traitements ont échoué). Toutefois, nous avons vu que ce n'est pas toujours le cas, puisque les demandeurs ne sont pas toujours involontairement infertiles, ni membres d'un couple, ni à l'âge de procréation. De toutes façons, les contrats de maternité de substitution ne seraient pas non plus une solution acceptable.

Buts de la politique d'État

Comme nous l'avons déjà dit dans le présent rapport, dans le domaine des nouvelles techniques de reproduction, la politique de l'État devrait notamment avoir pour but de prévenir les conflits ou, à tout le moins, d'éviter de créer sciemment des situations où les conflits sont inévitables. Elle devrait favoriser de bonnes relations familiales et sociales, notamment en encourageant une plus grande acceptation sociale des liens familiaux fondés sur d'autres éléments que la filiation génétique.

La Commission reconnaît que la politique de l'État doit aider les gens à fonder des familles, et elle est favorable aussi au droit des femmes à l'autonomie. Néanmoins, elle est convaincue que les contrats de maternité de substitution peuvent causer un préjudice aux enfants, aux familles et à la société dans son ensemble, et qu'ils peuvent en fait réduire plutôt qu'accroître l'autonomie des femmes. Nous reconnaissons le désir réel et légitime des couples infertiles d'avoir des enfants, mais ce désir ne devrait pas prévaloir sur les intérêts de ces derniers, qui consistent en l'occurrence

à ne pas faire l'objet d'un contrat, d'une entente ou d'une transaction commerciale.

Nous croyons en outre que les contrats de maternité de substitution sont incompatibles avec l'éthique du souci d'autrui, étant donné qu'ils causent inévitablement et délibérément la rupture des liens parents-enfant et des tensions dans les relations familiales. Ils peuvent aussi provoquer de longs conflits acrimonieux devant les tribunaux et dans les médias entre la mère porteuse et le couple demandeur; bref, loin de prévenir des conflits, ces contrats tendent en fait à en créer davantage.

Pour arriver à ces conclusions, nous avons tenu compte des audiences publiques, des consultations et des sondages réalisés pour le compte de la Commission, qui ont révélé toute l'ambivalence des Canadiens et des Canadiennes à l'égard des contrats à titre gratuit. La population a vu ce qui s'est passé aux États-Unis, où plusieurs cas ont fait la manchette parce que les parties se disputaient âprement la garde de l'enfant, et elle ne veut

Même si ces obstacles pouvaient être surmontés par la réglementation, les dommages les plus profonds et les plus graves causés par les contrats de maternité de substitution demeureraient. Aucun système de réglementation ne saurait remédier à l'atteinte fondamentale à la dignité humaine causée par la chosification des enfants et par la commercialisation de la reproduction.

pas que des situations comme celle-là se produisent ici. En outre, comme nous l'avons constaté grâce à notre sondage réalisé dans tout le pays, les Canadiens et Canadiennes accordent une grande valeur au fait d'avoir des enfants et hésitent à refuser à d'autres la possibilité d'en avoir, même si cela équivaut à permettre une pratique qu'ils n'approuvent pas ou à laquelle ils n'auraient pas recours. On ne sait toutefois pas clairement si leur opinion est fondée sur une compréhension complète de la nature des contrats et de leurs implications, car une grande partie de l'information que le public reçoit vient des intermédiaires ou d'autres personnes qui ont intérêt à présenter ces contrats sous un jour positif.

Dans certaines circonstances, un contrat de maternité de substitution peut sembler être une solution raisonnable. Par exemple, lorsqu'une femme souffre d'une affection ou d'une maladie grave qui lui interdit toute grossesse, elle pourrait demander à une autre femme de concevoir son enfant après fécondation de ses propres ovocytes et avec le sperme de son partenaire. Néanmoins, compte tenu des grands préjudices sociaux que ces contrats risquent de causer, nous ne croyons pas que l'utilisation de la capacité de reproduction d'une autre femme soit justifiable même dans une situation comme celle-là, si difficile que puisse être pour les femmes en cause l'acceptation de leur incapacité d'avoir un enfant qui leur soit génétiquement apparenté.

