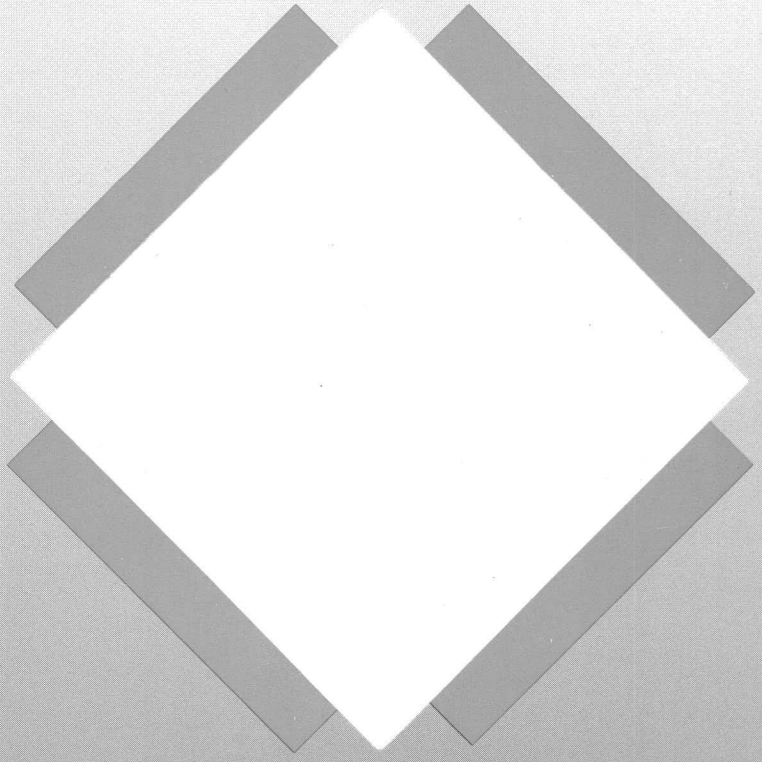
Royal Commission on
New Reproductive Technologies

Commission royale sur les
nouvelles techniques de reproduction

LIBR-00994



LES AUDIENCES PUBLIQUES :

TÉMOIGNAGES ET OPINIONS

Septembre 1991

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION 5

PRÉFACE 7

Mode d'analyse de l'information recueillie
Utilité du présent document
Quelques mots au sujet de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction

PROPOS TENUS LORS DES AUDIENCES PUBLIQUES 9

QUEL EST L'IMPACT DES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION SUR LA SOCIÉTÉ CANADIENNE? 9

Thèmes abordés :
- Des options d'un caractère et d'une portée sans précédent
- Une information insuffisante
- La pratique de la médecine
- L'accès aux NTR

Questions à envisager

QUELLE IDÉE SE FAIT-ON DE L'INFERTILITÉ AU CANADA? 14

Thèmes abordés :
- La prévalence de l'infertilité au Canada
- Les revendications des personnes infertiles
- L'infertilité : condition médicale ou sociale?
- Quelles sont les causes de l'infertilité?
- Dans quelle mesure peut-on la prévenir?

Questions à envisager

QUE PENSE-T-ON DE CES TECHNIQUES ET DE LEURS INCIDENCES AU CANADA? 18

Thèmes abordés :
- Les origines et l'évolution des NTR
- La prestation des services à l'heure actuelle
- Ce que réserve l'avenir
- Les autres possibilités

Questions à envisager

QUEL IMPACT LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION ONT-ELLES SUR DIFFÉRENTS GROUPES AU CANADA? 22

Thèmes abordés :

- La santé génésique et le bien-être des femmes
- Les familles et les enfants
- Les personnes handicapées
- Les minorités raciales, ethniques et culturelles
- Autres groupes

Questions à envisager

QUELLES DÉCISIONS LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DOIT-ELLE PRENDRE AU SUJET DES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION? 28

Thèmes abordés :

- Maintien, interdiction ou moratoire?
- Réglementation, législation et surveillance
- La participation de la population
- Le rôle du gouvernement
- L'allocation de ressources
- Les intérêts commerciaux

Questions à envisager

POUR FAIRE CONNAÎTRE VOTRE OPINION À LA COMMISSION 34

ANNEXES 35

I. Liste des intervenants et intervenantes

II. Mandat de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction

III. Liste des commissaires

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

Lorsqu'ont commencé les audiences publiques de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, en septembre 1990, les huit commissaires et moi-même avions pleinement conscience que les Canadiens et les Canadiennes s'intéressaient à ces techniques : un sondage de l'opinion publique avait déjà démontré que près de la moitié avaient vécu des problèmes d'infertilité ou connaissaient quelqu'un qui en avait souffert. Ce qui nous a étonné, par contre, c'est l'intérêt soutenu que devaient manifester la population et les médias, et l'importance des questions qui allaient être soulevées.

Durant trois mois, dans 17 villes du pays, nous avons entendu les opinions les plus diverses concernant les nombreux aspects des nouvelles techniques de reproduction. D'aucuns estiment que les incidences de ces techniques ne sont pas suffisamment prises en compte par les personnes qui les développent et celles qui en font usage. Aux personnes et aux couples infertiles, ces techniques offrent l'espoir d'avoir un enfant.

Chez certains groupes de femmes, on s'inquiète face au développement et à l'utilisation de ces techniques, et on se demande quelle peut être leur incidence réelle sur le progrès des droits des femmes dans notre société. Des groupes religieux parlent d'intrusion de la technologie dans le champ de la procréation, et s'interrogent sur les effets d'une telle intrusion sur les femmes et les enfants. Du côté des praticiens et des praticiennes, on parle des progrès accomplis par la médecine en vue d'aider les couples infertiles à avoir des enfants, tandis que dans les services counselling, on en a long à dire sur certains effets de l'infertilité et sur les tentatives pour y mettre fin.

Des groupes représentant les handicapés craignent que le diagnostic prénatal ne contribue à accentuer la marginalisation de ceux et celles qui souffrent d'un quelconque handicap. En même temps, pour les personnes qui risquent de transmettre une maladie génétique à leurs enfants, le diagnostic prénatal représente un nouvel espoir.

Enfin, d'une façon plus générale, les Canadiens et les Canadiennes ont une perception de plus en plus critique du rôle de la technologie dans notre société. Ils refusent d'y voir une panacée, capable de solutionner tous les problèmes. Les applications de la technologie leur paraissent progresser plus rapidement que notre capacité sociale à en diriger l'utilisation. Ils ont besoin de plus de temps et de renseignements pour comprendre où nous mène la technologie et pour veiller à ce que la société de l'avenir corresponde bien à leurs exigences.

Les messages concernant les attentes des gens face au système canadien de soins de santé sont également très clairs. Ceux et celles qui font appel à ces soins tiennent à ce qu'on leur garantisse que les services reçus sont adéquats, sécuritaires et que l'on a suffisamment évalué leurs incidences à long terme. De plus en plus d'hommes et de femmes veulent contribuer à part entière aux décisions concernant leur santé et celle de leur famille. Ils veulent être renseignés de façon complète, fiable et objective au sujet des techniques de reproduction, afin de pouvoir coopérer en partenaires avec les praticiens et les praticiennes de la santé.

La Commission exprime sa plus vive reconnaissance aux nombreuses personnes et organisations qui ont pris le temps de préparer des mémoires et de participer à ses audiences publiques, et qui continuent à nous faire parvenir des données pertinentes. Les renseignements ainsi recueillis révèlent que l'on a bien saisi l'importance et la complexité des questions explorées par la Commission. Ils nous apprennent que les décisions à prendre sur ces questions dépendront de deux facteurs primordiaux : les résultats des recherches menées dans ce domaine, et une perception juste des valeurs, des opinions et des préoccupations des gens de tous les secteurs de la société canadienne.

La Commission a préparé le présent sommaire dans le but d'informer la population canadienne des questions et des problèmes qu'on nous a signalés jusqu'à maintenant. Nous espérons que ce document suscitera les commentaires de personnes et d'organisations qui n'ont pas encore participé à notre travail. Nous sommes à l'écoute de vos opinions, de vos idées et de vos préoccupations concernant ces dossiers. Ce sommaire comprend des questions très précises : Faut-il permettre ou réglementer les contrats d'enfantement? Les parents doivent-ils pouvoir choisir le sexe de leur enfant? D'autres questions sont d'ordre plus général : L'infertilité est-elle une condition médicale et convient-il de la traiter dans le système des soins de santé? Faut-il opérer un tri quelconque des personnes qui veulent avoir recours à une technique de reproduction?

Bien que nous désirions connaître votre opinion le plus tôt possible, tout ce que vous nous communiquerez d'ici le 30 avril 1992 sera intégré aux délibérations de la Commission. Si vous désirez plus de renseignements, ou d'autres copies de ce sommaire pour le distribuer à des connaissances, des collègues ou des membres de votre famille, vous pouvez téléphoner sans frais à la Commission en composant le 1-800-668-9781.

La présidente,

Patricia Baird.

Patricia Baird, M.D., C.M., F.R.C.P.C, F.C.C.M.G.

PRÉFACE

La présente brochure constitue un résumé des questions abordées par des Canadiens et des Canadiennes lors des audiences publiques tenues par la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. Ces audiences ont eu lieu entre le 11 septembre et le 29 novembre 1990. Nous avons visité 17 villes canadiennes pour entendre plus de 550 personnes intervenant à leur propre titre ou au nom de quelque 250 organisations. On trouvera à l'Annexe I une liste de ces villes et de ces intervenant-e-s.