Nous ne nions pas que la réglementation pourra permettre de diminuer certaines des pressions et certains des abus liés aux contrats de maternité de substitution, par exemple en exigeant l'accès aux services d'un avocat indépendant pour les mères porteuses, ou en imposant à toutes les parties l'obligation du recours à des services de soutien psychologique. Cela dit, nous sommes sceptiques; nous ne croyons pas qu'une réglementation quelconque puisse garantir la prise, par toutes les parties, de décisions éclairées. Qui plus est, de par sa nature même, cette solution ouvre la voie aux différends et aux conflits.

Même si ces obstacles pouvaient être surmontés par la réglementation, les dommages les plus profonds et les plus graves causés par les contrats de maternité de substitution demeurerait. Aucun système de réglementation ne saurait remédier à l'atteinte fondamentale à la dignité humaine causée par la chosification des enfants et par la commercialisation de la reproduction.

Contrats à titre gratuit

La Commission a tiré les mêmes conclusions pour les contrats de maternité de substitution à titre gratuit entre membres d'une famille ou entre amis intimes. Nous ne croyons pas que ce genre d'ententes doive être conclu, sanctionné ni favorisé. Les motifs des parties peuvent être sincères et généreux, mais le contrat a quand même pour résultat la chosification d'un enfant et du processus de la reproduction. Même quand il n'y a pas d'échange d'argent, personne ne devrait avoir le droit de « faire don » d'un autre être humain, car c'est une atteinte à la dignité humaine de l'enfant.

Les contrats à titre gratuit présentent aussi des risques de coercition puisque la famille peut faire pression sur les intéressées pour les amener à y participer. En outre, ils risquent d'envenimer les relations familiales avant ou après la naissance de l'enfant, en plus de poser des risques accrus de confusion dans l'esprit de l'enfant, à cause des contacts constants entre la femme qui l'a porté et le couple demandeur. Enfin, dans ce cas-là aussi, la mère porteuse court des risques médicaux au profit de quelqu'un d'autre.

Nous reconnaissons néanmoins que la pratique pourrait se poursuivre dans une certaine mesure. Elle appelle donc une action de la part de l'État, compte tenu particulièrement des incertitudes quant au statut juridique de l'enfant issu d'un contrat de ce genre et de la nécessité de faire en sorte que ses intérêts soient défendus. Nous tenons toutefois à préciser clairement que nos recommandations à cet égard n'auront pas pour but de sanctionner la pratique, mais simplement de reconnaître qu'elle se poursuivra probablement et que, si l'on ne prend pas de mesures dans ce domaine, les enfants pourraient être gravement lésés.

Recommandations

Les commissaires sont fermement convaincues que tous les contrats de maternité de substitution sont inacceptables et qu'aucun ne justifie une aide quelconque de l'État qui puisse être interprétée comme une acceptation ou une mesure d'encouragement. Nous ne préconisons pas pour autant l'imposition de sanctions aux mères porteuses, car cela ne ferait qu'aggraver leur vulnérabilité. Nous reconnaissons la vulnérabilité et les besoins émotionnels des couples infertiles; nous estimons néanmoins qu'il faut interdire le versement de frais en vue de tels services. Nous croyons aussi qu'il est tout particulièrement nécessaire d'interdire aux autres — par exemple aux intermédiaires et aux médecins — de favoriser ces contrats, en criminalisant les actes accomplis sciemment. C'est à partir de ces principes que la Commission a étudié les solutions possibles et qu'elle a formulé les recommandations suivantes, qui interdisent les contrats à titre onéreux de maternité de substitution.

Notre premier objectif consiste à faire en sorte que le statut juridique de ces contrats soit le même dans tout le pays, pour dissuader les gens d'aller dans les régions où ils seraient autorisés. Les témoignages que la Commission a entendus révèlent qu'un contrat peut mettre en cause plusieurs provinces ou territoires. Par conséquent, leur interdiction au palier provincial seulement ne suffirait pas à les faire disparaître. C'est pour cette raison que nous avons cherché à formuler une solution exhaustive, uniforme et efficace pour interdire ces contrats dans tout le pays. Il est possible d'y arriver en interdisant certaines activités destinées à les faciliter contre rémunération. Par conséquent, la Commission recommande

199. Que le gouvernement fédéral légifère pour qu'il soit interdit de faire de la publicité ou d'agir comme intermédiaire pour des contrats de maternité de substitution, et pour interdire de toucher de l'argent pour de tels contrats ou d'en tirer d'une façon quelconque des avantages financiers ou commerciaux, sous peine de sanction pénale. Il devrait aussi légiférer pour interdire tout versement d'argent pour un contrat de maternité de substitution, sous peine de sanction pénale.

L'interdiction de ces actes considérés comme criminels serait un moyen efficace de dissuasion dans les cas de contrats à titre onéreux de maternité de substitution. Compte tenu de nos recommandations sur l'insémination par donneur et sur la fécondation *in vitro* (l'insémination par donneur serait limitée au sperme donné anonymement à un établissement

titulaire de permis et la fécondation *in vitro* pratiquée uniquement dans des établissements eux aussi titulaires de permis, seulement dans des cas diagnostiqués de blocage des trompes de Fallope), il serait interdit aux médecins eux-mêmes d'intervenir dans ces contrats.

Deuxièmement, l'adoption de dispositions législatives garantissant que les contrats de maternité de substitution seraient impossibles à faire exécuter juridiquement constituerait elle aussi un excellent moyen de dissuasion, parce que les résultats seraient incertains pour le couple demandeur, qu'il y ait eu un intermédiaire ou pas. Ces dispositions feraient en sorte que la mère porteuse ne pourrait pas être obligée par un tribunal à renoncer à la garde d'un enfant issu d'un contrat de maternité de substitution. Par conséquent, la Commission recommande

200. Que les provinces et territoires qui ne l'ont pas déjà fait modifient leur législation en matière de droit de la famille de façon à préciser que les tribunaux ne peuvent pas obliger la mère porteuse à respecter un contrat de maternité de substitution quelconque, qu'il y ait eu ou non paiement.

Les commissaires ne veulent pas donner l'impression qu'elles considèrent les contrats à titre gratuit comme acceptables, ni laisser entendre que ces contrats ne risquent pas de causer un préjudice à des femmes en particulier, à la situation de la femme en général, aux enfants et aux familles, voire à la société dans son ensemble. Toutefois, elles sont convaincues que la meilleure façon de faire obstacle aux contrats à titre gratuit consiste à imposer des sanctions aux tiers qui les rendent possibles. Par conséquent, la Commission recommande

201. Que les organismes d'autoréglementation des professions (collèges provinciaux des médecins et chirurgiens, barreaux provinciaux, etc.) adoptent des codes de déontologie rigoureux assortis de mesures disciplinaires et de lourdes peines pouvant aller jusqu'à la perte du permis d'exercer, à l'égard de leurs membres qui contribueraient à rendre possible un contrat de maternité de substitution, soit à titre d'intermédiaires ou de praticiens, dans les cas d'insémination assistée, de fécondation *in vitro* ou de transfert de zygotes et d'embryons.

202. Que tout établissement fournissant sciemment des services de procréation assistée dans le cadre d'un contrat de maternité de substitution perde son permis de prestation de tels services.

Il est important de veiller à ce que les intérêts de tout enfant issu de ces contrats soient protégés. Plus particulièrement, il est d'importance vitale d'établir qui sont les parents, d'un point de vue juridique, tant dans l'intérêt des enfants que des autres participants et participantes, étant donné que cet élément influe sur les droits et obligations des parties en matière de garde, d'accès, d'aliments et de succession. Si ce lien juridique n'est pas précisé, les enfants risquent d'être privés du soutien auquel ils ont droit et de subir les traumatismes qu'entraînent des litiges prolongés. Par conséquent, la Commission recommande

203. Que toutes les provinces et territoires qui ne l'ont pas déjà fait modifient leur législation en matière de droit de la famille pour faire en sorte que la femme qui donne naissance à un enfant soit légalement considérée comme sa mère, quelle que soit la source de l'ovocyte.

204. Que, comme dans les cas d'adoption, la mère porteuse ne soit autorisée à renoncer à ses droits de maternité qu'après une période minimale de réflexion suivant la naissance de l'enfant.