Ces personnes reflètent la diversité de la société canadienne. Représentant une foule de milieux et de cultures, elles ont fait état d'une vaste gamme d'expériences, d'intérêts, de besoins et de désirs. Convenant pour la plupart que les nouvelles techniques de reproduction sont capables du pire comme du meilleur, elles ont exprimé les opinions les plus diverses, aussi détaillées que divergentes, quant à l'usage et au contrôle de ces techniques par notre société. Cette très grande diversité caractérise certainement les techniques elles-mêmes, d'où l'impossibilité d'une approche globale.

Mode d'analyse de l'information recueillie

Pour analyser les données, les informations et les opinions recueillies, on a d'abord résumé et classé par région chaque intervention. On l'a ensuite rattachée à un ou à plusieurs secteurs ou groupes d'intérêts pertinents au mandat de la Commission. Ces secteurs ne sont pas mutuellement exclusifs; il est possible qu'un groupe ou une personne apparaisse plus d'une fois.

Les secteurs précités sont les suivants : services sociaux ou de santé, communautaires ou autres; groupes de femmes; milieux juridiques et groupes axés sur les droits de la personne; groupes défendant les intérêts des familles, groupes religieux et groupes pro-vie; groupes culturels et ethniques; groupes autochtones; syndicats; citoyennes et citoyens intéressés; personnes infertiles ou qui font appel aux nouvelles techniques de reproduction, familles à risque et groupes de soutien; personnes et groupes représentant des personnes souffrant de troubles médicaux particuliers; milieux médicaux; groupes défendant les intérêts propres aux secteurs industriel et commercial.

Suite à ce classement, on a fait ressortir les principaux sujets abordés lors des audiences, et par qui. On ne s'est pas efforcé de peser ou d'évaluer chaque intervention. La Commission a plutôt choisi de soumettre les questions soulevées lors des audiences à un classement direct par types d'intervenants et à un classement indirect par analyse qualitative des positions adoptées.

On remarquera un certain dédoublement des questions abordées, vu les nombreuses intersections des différentes catégories. Il est important d'examiner ces techniques elles-mêmes, mais aussi de les situer dans une perspective sociale et de tenir compte du point de vue des divers groupes sociaux qui en subiront les incidences.

Une fois de plus, le présent document est un **sommaire** des propos tenus lors des audiences publiques. Il ne s'agit ni d'une analyse intégrative de ces questions, ni d'un document de recherche.

Utilité du présent document

Ce sommaire a pour but de nourrir la réflexion des organisations et des personnes intéressées au dossier des nouvelles techniques de reproduction. La Commission vous invite à faire circuler ce document, à vous pencher sur les sujets et les questions dont il témoigne et à en discuter avec vos connaissances, vos collègues et les membres de votre famille. La Commission espère être informée de vos opinions et de vos commentaires, qui aideront les commissaires à formuler les recommandations que contiendra leur rapport final. Il va sans dire que la Commission souhaite recevoir ces données le plus rapidement possible, mais ce qu'elle recevra d'ici le **30 avril 1992** sera intégré à ses délibérations.

Quelques mots au sujet de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction

La Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction a été créée par le gouvernement fédéral en octobre 1989 dans le but d'examiner les développements de la science et de la médecine dans le domaine de la procréation médicalement assistée. Plus précisément, il a été enjoint à la Commission de se pencher sur les répercussions de ces pratiques pour la santé et pour la recherche, sur leurs conséquences sociales, morales, économiques et juridiques, ainsi que sur leurs incidences pour les femmes, pour les enfants et pour la société en général.

Les techniques visées par le mandat de la Commission comprennent celles qui ont trait à la conception d'êtres humains, comme la fécondation *in vitro*, l'insémination artificielle et le contrat d'enfantement (recours à une mère porteuse). La Commission a aussi été invitée à examiner d'autres domaines, comme les expériences sur l'embryon et sur du tissu fœtal, le diagnostic et les traitements génétiques prénataux, les interventions de la justice durant la grossesse et au moment de la naissance, ainsi que les causes et la prévention de l'infertilité. Dans le présent document, le terme de «nouvelles techniques de reproduction» désigne tout le domaine des techniques et des pratiques visées par notre mandat.

La Commission devait initialement soumettre son rapport au Premier ministre en octobre 1991. On lui a accordé une année supplémentaire, soit jusqu'en octobre 1992, pour compléter les activités de recherche et de consultation qui s'imposaient pour que son rapport final reflète pleinement les valeurs et les opinions des Canadiens et des Canadiennes et pour qu'il se fonde sur un ensemble pertinent, rigoureux et crédible de données et de renseignements.

La Commission s'est efforcée de mettre au point des façons efficaces et novatrices de susciter et de recueillir les opinions d'hommes et de femmes de tous les secteurs de la société canadienne au sujet des nombreuses questions soulevées par les nouvelles techniques de reproduction. Le programme de consultations publiques de la Commission encourage la participation du plus grand nombre possible de personnes et de groupes : séances de consultation, exposés écrits ou verbaux, débats publics, conférences, lignes téléphoniques sans frais.

En plus de chercher à se renseigner sur les opinions et les expériences des Canadiens et des Canadiennes, la Commission a entrepris un programme complet et multidisciplinaire de recherche et d'évaluation. Des études ont été commandées dans quatre secteurs principaux : la prévalence, les causes et la prévention de l'infertilité; les méthodes de procréation humaine assistée; la médecine génétique et le diagnostic prénatal; et la recherche sur l'embryon et sur les tissus fœtaux. On examinera aussi bien les aspects juridiques, sociaux, moraux et économiques de ces questions que leur dimension médicale et leur rapport à la santé.

La Commission recueille et synthétise des données de base sur la pratique et l'utilisation des nouvelles techniques de reproduction au Canada. Ces données n'ont pas été disponibles jusqu'à maintenant. Certains de ces renseignements seront publiés avant le rapport final de la Commission, de façon à améliorer la perception de ces questions et à favoriser une discussion mieux informée de ses recommandations. On pourra se renseigner sur l'évolution de ces projets et sur les publications à venir en consultant le bulletin de la Commission, ***Bilan à ce jour***.

Pour obtenir ce bulletin ou d'autres exemplaires du présent sommaire, ou pour plus de renseignements sur la Commission, vous pouvez communiquer avec la Commission, sans frais, en composant le 1-800-668-9781.

PROPOS TENUS LORS DES AUDIENCES PUBLIQUES

QUEL EST L'IMPACT DES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION (NTR) SUR LA SOCIÉTÉ CANADIENNE?

DES OPTIONS D'UN CARACTÈRE ET D'UNE PORTÉE SANS PRÉCÉDENT

Un des thèmes les plus fréquents à émerger des audiences publiques a été la conviction de la puissance des nouvelles techniques de reproduction, une puissance pouvant se manifester de diverses façons.

Bien des personnes ont dit croire que les applications technologiques dans ce domaine progressent plus rapidement que notre capacité sociale de compréhension et de contrôle. Elles s'inquiètent des répercussions graves et inattendues qu'aurait pour la société un abus de la science et de ces techniques. Elles notent aussi que de tels effets pourraient s'étendre au-delà des frontières du pays, d'où la responsabilité qui incombe au Canada de contribuer à la mise en place de mécanismes de contrôle internationaux, y compris, si nécessaire, de coopérer avec les Nations Unies.

Il est de plus en plus évident, pour les personnes et les organisations qui se sont manifestées aux audiences, que nos capacités technologiques ont suscité une nouvelle gamme de choix, pour l'individu aussi bien que pour la société. La demande individuelle pour les nouvelles techniques de reproduction doit être évaluée dans le contexte d'une vaste somme d'intérêts sociaux, dont les intérêts collectifs des femmes en matière d'égalité et de santé génésique, les intérêts de l'embryon et du fœtus, et les intérêts de la société à décider de l'allocation des ressources destinées aux soins de santé.

Les commissaires ont entendu une grande variété d'opinions quant aux incidences sociales des nouvelles techniques de reproduction. Certaines personnes ont exprimé leur crainte devant les risques que posent ces techniques, tandis que d'autres se sont dites plus confiantes que la société saurait y faire face. Plusieurs des organisations et des personnes à intervenir aux audiences n'ont manifesté ni confiance ni méfiance envers la science et la technologie; elles ont toutefois noté qu'un recours étendu à ces techniques pourrait ébranler nos notions de la procréation, de la parentalité et de la famille.

On a clairement manifesté la nécessité de précautions particulières dans un domaine où les avancées de la science et de la technologie affectent la vie humaine. Les personnes entendues à ce sujet considèrent que la société canadienne doit prendre position sur ces questions si elle veut éviter que l'évolution de la technologie ne lui impose un avenir qui n'est pas celui qu'elle désire.

La société comprend de plus en plus que toute innovation n'est pas à accueillir avec le même enthousiasme et que les choix soulevés par les nouvelles techniques de reproduction doivent être effectués avec sagesse et compassion. On s'accorde à reconnaître que les décisions à prendre concernant les nouvelles techniques de reproduction doivent respecter les valeurs et les opinions des Canadiens et des Canadiennes et comporter une participation véritable de la population.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- De quelle façon pouvons-nous le mieux, en tant que société, veiller à ce que le développement des nouvelles techniques de reproduction respecte nos valeurs et nos préoccupations?
- Considérez-vous que l'évolution de ces techniques dépasse notre capacité de les contrôler?
- Existe-t-il des façons adéquates de ralentir la croissance de ces techniques, de façon à laisser à la société le temps d'en envisager les incidences?
- Quel genre de société voulons-nous en tant que Canadiens et que Canadiennes?
- Comment les nouvelles techniques de reproduction peuvent-elles contribuer au développement de ce genre de société?
- Comment les nouvelles techniques de reproduction peuvent-elles nuire à l'instauration de ce genre de société?
- Quel est l'impact des nouvelles techniques de reproduction sur les perceptions sociales de l'importance de la vie humaine et de l'intégrité de la personne?
- Comment se fait-il que des Canadiens-nes craignent les abus de la science alors que d'autres lui font à ce point confiance? Dans quelle mesure ces attitudes sont-elles fondées?
- Pouvons-nous en tant que société contrôler l'évolution de la science et de la technologie? Un tel contrôle est-il souhaitable? Comment pouvons-nous y arriver?

UNE INFORMATION INSUFFISANTE

La nécessité de mieux nous renseigner sur les nouvelles techniques de reproduction a été un thème central des audiences publiques. Plusieurs des personnes et des groupes entendus soulignent le manque d'information à propos de ces techniques, de leurs coûts, de leur efficacité et de leurs risques à court et à long termes pour la santé des femmes.

Des intervenants-tes ont insisté sur la nécessité de transmettre à la population des renseignements complets au sujet de toutes ces questions. Ces personnes précisent aussi l'importance d'en savoir plus sur les services actuellement dispensés dans les cliniques et dans les hôpitaux, ainsi que l'utilité d'une meilleure compréhension des origines ainsi que des aspects tant positifs que négatifs de ces techniques et de ces services.

La plupart des personnes entendues ont non seulement réclamé des renseignements complets mais aussi une information standardisée et objective. Ces intervenants-tes disent l'importance de donner à ces renseignements la plus large diffusion. Plusieurs groupes, dont les autochtones, les Inuit et les immigrants et immigrantes, insistent sur la nécessité de rendre cette information disponible dans des langues et des présentations accessibles aux gens de diverses langues.

De tels renseignements permettraient à leurs bénéficiaires de poser des choix vraiment éclairés quant à tout recours aux nouvelles techniques de reproduction. Les gens peuvent choisir de recourir à une technique pour tenter d'avoir un enfant, de rester sans enfant, ou de trouver d'autres façons de combler leur besoin de prendre soin de quelqu'un. Cependant, nous a-t-on dit, ces personnes ont besoin de bien connaître chacune de ces options, et ses conséquences.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- De quels genres de renseignements auriez-vous besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet des nouvelles techniques de reproduction?
- Comment cette information doit-elle être recueillie et qui doit assumer cette tâche?
- Comment voudriez-vous que les renseignements touchant les nouvelles techniques de reproduction soient diffusés au Canada?
- Quelle est la meilleure façon de bien renseigner des gens qui ne savent pas lire, qui ne parlent aucune des deux langues officielles, ou qui ont un handicap qui leur rend la lecture difficile?

LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE

Il appert qu'un certain nombre de Canadiens et de Canadiennes sont aujourd'hui de plus en plus sceptiques face aux «autorités», y compris la profession médicale. Ces personnes parlent d'un changement des rapports médecins-clientèle et de leur volonté d'avoir une plus grande part dans les décisions concernant leur santé et celle de leur famille.

D'aucuns, des femmes surtout, affirment que leurs médecins, et d'autres praticiens de la santé, ne leur ont pas permis de participer pleinement à ce genre de décisions. Plusieurs des personnes entendues ont lancé des appels éloquents à un partenariat respectueux entre médecins et patients-tes, afin de permettre à la population d'effectuer ses propres choix en pleine connaissance de cause. On s'inquiète par ailleurs de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement.

Plusieurs des intervenants-tes ont d'ailleurs fait la distinction entre la notion de choix éclairé et celle de consentement éclairé dont se sert actuellement la profession médicale. À leur avis, le consentement éclairé ne vise qu'à obtenir un consentement pour une intervention médicale donnée. Par contre, un choix éclairé place les interventions médicales dans le contexte de choix sociaux élargis, tels l'adoption, la prise en famille d'accueil, ou le renoncement à avoir des enfants.

Les personnes entendues lors des audiences ont aussi souligné la nécessité de fournir aux patientes et à leur famille des services de soutien et de counseling avant, pendant et après toute procédure médicale. L'impact des problèmes de santé sur les familles varie selon les réseaux de soutien dont elles bénéficient.

Certaines des personnes entendues ont précisé que les médecins ne sont peut-être pas les conseillers les plus adéquats, compte tenu, entre autres, du manque possible de renseignements, de soutien, de financement et de formation à cet effet. Plusieurs intervenants-tes ont suggéré des services de

counselling indépendants ou la création d'organismes consultatifs, mais sans préciser comment de tels services seraient instaurés, surveillés ou réglementés, ni quel genre de formation serait dispensée à son personnel et aux personnes chargées du counselling.

Plusieurs personnes ont aussi dit à la Commission qu'elles tenaient à la qualité des soins reçus. Elles veulent être assurées que les pratiques et les techniques sont appliquées de façon appropriée, que la sécurité et l'efficacité de ces interventions ont été évaluées avant toute diffusion large, et que des données sont recueillies afin d'améliorer les services fournis par un processus permanent de rétroaction.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Considérez-vous que les rapports entre les médecins et leur clientèle se transforment? De quelle façon?
- Comment peut-on mieux favoriser un partenariat?
- Quel genre de renseignements voudriez-vous obtenir de votre médecin pour vous permettre de prendre des décisions au sujet de votre santé génésique?
- Comment instaurer des services de counselling à l'égard des pratiques médicales et d'autres options? Qui doit contrôler ce processus? Quels mécanismes peuvent garantir que les organismes consultatifs ou de counselling resteront autonomes? Comment doivent-ils être financés?
- Ces services de counselling devraient-ils être offerts en dehors des milieux médicaux?
- Avez-vous des inquiétudes quant à la qualité des soins de santé génésique? Quelle est la meilleure façon de répondre à ces préoccupations?

L'ACCESSIBILITÉ

Plusieurs des personnes entendues ont soulevé la question de l'accessibilité aux diverses interventions et des façons d'en décider. D'aucuns étaient d'avis qu'il fallait, dans certains cas, imposer des restrictions, mais la plupart convenaient que si ces techniques devaient être offertes, leur accès devait être équitable et ne comprendre aucune discrimination ou restriction fondée sur la race, le statut socio-économique ou la région.

Plusieurs des intervenants-tes ont soulevé la question de l'universalité de cet accès : les techniques de reproduction doivent-elles être réservées aux gens capables financièrement de se les offrir? Ces personnes ont aussi posé la question de l'accès actuel des femmes handicapées, immigrantes ou minoritaires aux services de conception assistée. Selon elles, l'absence de remboursement des techniques par les régimes provinciaux d'assurance-maladie faisait inévitablement de leur accès une question de statut économique. Il reste à déterminer, cependant, dans quelle mesure le gouvernement est vraiment responsable de la prestation de ces services.

Il n'y a pas eu consensus quant à l'opportunité de limiter les méthodes de conception assistée aux couples hétérosexuels ou mariés, ou, au contraire, d'en permettre l'accès aux couples homosexuels et aux personnes seules. On a retenu l'accès au don de gamètes comme méthode permettant aux femmes seules ou homosexuelles de porter des enfants. Certaines personnes ont suggéré que les femmes devraient avoir accès aux dons de sperme dans un contexte autre que médical, mais qu'il faudrait prendre des mesures pour prévenir la transmission de maladies vénériennes.

On a aussi différé d'opinion quant à l'évaluation de la « compétence parentale» des personnes faisant appel aux nouvelles techniques de reproduction. Des intervenants-tes ont noté que, bien qu'il n'existe pas d'évaluation de ce genre pour les parents naturels, on soumet à un tri les personnes qui veulent devenir parents adoptifs.

D'autres intervenants-tes ont abordé la question des critères médicaux dans l'accès aux techniques de reproduction. Certaines personnes considèrent que seules les gens présentant un problème d'ordre médical doivent être admis. Ainsi, l'intervention pratiquée sur une femme à cause de l'infertilité de son partenaire, ou à cause de l'absence de partenaire, ne doit pas être remboursée, ni même offerte. D'autres personnes ont affirmé que, même en l'absence de cause médicale, l'infertilité affecte la santé, et que les techniques appropriées doivent donc être offertes et remboursées par les régimes provinciaux d'assurance-maladie pour toutes les personnes qui veulent y avoir accès.

Certaines des personnes entendues se demandent aussi qui peut décider des critères d'accès à la conception assistée ou au diagnostic prénatal, que ces critères soient sociaux, économiques ou médicaux. Des intervenants-tes ont affirmé que l'accès aux nouvelles techniques de reproduction ne peut être envisagé isolément et que, pour beaucoup de gens au Canada, l'accès aux services de santé de base, génésique ou autre, est une question plus pressante. Plusieurs des personnes rencontrées ont à plusieurs reprises souhaité une participation globale des praticiens-nes, des associations professionnelles, des utilisateurs-trices, de la population et des gouvernements aux décisions à prendre en matière d'accessibilité.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Si certaines de ces techniques doivent être offertes dans notre société, qui doit y avoir accès?
- Comment définissez-vous un «accès équitable» aux nouvelles techniques de reproduction?
- Qui devrait participer aux décisions en matière d'accès?
- Quel genre de critères doit-on considérer pour les décisions concernant l'accès? L'accès aux nouvelles techniques de reproduction doit-il être permis aux personnes ne souffrant d'aucun problème médical (par exemple, l'insémination par donneur en cas d'infertilité masculine ou pour les femmes seules)?
- La «capacité de parenter» doit-elle être un critère d'admissibilité? Les personnes qui deviennent parents par conception naturelle ne sont soumises à aucun tri, mais les personnes qui veulent adopter le sont. Si un tri s'impose, quelles doivent être les qualités requises?
- L'accès doit-il être limité aux personnes qui peuvent défrayer le coût des techniques de reproduction?
- L'accès doit-il être limité en fonction de la probabilité de succès des interventions?
- Faut-il considérer, pour décider de l'accès, dans quelle mesure la stérilité était volontaire (par exemple, à cause d'une ligature de trompes ou d'une vasectomie)?