205. Qu'en cas de différend au sujet de la garde de l'enfant issu d'un contrat de maternité de substitution, les intérêts de l'enfant prévalent sur les intérêts des adultes en cause.

Les commissaires estiment enfin que, pour s'acquitter de ses obligations internationales, le Canada devrait faire preuve de leadership en appuyant des politiques visant l'interdiction internationale des contrats de maternité de substitution. Étant donné que les Canadiens et les Canadiennes pourraient se rendre dans d'autres pays (particulièrement aux États-Unis), nous croyons que la collectivité internationale doit prendre une telle mesure pour prévenir l'exploitation des femmes et la chosification des

enfants. L'adoption d'une politique canadienne serait une première étape en ce sens, et cette politique pourrait être renforcée et élargie si le Canada encourageait d'autres pays à adopter des mesures analogues.

Les commissaires déplorent très vivement la pratique des contrats de maternité de substitution, comme en témoigne leur détermination à recommander des mesures dissuasives rigoureuses et de fortes peines à l'intention de ceux et celles qui tenteraient d'en tirer un avantage financier. Notre but consiste à mettre fin à toutes ces pratiques commerciales et à dissuader les gens d'y participer. Nous reconnaissons la valeur que les Canadiens et les Canadiennes accordent à l'idée d'avoir un enfant qui leur est génétiquement apparenté. Néanmoins, nous estimons qu'il ne faudrait pas y sacrifier d'autres valeurs. Une société généreuse a l'obligation de veiller à ce que les choix individuels — même ceux qui sont censés être à l'avantage d'autrui — ne causent pas des préjudices sociaux plus grands que les problèmes qu'ils visent à résoudre, et à ce que la politique publique appuie et favorise des rapports familiaux sains, plutôt que de les saper ou de les vouer à l'échec.

Les contrats de maternité de substitution font ressortir les dilemmes éthiques qui se posent dans des situations où une pratique peut à la fois être bénéfique et causer du tort. Néanmoins, les avantages que quelques personnes peuvent en tirer sont inférieurs — et de loin — au préjudice qu'ils peuvent causer à d'autres et à la société elle-même. C'est pour cette raison que nous avons pris une position si catégorique contre ces contrats. Les commissaires sont convaincues que, prises ensemble, les mesures proposées auront un grand effet dissuasif, surtout pour les tierces personnes dans ce domaine, sans pour autant accroître la vulnérabilité des participants et participantes.

Sources générales

- CENTRE DE RECHERCHES DÉCIMA. « Valeurs sociales et attitudes des Canadiens et des Canadiennes au sujet des nouvelles techniques de reproduction », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DE L'ONTARIO. *Report on Human Artificial Reproduction and Related Matters*, Toronto, Ministère du Procureur général, 1985, 2 vol.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA. *La procréation médicalement assistée*, document de travail 65, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1992.
- CONFÉRENCE SUR L'UNIFORMISATION DES LOIS AU CANADA. *Proceedings of the Seventy-Third Annual Meeting* (Régina, 1991), Toronto, la Conférence, 1991.

- DE GROH, M. « Résumé des résultats de l'Enquête santé Canada portant sur les techniques de reproduction, l'adoption et certaines questions liées au coût des soins de santé », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- EICHLER, M. et P. POOLE. *The Incidence of Preconception Contracts for the Production of Children Among Canadians*, rapport préparé pour la Commission de réforme du droit du Canada, Toronto, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, 1988.
- GUICHON, J.R. « La maternité de substitution : Incidences juridiques et éthiques », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- NEW YORK TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW. *Surrogate Parenting: Analysis and Recommendations for Public Policy*, New York, The Task Force, 1988.
- SPR ASSOCIATES INC. « Évaluation des cliniques d'infertilité au Canada : Le point de vue du patient », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- STEPHENS, T. et J. MCLEAN « Enquête sur les programmes d'infertilité au Canada », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.
- WILLIAMS, L.S. « Dispositions législatives, enquêtes et lignes directrices sur le traitement de l'infertilité et les contrats de grossesse : Examen des politiques en vigueur dans sept pays », dans les volumes de recherche de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993.