QUELLE IDÉE SE FAIT-ON DE L'INFERTILITÉ AU CANADA?

PRÉVALENCE DE L'INFERTILITÉ AU CANADA

Selon plusieurs des personnes entendues, un des problèmes sous-jacents à celui de l'infertilité est l'absence de données sur l'étendue du problème : Combien y a-t-il actuellement de personnes infertiles au Canada? Ce nombre augmente-t-il? Si oui, pourquoi? D'autres intervenants-tes ont contesté notre définition sociale de l'infertilité. S'agit-il de l'incapacité de concevoir ou de l'incapacité de porter un enfant à terme? À quel stade un couple est-il considéré comme infertile : après un an d'efforts, deux ans?

On a aussi parlé de la nécessité de remettre en question les hypothèses qui président à la collecte des données. Par exemple, bien que nous ayons encore beaucoup à apprendre au sujet des risques pouvant affecter la fertilité et la santé génésique des femmes, nous n'avons pas vu, parce que nous n'avons pas cherché, les risques pour la fertilité et la santé génésique des hommes. Pareille lacune peut avoir diverses conséquences, comme le fait de ne protéger que les femmes des risques pour la fertilité en milieu de travail ou celui d'exclure les hommes du développement de traitements de l'infertilité.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Comment définiriez-vous l'infertilité?
- Après combien de temps un couple devrait-il être admis à un traitement d'infertilité?
- Croyez-vous que l'infertilité soit un problème auquel la société doit faire face? De quelle façon?
- Avez-vous l'impression que le taux d'infertilité augmente au Canada?

LES REVENDICATIONS DES PERSONNES INFERTILES

Les personnes infertiles qu'a rencontrées la Commission ont parlé de la douleur affective et de l'angoisse que leur a causées leur incapacité à concevoir. Certaines d'entre elles ont décrit les effets négatifs que l'infertilité peut avoir sur leur image personnelle et sociale ainsi que sur leur santé mentale et physique. L'infertilité, ont-elles dit, est difficile à vivre ou à dépasser lorsque l'on voit des membres de sa famille ou de son entourage s'occuper de leurs enfants ou de leurs petits-enfants. Elles ont le sentiment d'être tenues à l'écart de la chaîne des générations.

Plusieurs disent craindre que le gouvernement ne leur interdise l'accès aux nouvelles techniques de reproduction, perçues comme un dernier espoir. D'autres affirment bien connaître, et accepter, les risques et les coûts associés à certaines techniques. Ces personnes se sentent parfaitement capables de prendre leurs propres décisions concernant ces interventions et traitements, et elles n'aiment pas se faire dire qu'elles sont manipulées.

La majorité des personnes infertiles entendues aux audiences n'ont pas rejeté les solutions non technologiques à l'infertilité, comme l'adoption. Plusieurs déclarent qu'elles ne trouvent pas essentiel le lien génétique à un enfant, mais que l'adoption n'est pas une option facilement accessible vu le manque de bébés et d'enfants à adopter de même que les difficultés inhérentes à ce processus. D'autres intervenants-tes avaient pris la décision d'accepter leur manque d'enfants, disant pouvoir exprimer leur désir en se constituant en famille d'accueil ou en prenant soin des enfants de parents ou d'amis.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Pourquoi les gens réagissent-ils de telle ou telle façon au problème de l'infertilité?
- Les couples sont-ils sujets à beaucoup de pressions pour enfanter?
- Le cas échéant, cette pression est-elle biologique? sociale? les deux à la fois? Est-il possible d'y changer quelque chose?
- L'expérience de la grossesse et de l'accouchement est-elle le principal facteur du recours à la conception assistée?
- Le lien génétique à un enfant est-il important pour la majorité des Canadiens et des Canadiennes? L'est-il autant pour les femmes que pour les hommes?
- En tant que société, accordons-nous trop d'importance aux enfants dits «naturels», et pas assez d'importance aux enfants adoptés ou pris en famille d'accueil?
- Votre attitude à l'égard de la conception assistée est-elle liée aux raisons de l'infertilité? Par exemple, le fait qu'une infertilité soit volontaire (due à une ligature de trompes, par exemple) influence-t-il votre opinion quant à l'opportunité de services sociaux pour y remédier?

L'INFERTILITÉ : UNE CONDITION MÉDICALE OU SOCIALE?

On a beaucoup discuté de la signification de l'infertilité. Plusieurs intervenants-tes l'ont décrite comme une condition médicale, un handicap affectant leur santé et, de ce fait, justifiant des soins médicaux, comme toute autre maladie ou condition médicale. Les personnes infertiles, notamment, sont choquées du peu de priorité accordée par la société et la médecine au traitement de leur condition. Elles estiment que le reste de la population ne prend pas l'infertilité au sérieux, et que son traitement se heurte à une discrimination systémique sociale, politique et médicale.

D'autres intervenants-tes ont manifesté énormément de sympathie pour la condition des gens infertiles, tout en insistant sur le caractère social du problème. Pour ces personnes, le besoin d'enfant est conditionné par des attitudes sociales et c'est donc à des facteurs sociaux qu'il faut attribuer la plus grande part des conséquences pénibles de l'infertilité. La volonté des personnes infertiles d'accéder à un bien-être social en portant des enfants leur semble découler des pressions d'une société «malade», en ce sens que le seul rôle dévolu aux femmes y est d'enfanter. Ces intervenants-tes rejettent donc les réponses hautement techniques au problème de l'infertilité, en soutenant que la société doit plutôt s'occuper des facteurs socio-politiques qui sous-tendent le désir d'enfant, et qu'elle doit créer des options de rechange aux techniques de reproduction assistée.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Le fait de définir l'infertilité comme une condition médicale amène-t-il les couples infertiles à faire l'essai d'un nombre sans cesse accru d'interventions techniques?

- À l'inverse, le fait de définir l'infertilité comme une condition sociale a-t-il pour conséquence que les gens infertiles se voient interdire l'accès à des solutions médicales à leur problème?

- Si l'infertilité était définie comme une condition médicale, le gouvernement ou le système de soins de santé seraient-ils obligés d'instaurer des mesures pour assister tous les couples infertiles?

- Comment définir la santé dans notre société? Si elle inclut le bien-être social, comment départager les services qui appellent un financement public?

QUELLES SONT LES CAUSES DE L'INFERTILITÉ? DANS QUELLE MESURE PEUT-ON LA PRÉVENIR?

Nombreux sont ceux et celles qui sont d'avis que la prévention de l'infertilité est une solution plus économique et plus humanitaire que le recours à la technologie pour contourner une infertilité future. D'aucuns réclament l'allocation de ressources supplémentaires aux efforts de prévention. Il semble, toutefois, qu'il n'existe que très peu de données objectives concernant l'efficacité de programmes de prévention.

Les stratégies de prévention, nous a-t-on souligné, doivent viser tous les facteurs d'infertilité. On a suggéré certaines méthodes de prévention : une réduction de l'incidence de maladies transmises sexuellement (comme la Chlamydia), l'accès à une contraception sécuritaire et efficace, et la protection des hommes comme des femmes face aux risques en milieu de travail. On a aussi souligné que, si efficaces que soient de tels programmes de prévention, ils ne pourraient prévenir qu'une partie des cas d'infertilité.

Cependant, on ne s'entend pas sur ce qui serait un programme efficace de prévention de l'infertilité, ni sur où et comment il devrait être appliqué. Plusieurs des personnes entendues voient dans le système pédagogique un milieu privilégié d'intervention pour la prévention de l'infertilité. Ces personnes ont aussi noté qu'il y aurait des décisions à prendre sur le contenu et la méthode des renseignements à transmettre aux jeunes; on s'est demandé qui prendrait ces décisions. On a aussi parlé du système d'éducation publique à la santé comme un autre participant-clé dans la prévention de l'infertilité.

Plusieurs des personnes rencontrées ont fait remarquer que les meilleures stratégies de prévention de l'infertilité ne viendraient probablement pas du système de soins de santé, structuré pour traiter la maladie. L'efficacité pourrait exiger une plus grande variété de stratégies, comprenant une action gouvernementale et des initiatives du secteur privé dans des secteurs comme le monde du travail, de l'environnement et des services sociaux.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Croyez-vous que l'on puisse éviter des cas d'infertilité au moyen de programmes de prévention?
- Si oui, quelles sont d'après vous les caractéristiques de programmes de prévention efficaces?
- Les programmes d'éducation publique à la prévention de l'infertilité pourraient-ils avoir des conséquences adverses, par exemple une discrimination contre les personnes atteintes de maladies transmises sexuellement?
- Comment peut-on sensibiliser les jeunes d'aujourd'hui à l'importance de leur éventuelle fécondité? Est-ce simplement une question d'éducation et d'information?
- Quel genre d'attitudes à l'égard de la maternité et du rôle social sont encouragées par le système pédagogique? Ces attitudes créent-elles une pression indue pour amener les femmes à enfanter?
- Qui doit prendre les décisions concernant les programmes de prévention de l'infertilité dans l'appareil pédagogique : les ministères provinciaux? les commissions scolaires locales? chaque professeur-e? les associations de parents et d'enseignants-tes?
- Considérez-vous qu'une éducation aux risques menaçant la fertilité doit être intégrée aux programmes scolaires?
- Quel rôle peut-on jouer, à l'extérieur des écoles, dans l'éducation sur l'infertilité? Quel rôle revient aux parents? aux professionnels-les de la santé? aux médias? au secteur privé?
- Quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer dans la prévention de l'infertilité? Des politiques nationales de prévention sont-elles la meilleure méthode de faire face à cette question? Des solutions provinciales ou régionales seraient-elles plus appropriées? Les deux sont-elles nécessaires? Comment des politiques nationales pourraient-elles interagir avec des solutions au niveau provincial et municipal?

QUE PENSE-T-ON DE CES TECHNIQUES ET DE LEURS INCIDENCES AU CANADA?

LES ORIGINES ET L'ÉVOLUTION DES NTR

Les techniques et les interventions visées par le mandat de la Commission ne se limitent pas à l'infertilité. En plus des méthodes de conception assistée, notre mandat comprend aussi le diagnostic prénatal de troubles génétiques, la recherche sur les embryons et l'utilisation de tissus fœtaux pour traiter des maladies comme celle de Parkinson. Comme une bonne part des inquiétudes exprimées au sujet de l'ensemble des nouvelles techniques de reproduction tient au rythme de leur évolution récente et à leurs incidences futures, certaines des personnes entendues ont souligné l'importance de préciser les origines et l'évolution de ces techniques.

Certaines des personnes entendues aux audiences voient le développement des nouvelles techniques de reproduction comme le résultat d'efforts pour remédier à l'infertilité ou aux anomalies génétiques. Mais d'autres intervenants-tes ont associé ces techniques à la curiosité scientifique et à des motivations commerciales, peu soucieuses des répercussions humaines et sociales de ces nouveautés. D'autres aussi se sont dites inquiètes des origines d'un bon nombre des techniques de procréation, appliquées d'abord aux animaux. Ces personnes se demandaient si des techniques et des interventions créées pour profiter aux éleveurs devaient être appliquées dans un contexte humain.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Que considérez-vous important de savoir concernant les origines des techniques de reproduction?
- Le fait que certaines des nouvelles techniques de reproduction aient été appliquées d'abord dans le domaine de l'élevage doit-il avoir un effet sur leur utilisation pour des êtres humains?
- Une technologie transférée des animaux aux êtres humains peut-elle servir de façon adéquate à répondre aux besoins de ces derniers?
- Accordez-vous beaucoup d'importance au fait que de nouvelles techniques de reproduction aient été créées plutôt pour régler le problème de l'infertilité, ou plutôt dans le cadre de recherches à des fins commerciales?

LA PRESTATION DES SERVICES À L'HEURE ACTUELLE

Des intervenants-tes ont dit s'opposer à tout service de conception assistée. Certaines personnes, qui en faisaient une question de principe, refusaient d'une façon générale que l'on sépare la procréation des rapports sexuels dans le mariage. D'autres ont parlé des coûts très élevés de ces techniques, compte tenu de leurs faibles taux de succès, notamment pour la fécondation *in vitro*. Par contre, nombreux également sont ceux et celles qui aimeraient savoir pourquoi on s'attarde tant sur les seules techniques de reproduction assistée alors que bon nombre d'autres traitements de pointe, tout aussi coûteux, sont couverts. On s'est interrogé en même temps sur les moyens de mesurer les taux de succès d'une façon qui soit compréhensible et pertinente à l'intention des personnes qui décident de recourir à ces techniques. La question des services de counselling offerts aux couples envisageant ou subissant une intervention a été abordée. On a reconnu à cet égard l'importance, mais l'insuffisance aussi, des données concernant les risques à court et à long terme pour la santé des femmes et des enfants issus de ces techniques. La «technologisation» d'un domaine jusqu'à présent réservé aux femmes est une autre source d'inquiétude.

Plusieurs des personnes entendues se sont dites préoccupées par le taux élevé de naissances multiples associées à des techniques comme la fécondation *in vitro* et le transfert intratubaire de gamètes (GIFT). Elles ont souligné les coûts élevés, tant affectifs que financiers, imposés aux familles dans de telles circonstances. Les bébés naissent souvent prématurément, et très petits, et exigent des soins considérables. Il en résulte des coûts importants pour le système des soins de santé.

D'autres intervenants-tes ont fait état de questions et de préoccupations face au mode de prestation des services, pour l'heure incontrôlé; des normes et des mécanismes de contrôle s'imposent. On a demandé qui fournissait ces services, qui y faisait appel, et quelles en étaient les indications et les taux de succès. On s'est beaucoup inquiété des importantes variations notées dans l'accessibilité, le counseling, la tenue de dossiers, le tri et l'anonymat des personnes donatrices, ainsi que l'achat et la vente de gamètes et d'embryons. Plusieurs des personnes entendues considèrent que les gens qui font appel à ces services n'ont pas accès à des renseignements et à des services de counselling adéquats et uniformes quant aux options possibles.

Des préoccupations ont aussi été exprimées au sujet du mode de prestation des services de diagnostic prénatal. Notamment, les groupes représentant les personnes handicapées ont fait valoir l'opinion que les femmes qui subissent un diagnostic prénatal sont souvent encouragées à interrompre leur grossesse si un problème est détecté. Ces groupes y voient l'amorce d'une discrimination accrue à l'égard des personnes handicapées; à leur avis, les patients-tes doivent bénéficier de conseils objectifs, la possibilité de porter et d'élever un enfant présentant une malformation ne devant pas être écartée. Ils suggèrent que les couples placés dans une telle situation gagneraient à rencontrer des parents d'enfants handicapés.

Deux modes de conception assistée ont généralement fait l'objet de critiques au plan éthique, notamment à cause de leurs répercussions sur le statut et l'égalité des femmes. Le premier est le contrat d'enfantement, perçu comme un danger pour la société et les enfants et comme une menace d'exploitation des femmes, et ce, en dépit de la possibilité qu'il offre aux couples d'avoir des enfants. Il y a eu peu de suggestions précises quant aux façons de prohiber de tels contrats. Des groupes représentant des minorités ethniques ont dit craindre que les femmes non-blanches du Canada et du Tiers-Monde se voient incitées par des pressions économiques à porter à terme des fœtus issus d'un ovule et d'un spermatozoïde d'un couple contractant, fœtus avec lesquels ces femmes n'auraient aucun lien génétique.

La seconde pratique généralement jugée contraire à l'éthique a été le choix du sexe à des fins non médicales. La raison la plus souvent citée pour justifier cette opposition, en plus de son caractère discriminatoire, a été qu'il est mal d'avorter un fœtus pour la simple raison qu'il est de sexe féminin. Les

groupes représentant les immigrantes et les femmes des minorités visibles ont été particulièrement troublés par la prestation de tels services, car bon nombre de leurs communautés ont été ciblées par les entrepreneurs qui les offrent.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Le dépistage échographique doit-il être systématiquement accordé à toutes les femmes enceintes qui en font la demande?
- Quelles seraient des restrictions adéquates sur des techniques comme la fécondation *in vitro*?
- Le diagnostic génétique prénatal doit-il être mis à la disposition des femmes enceintes présentant un risque accru d'anomalie génétique?
- Quels services de counselling doit-on fournir aux couples qui songent ou qui recourent, entre autres, à la fécondation *in vitro* ou au diagnostic prénatal? À qui doit être confié ce counseling?
- Croyez-vous que le fait de pouvoir mettre fin à une grossesse si l'on soupçonne la présence d'un trouble génétique important augmentera notre intolérance à l'égard des personnes handicapées? Comment peut-on prévenir une pareille attitude?
- Croyez-vous que les couples doivent pouvoir choisir le sexe de leur enfant? Pourquoi?
- Les contrats d'enfantement doivent-ils être permis au Canada?
- De tels contrats contribueraient-ils à une exploitation des femmes pauvres ou de groupes minoritaires? Est-il possible de s'assurer que les femmes économiquement défavorisées ne sont pas exploitées?

CE QUE RÉSERVE L'AVENIR

Plusieurs des personnes entendues lors des audiences ont dit s'inquiéter de l'avenir, notamment dans les domaines relativement nouveaux de l'utilisation d'embryons ou de tissus fœtaux.

Quelques intervenants-tes ont dit à la Commission qu'il était inacceptable de se servir d'embryons ou de tissus fœtaux à des fins de recherche puisque, à leur avis, un être humain existe dès le moment de la conception; on y voit un risque d'exploitation, des femmes entre autres, qui pourraient alors être vues comme une source de «matières premières». D'autres personnes ont dit ne pas juger ces recherches contraires à l'éthique, soulignant que ces tissus sont rejetés de toute façon, de même que l'espoir qu'ils donnent aux gens souffrant de maladies comme celle de Parkinson. Il s'est dégagé un consensus à l'effet que l'acquisition, la conservation et l'utilisation d'embryons ou de tissus fœtaux appellent des normes juridiques et éthiques.

Beaucoup de personnes ont fait valoir que, si l'utilisation d'embryons ou de tissus fœtaux prend de l'ampleur, la question de l'approvisionnement deviendra prioritaire. On s'est aussi inquiété de la commercialisation qui peut résulter d'une utilisation accrue de ces tissus, ou de la création délibérée d'embryons à des fins de recherche ou de traitement.

D'aucuns se sont aussi inquiétés de voir la multiplication des fécondations *in vitro* se traduire par une hausse du nombre des embryons congelés et non utilisés. On s'est ainsi interrogé sur la durée sécuritaire de congélation des embryons, et sur l'opportunité de les utiliser pour des générations subséquentes. Plusieurs des intervenants-tes ont soulevé des questions sur les incidences légales de la congélation d'embryons, y compris le statut juridique de ceux-ci. Les embryons congelés ont-ils un «propriétaire» et, le cas échéant, qui? Quel est le statut des embryons advenant le décès, une séparation ou un divorce? Un embryon peut-il hériter d'une succession ou en faire partie? Plusieurs questions de ce genre ont été abordées.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Existe-t-il des circonstances dans lesquelles les recherches sur des embryons ont un caractère éthique? Si oui, lesquelles?
- Y a-t-il des cas où l'on peut dire que les recherches ou les traitements faisant appel à du tissu fœtal sont moralement acceptables? Si oui, lesquels?
- Quels genres de normes et de mécanismes devraient être instaurés pour garantir l'application de normes éthiques?
- Croyez-vous qu'une utilisation accrue de tissus embryonnaires et fœtaux se traduira par leur commercialisation?

AUTRES POSSIBILITÉS

Certaines des personnes entendues ont insisté sur la nécessité d'envisager une vaste gamme d'autres moyens, non techniques, de régler les problèmes d'infertilité, comme l'adoption et la prise en famille d'accueil, ou même le renoncement à avoir des enfants. Elles ont insisté sur l'importance particulière de l'adoption. Lors des audiences tenues dans le Nord, des femmes autochtones ont parlé de l'«adoption coutumière», qui permet aux parents incapables d'élever leurs enfants de les confier à d'autres familles. Cette tradition, dans laquelle les enfants conservent un lien avec leurs parents génétiques, est perçue comme une solution à l'infertilité dans ce contexte culturel particulier.

La plupart des gens infertiles ont affirmé à la Commission qu'ils reconnaissaient en principe l'adoption comme une solution de rechange. Cependant, disent ces personnes, les tentatives d'adoption peuvent être frustrantes et parfois futiles, vu le faible nombre de bébés disponibles et la longueur des listes d'attente. Certains couples ont précisé qu'ils poursuivent concurremment des tentatives d'adoption et de conception assistée. Plusieurs intervenants-tes ont réclamé du gouvernement un soutien accru qui simplifie et facilite l'adoption, que ce soit à l'échelle nationale ou internationale.

Certaines personnes ont suggéré à la Commission qu'il y aurait plus de bébés disponibles si l'avortement était prohibé et si les adolescentes enceintes et non mariées étaient encouragées, et aidées financièrement, à mener leur grossesse à terme en vue d'une adoption. Mais beaucoup d'autres se sont inquiétées des répercussions d'une telle politique sur l'autonomie et l'égalité des femmes dans la société canadienne.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Que devrions-nous faire, en tant que société, pour amener un plus grand nombre de personnes infertiles à opter pour des solutions autres que la conception assistée (comme l'adoption et la prise en famille d'accueil, ou le renoncement à avoir des enfants)?
- Le gouvernement a-t-il un rôle quelconque à jouer dans la promotion de ces solutions au problème de l'infertilité?
- L'adoption est-elle une option réaliste et accessible au Canada?
- Si l'adoption était plus facile, au Canada même ou dans d'autres pays, les taux d'adoption augmenteraient-ils? Y aurait-il une baisse de la demande pour les nouvelles techniques de reproduction?

QUEL IMPACT LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION ONT-ELLES SUR DIFFÉRENTS GROUPES AU CANADA?

LA SANTÉ GÉNÉSIQUE ET LE BIEN-ÊTRE DES FEMMES

Plusieurs des personnes entendues aux audiences ont dit s'inquiéter de l'impact des nouvelles techniques de reproduction sur l'autonomie des femmes. Elles ont signalé que ces techniques pouvaient limiter les choix des femmes plutôt que les enrichir, du fait qu'elles encouragent d'autres personnes à juger leurs comportements et qu'elles ajoutent aux pressions que subissent les femmes pour multiplier toutes sortes de tentatives de concevoir.

Par exemple, ces intervenants-tes ont signalé que si le diagnostic prénatal vient à se répandre, il peut devenir difficile pour les femmes de refuser de s'y soumettre, ou même de se faire avorter si un handicap vient à être détecté. Ces personnes considèrent aussi que l'existence même des NTR ne fait qu'empêcher davantage les femmes ou les couples d'accepter vraiment leur infertilité, et qu'elle les pousse à faire l'essai de toutes les solutions possibles.

Plusieurs de ces personnes voient dans les nouvelles techniques de reproduction une tendance à la médicalisation de la santé génésique des femmes, tendance qui se manifeste par une vision de la grossesse comme une maladie à contrôler, ainsi que par l'évincement des sages-femmes par les médecins. Elles soutiennent que l'intervention de la technologie dans la conception et dans la grossesse a un effet déshumanisant sur ce qui devrait être une expérience profondément humaine.

Par contre, d'autres intervenants-tes ont affirmé que les nouvelles techniques de reproduction contribuent à l'autonomie des femmes en leur fournissant plus de choix. Les personnes infertiles, notamment, se disent tout à fait convaincues de leur pleine capacité de prendre les décisions adéquates. Elles ont qualifié de paternalistes les efforts déployés pour restreindre le développement ou l'utilisation des nouvelles techniques de reproduction, affirmant qu'elles n'ont pas à être protégées contre elles-mêmes.

Un certain nombre de groupes et de particuliers perçoivent comme une menace à l'autonomie des femmes la tendance croissante à traiter le fœtus comme un patient distinct. On s'inquiète notamment du fait que des médecins se servent des tribunaux pour intervenir dans la relation mère-foetus et pour imposer leur opinion médicale. Les intérêts d'une femme et de son embryon ou fœtus, ont-ils indiqué à la Commission, ne peuvent et ne doivent être scindés; une femme est capable de prendre des décisions dans son intérêt et dans celui de sa famille.

Plusieurs intervenants-tes ont aussi exprimé des inquiétudes quant aux effets des nouvelles techniques de reproduction sur la santé des femmes et de leurs enfants. Ces personnes notent que l'on sait très peu de choses quant aux effets à court et à long termes des techniques, notamment ceux des substances chimiques administrées dans le but de contrer l'infertilité. D'autres se sont inquiétés des répercussions à long terme sur la santé des enfants nés par conception assistée.

Certaines personnes ont souligné la nécessité d'examiner les nouvelles techniques de reproduction dans le contexte de l'ensemble des soins de santé génésique des femmes. Cela inclut, par exemple, la nécessité d'une meilleure prévention et de soins de santé communautaires, des soins bien adaptés aux besoins de la clientèle. Plusieurs intervenants-tes ont insisté sur l'importance d'une approche globale de «la santé», suivant la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé qui tient compte du bien-être émotif et social au lieu de se limiter à l'absence de maladie. Selon cette définition, comme plusieurs l'ont souligné, l'infertilité peut être reconnue pour ce qu'elle est, soit un problème qui, même s'il n'est pas d'origine médicale, affecte néanmoins la santé et la vie quotidienne des personnes qui en souffrent.

Questions à envisager :

- Quels mécanismes existent ou peuvent être instaurés pour veiller à ce que le développement des nouvelles techniques de reproduction réponde aux besoins des femmes et respecte leur autonomie génésique?
- Considérez-vous que l'existence des nouvelles techniques de reproduction rend plus difficile la décision d'accepter l'infertilité?
- Les techniques de conception assistée ajoutent-elles aux choix offerts aux couples infertiles?
- Quelle place occupent à votre avis les nouvelles techniques de reproduction dans les besoins de santé génésique des femmes?
- Le fait d'être sans enfant affecte-t-il la santé de certaines femmes?

LES FAMILLES ET LES ENFANTS

Plusieurs intervenants-tes ont manifesté des inquiétudes face aux répercussions possibles des nouvelles techniques de reproduction sur notre conception de la famille ou sur l'intérêt des enfants. On s'est beaucoup demandé quels types de famille pouvaient être les plus propices à l'intérêt des enfants. On a noté le peu de renseignements disponibles quant aux conséquences des nouvelles techniques de reproduction sur les relations maritales, sur les attitudes parentales ou sur le sentiment d'identité et le développement de l'enfant.

Certains groupes ont soutenu que les nouvelles techniques de reproduction encourageaient la vie familiale en étendant les joies parentales aux couples infertiles ou homosexuels et aux personnes seules. D'autres craignent pour la stabilité et le caractère sacré de la famille, vu que les techniques en cause font appel à un don d'ovules ou de spermatozoïdes, donc à une tierce partie, et qu'elles dissocient la procréation du coït.

D'aucuns se demandent si l'on tiendra jamais compte véritablement de l'intérêt des enfants dans le développement des nouvelles techniques de reproduction, lesquelles, à leur avis, réduisent les enfants à des objets techniquement «fabriqués sur mesure». Par contre, d'autres intervenants-tes répondent à cela qu'il est presque toujours préférable de naître, même dans des conditions désavantageuses, que de ne pas naître du tout.

Certaines personnes ont parlé d'un droit de l'enfant à être renseigné sur ses origines et sur ses parents génétiques, que ce soit pour être informé des risques médicaux ou pour connaître son identité génétique. Plusieurs intervenants-tes ont suggéré que le modèle de l'adoption pourrait orienter le traitement de cette question. D'autres ont pris parti pour l'anonymat des personnes donatrices, afin de protéger l'identité de ces personnes ainsi que la relation de l'enfant à ses parents sociaux. On s'est aussi demandé dans quelle mesure le droit de savoir qui sont ses parents génétiques aurait pour effet de décourager des personnes donatrices.

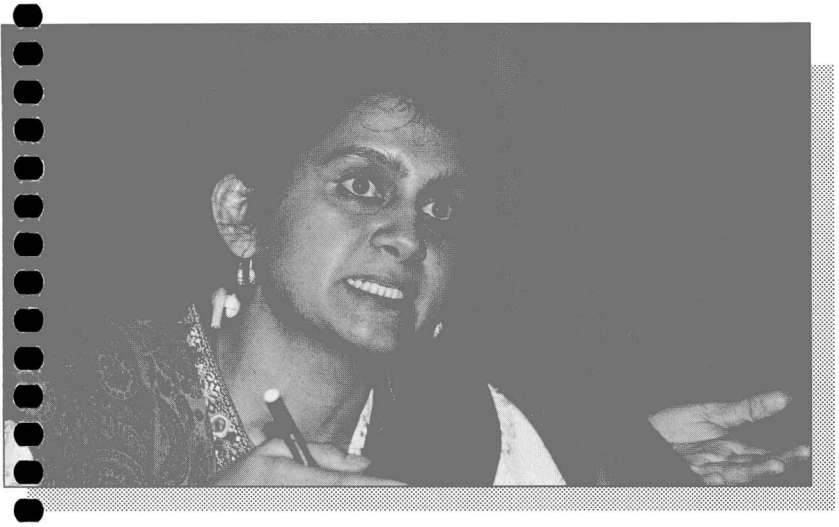
QUESTIONS À ENVISAGER :

- Quel est l'impact des nouvelles techniques de reproduction sur la vision sociale de la maternité? de la paternité? des enfants? des familles?
- Considérez-vous que les nouvelles techniques de reproduction ont un impact sur nos perceptions de «la famille»? Cet impact est-il positif ou négatif?
- De quel(s) genre(s) de famille peut-on attendre des enfants en santé et bien adaptés? Comment les opinions de la population à ce sujet doivent-elles influencer la prestation de nouvelles techniques de reproduction?
- L'utilisation des nouvelles techniques de reproduction modifie-t-elle en soi les relations familiales? Ces techniques soumettent-elles certaines familles à un stress? Contribuent-elles à surmonter le stress créé par l'infertilité?
- Les enfants ont-ils un droit d'être informés de leur héritage biologique et culturel? Cette information est-elle nécessaire à leur développement personnel? L'est-elle à la protection de leur santé? À quel âge les enfants devraient-ils recevoir cette information?
- Le fait d'être né par conception assistée peut-il avoir un effet nocif sur le sentiment d'identité d'un enfant?
- Les enfants devraient-ils, légalement, avoir le droit de connaître l'identité des personnes donatrices? Cette connaissance est-elle importante?

LES PERSONNES HANDICAPÉES

Plusieurs des groupes rencontrés lors des audiences se sont inquiétés des risques que pose le diagnostic prénatal pour les personnes handicapées. Selon eux, il est nécessaire de veiller à ce que ces techniques ne soient pas utilisées de façon discriminatoire. Ils ont exprimé l'opinion que les renseignements et les conseils fournis au public par la profession médicale reflètent les préjugés sociaux qui dévalorisent les personnes handicapées et qui en font un fardeau social. Ils trouvent aussi que les termes utilisés par les médecins nourrissent les stéréotypes. Ces attitudes se manifestent, disent ces groupes, par des pressions subtiles en faveur de l'avortement de tout fœtus manifestant une déficience. Ils craignent une montée de l'intolérance à l'égard des personnes handicapées du fait que les couples ont le choix d'avorter de tout fœtus présentant une malformation. Ces groupes exigent des efforts accrus pour transformer les attitudes sociales.

Plusieurs de ces groupes ont réclamé des services de counselling adéquats qui donnent aux parents susceptibles d'avoir un enfant handicapé des renseignements précis et objectifs, qui évitent les stéréotypes concernant l'éducation de cet enfant. Ils demandent aussi des systèmes de soutien accrus à l'intention de ceux et celles qui élèvent un enfant handicapé, ainsi que des structures sociales favorables aux personnes handicapées en général.



Plusieurs associations se sont aussi inquiétées de l'accès limité des femmes handicapées aux nouvelles techniques de reproduction : pourquoi n'auraient-elles pas accès elles aussi au diagnostic prénatal? Elles ont aussi fait remarquer que ces femmes éprouvent, comme les autres, le besoin et le désir d'une vie familiale, même si le système actuel ne considère pas les personnes handicapées comme des parents «adéquats».

QUESTIONS À ENVISAGER :

- L'existence du diagnostic prénatal entraîne-t-elle nécessairement une discrimination accrue à l'égard des personnes handicapées?
- Quelles mesures peut-on instaurer pour empêcher que le diagnostic prénatal ne favorise la discrimination à l'égard des personnes handicapées?
- Comment peut-on adapter la terminologie des nouvelles techniques de reproduction aux besoins des personnes handicapées?

LES MINORITÉS RACIALES, ETHNIQUES ET CULTURELLES

On a signalé à la Commission que les membres des minorités ethniques et raciales peuvent être privés des avantages des nouvelles techniques de reproduction, et même incités à limiter leur fécondité. On s'est aussi inquiété des façons dont ces techniques peuvent servir à exploiter les femmes appartenant à ces minorités.

Plusieurs groupes se sont dits préoccupés de la possibilité que les immigrantes ou les femmes de groupes minoritaires se voient acculées à des relations d'exploitation, tel le contrat d'enfantement, ou amenées à des choix procréatifs qu'elles pourraient regretter, tel l'avortement de fœtus féminins au nom d'une préférence culturelle pour des enfants mâles, ou celui d'un fœtus handicapé à cause d'un manque de ressources. D'autres ont aussi noté que les femmes pauvres ou de groupes minoritaires peuvent être plus vulnérables à des interventions décrétées par des juges quant à leur fécondité, leurs grossesses ou leurs accouchements.

Certains intervenants-tes ont critiqué le fait que l'accès aux nouvelles techniques de reproduction est plus facile pour les couples riches de race blanche, et que les personnes à faible revenu ou de groupes minoritaires sont perçues comme méritant moins ces services. Ces personnes notent que des obstacles linguistiques et culturels nuisent à l'accès de beaucoup de gens à ces techniques. Elles parlent donc de la nécessité de mettre au point des services de counselling et des renseignements adéquats aux plans culturel et linguistique. Un grand nombre des personnes entendues ont fait valoir que les nouvelles techniques de reproduction doivent être envisagées dans le contexte social des prises de décision génésiques, y compris les facteurs de la pauvreté, du racisme, de la discrimination sexuelle et des lacunes d'accès aux services de santé.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Comment empêcher que les nouvelles techniques de reproduction soient utilisées de façons qui encouragent ou qui perpétuent la discrimination ethnique, culturelle ou raciale?
- Comment faire en sorte que les services, de counselling ou autres, qui sont offerts soient adéquats au plan culturel et linguistique?

AUTRES GROUPES

D'aucuns estiment que les nouvelles techniques de reproduction offrent l'occasion de devenir parents à des gens qui ne vivent pas des rapports hétérosexuels traditionnels. Certaines des personnes entendues ont parlé de discrimination à l'égard des personnes seules, des homosexuels et des lesbiennes du fait qu'ils se voient refuser l'accès aux techniques de reproduction. On a surtout parlé de l'insémination hétérologue, dont beaucoup de gens ont demandé qu'elle soit retirée du contexte médical, de façon à en permettre l'accès à quiconque en fait la demande. Par ailleurs, ces personnes notent l'importance de vérifier que le sperme utilisé à cette fin n'est porteur d'aucune maladie.

Les personnes qui s'opposaient à l'accès des personnes ou des couples homosexuels aux nouvelles techniques de reproduction se sont inquiétées du bien-être d'un enfant élevé dans une cellule familiale non traditionnelle. Certains voient même d'un mauvais oeil l'utilisation de ressources déjà limitées pour régler un problème d'infertilité qui est social plutôt que médical.

Très peu de choses ont été dites quant à l'impact des nouvelles techniques de reproduction sur les hommes en tant que groupe, plutôt que sur le mari des couples faisant appel à ces techniques. Plusieurs des personnes entendues ont souligné la nécessité d'accorder plus d'attention à l'infertilité masculine.

Quelques personnes se sont demandé quelles répercussions auraient les nouvelles techniques de reproduction sur notre définition sociale de «paternité», puisqu'un plus grand nombre d'hommes pourraient engendrer des enfants par insémination hétérologue, tandis que beaucoup d'autres hommes deviendraient les parents sociaux d'enfants auxquels ils n'ont pas de lien génétique.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- L'accès des nouvelles techniques de reproduction doit-il être réservé aux couples hétérosexuels mariés ou doit-il être permis aux femmes seules ou lesbiennes qui désirent porter des enfants?
- L'éducation d'enfants élevés par un couple homosexuel diffère-t-elle, au plan des résultats, de celle des enfants élevés par d'autres couples?
- Vu son caractère relativement simple, l'insémination hétérologue doit-elle être offerte aux femmes hors du système médical? Le cas échéant, comment s'assurer de l'innocuité du sperme utilisé?
- La distinction entre «paternité biologique» et «paternité sociale» est-elle une question importante pour les hommes?
  pour les enfants?
- Doit-on établir des mécanismes de contrôle concernant les structures familiales acceptables au Canada? Comment ces mécanismes pourraient-ils être institués?

QUELLES DÉCISIONS DOIT PRENDRE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE AU SUJET DES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION?

MAINTIEN, INTERDICTION OU MORATOIRE?

Les termes «interdiction» et «moratoire» sont revenus souvent dans les recommandations formulées lors des audiences, bien que les gens leur aient donné des significations différentes. Certains-es intervenants-tes, y compris des représentants-tes de groupes de femmes, de syndicats et d'organismes familiaux, ont réclamé une interdiction complète de toute recherche ou pratique en matière de techniques de reproduction. Des personnes ont soutenu qu'il est impossible de discuter de réglementation et de surveillance en l'absence de renseignements de base et qu'une interdiction doit être imposée jusqu'à ce que la population canadienne dispose des renseignements nécessaires. D'autres intervenants-tes ont décrit ces techniques comme fondamentalement nocives aux femmes et donc à prohiber.

D'autres personnes étaient d'avis que les services actuellement offerts ne peuvent pas être interrompus, mais elles ont réclamé un moratoire sur toute expansion des services jusqu'à ce que l'on dispose de plus de renseignements sur les risques à long terme et sur les avantages de ces pratiques. Bon nombre des intervenants-tes à réclamer une interdiction ou un moratoire ont aussi appelé le gouvernement canadien à appuyer de telles mesures sur la scène internationale.

Plusieurs autres intervenants-tes considéraient qu'une prohibition ou un moratoire ne seraient ni efficaces ni réalistes. Invoquant la diversité des techniques visées par le mandat de la Commission, ils ont réclamé plutôt une collecte et une évaluation de données qui permette de traiter chaque technique adéquatement. Ces personnes signalent la complexité des questions en cause et le fait que certaines techniques peuvent s'avérer adéquates pour certaines indications mais non pour d'autres. Des personnes infertiles et des personnes présentant un risque de transmettre des troubles génétiques à leurs enfants ont fait part à la Commission de leur crainte d'une prohibition et de l'importance à leurs yeux d'un accès à des techniques adéquates.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Doit-on interdire complètement les nouvelles techniques de reproduction et la recherche sur de telles pratiques?
- Faut-il instituer un moratoire sur tout nouveau développement des nouvelles techniques de reproduction? Pour toutes ces techniques ou pour certaines d'entre elles? Lesquelles?
- Faut-il interdire ou freiner l'ensemble des services actuellement fournis en nouvelles techniques de reproduction? Une partie de ces services?
- De quels renseignements avons-nous besoin pour décider de la nécessité ou de la façon de réglementer les nouvelles techniques de reproduction?
- Quelles formes de réglementation devrait-on envisager? Quelle place accorder à l'émission de permis aux cliniques? Au contrôle de la qualité? Aux normes? À la surveillance? Au signalement des résultats?

RÉGLEMENTATION, LÉGISLATION ET SURVEILLANCE

Les femmes et les hommes entendus par la Commission ont fait état de diverses suggestions quant aux meilleures façons de réglementer et de contrôler les nouvelles techniques de reproduction, de planifier l'avenir et d'informer les Canadiens et les Canadiennes.

Les mécanismes suggérés comprennent, entre autres, un comité consultatif national, le recours aux comités d'éthique des hôpitaux, ainsi que des sanctions criminelles pour les pratiques jugées contraires à l'éthique. On a noté un appui répandu en faveur d'un organisme de réglementation ou consultatif semblable à ceux qui existent dans d'autres pays.

Les rôles envisagés pour de tels organismes se sont avérés nombreux. Entre autres : la standardisation de normes de prestation des services; l'apport de statistiques et de renseignements pour évaluer la sécurité, le coût et l'efficacité de diverses techniques; le contrôle des résultats obtenus; la collecte, la mise en forme et la diffusion de renseignements utiles à la population, aux utilisateurs-trices, aux chercheurs-ses, aux praticiens-nes et aux gouvernements.

Des intervenants-tes ont insisté sur le rôle d'une législation fédérale dans la réglementation des nouvelles techniques de reproduction. C'est par les lois, disent ces personnes, qu'une société fait respecter ses valeurs et signale l'importance de certaines questions. D'autres ont soutenu qu'il n'est pas nécessaire de légiférer puisqu'il existe d'autres façons de réglementer les pratiques en cause. Ces personnes affirment aussi qu'une loi pourrait prêter à confusion, vu la définition souvent arbitraire de certains termes-clé. D'autres ont dit craindre qu'une loi soit trop inflexible et difficile à amender, compte tenu du rythme de développement des techniques de reproduction. À leurs dires, une approche législative risque aussi d'entraver la résolution d'intérêts qui diffèrent, ceux de la mère et de son fœtus par exemple. Plusieurs personnes ont aussi mentionné les difficultés pratiques que soulèveraient des tentatives de légiférer sur les nouvelles techniques de reproduction, vu les différences de juridiction fédérale et provinciale (ou territoriale) au Canada.

Certains ont suggéré que l'on s'en remette à des normes professionnelles pour gérer l'utilisation des nouvelles techniques de reproduction. Mais certaines personnes ont fait valoir que de telles normes peuvent être difficiles à faire appliquer et qu'elles sont souvent formulées sans participation du public. Par contre, on a affirmé que des normes professionnelles peuvent s'adapter à des problèmes complexes et changeants de façon plus souple qu'une formule législative, qu'elles contournent le problème du partage des juridictions, et qu'elles favorisent l'objectif d'encourager les professions en cause à une prise de responsabilité éthique. On a qualifié d'importants les mécanismes pouvant permettre une participation du public à la formulation de telles normes.

Des intervenants-tes ont effectué plusieurs propositions d'un registre national où inscrire des données actuellement indisponibles sur les résultats à court et à long terme des nouvelles techniques de reproduction. Ces personnes insistent sur la nécessité de noter sur une longue période de temps les conséquences de ces pratiques sur la santé des mères et des enfants, ainsi que la nécessité de protéger leur vie privée et un rapport de confidentialité. On a demandé qui financerait un tel registre et si la participation des cliniques y serait volontaire ou obligatoire.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Quelles instances seraient les mieux habilitées à décider du développement des nouvelles techniques de reproduction? À décider de la clientèle?
- Devrait-il s'agir d'instances nationales, régionales ou locales?
- Quel en serait le mode de financement et à qui devrait-on rendre des comptes?
- Quels types de législation pourraient s'appliquer aux nouvelles techniques de reproduction?
- Des normes professionnelles suffiraient-elles à répondre aux préoccupations de la population canadienne concernant la gestion des nouvelles techniques de reproduction?
- Quel rôle devrait jouer le public dans la formulation de normes professionnelles? Dans le contrôle de leur application? Comment pourrait-on faciliter une participation de ce genre?
- Comment des normes professionnelles peuvent elles tenir compte, et s'enrichir, de différentes perspectives culturelles et religieuses?
- Quel genre de données et de renseignements doivent être conservés pour assurer un suivi à long terme des aspects physiologiques, sociaux et psychologiques des techniques de reproduction?

LA PARTICIPATION DE LA POPULATION

En règle générale, les personnes entendues aux audiences ont convenu que des mécanismes de réglementation adéquats exigeraient une participation large de la population aux décisions à prendre. On a accordé une importance particulière aux opinions des personnes ayant une expérience directe des nouvelles techniques de reproduction. Toutefois, même ceux et celles qui n'ont pas cette expérience insistent sur leur droit à être informés de l'évolution de ces techniques et à participer aux décisions prises en cette matière.

Beaucoup de personnes ont jugé particulièrement indispensable la participation des femmes, puisque, en définitive, ce sont elles qui sont les plus touchées par ces décisions. On a surtout réclamé une participation du public aux organismes qui prennent les décisions quant au financement des recherches, aux choix éthiques, à la prestation de services et au suivi à long terme.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Quel rôle voudriez-vous jouer dans la prise de décisions concernant les nouvelles techniques de reproduction?
- Qui devrait participer aux décisions quant aux façons de pratiquer au Canada des techniques telles que la fécondation *in vitro*? Les praticiens-nes? Les compagnies pharmaceutiques? Les personnes qui font appel à ces techniques? Les éthiciens-nes? Les groupes de femmes? Les groupes religieux?

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT

Les personnes entendues en audience ont été majoritairement partisanes d'une intervention gouvernementale, ainsi que de l'établissement de normes pan-canadiennes quant au développement, à la prestation et à l'avenir des nouvelles techniques de reproduction. Toutefois, il ne s'est pas dégagé de consensus ni quant à la forme que prendrait cette intervention quant au processus d'application de telles normes. L'exigence de normes nationales est associée, chez les intervenants-tes, à la volonté d'une plus grande sécurité, tant au plan médical que juridique, pour ce qui est de l'application de ces techniques. On veut aussi l'assurance que des règles identiques, explicites et équitables seront en vigueur d'un océan à l'autre.

Les intervenants-tes y ont été de plusieurs suggestions quant à ce que pourrait être le rôle du gouvernement : éduquer la population à la prévention de l'infertilité, protéger les intérêts des personnes qui font appel à ces techniques au moyen de quelque registre national ou organisme de réglementation, faciliter une vaste participation publique aux prises de décisions et s'assurer de la disponibilité et de la diffusion de renseignements adéquats et appropriés.

Certains groupes et personnes ont suggéré un rôle pour le Canada à l'échelle internationale. Considérant que des dossiers comme celui des nouvelles techniques de reproduction outrepassent les frontières nationales, ces personnes considèrent que le gouvernement canadien doit coopérer avec d'autres pays à la rédaction de conventions et d'ententes en vue d'une réglementation internationale des nouvelles techniques de reproduction.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Des normes nationales sont-elles souhaitables? Comment faciliter leur création? De telles normes peuvent-elles répondre à des conditions spécifiques dans différentes régions du pays?
- Compte tenu que les soins de santé relèvent à la fois des administrations fédérale et provinciales, quels rôles doivent jouer chacun de ces deux paliers de gouvernement dans la gestion des nouvelles techniques de reproduction?
- Quel rôle peut jouer le gouvernement fédéral pour assurer la diffusion de renseignements exacts au sujet des nouvelles techniques de reproduction au Canada?
- Quel rôle peut jouer le gouvernement pour sensibiliser la population à la prévention de l'infertilité?

L'ALLOCATION DE RESSOURCES

Une des questions les plus discutées est celle de la place que les NTR doivent occuper dans notre système de soins de santé, à un moment où l'allocation de ressources et le choix de priorités prennent une importance majeure. La plupart des gens entendus lors des audiences ont jugé approprié le financement de l'investigation et du diagnostic de l'infertilité, ainsi que celui des services de counselling offerts aux personnes infertiles. Mais le financement des techniques elles-mêmes a suscité plus de controverse.

Quelques intervenants-tes ont fait valoir que des techniques comme la fécondation *in vitro* constituent des traitements légitimes de l'infertilité et qu'elles ont donc droit à un financement public. Ces personnes s'inquiètent de la création d'un système dual de soins de santé où l'accès à ces techniques serait restreint aux gens capables d'en défrayer le coût. Elles rappellent le principe accepté au Canada d'un accès égalitaire aux services médicaux, en protestant contre le refus aux personnes moins fortunées de services nécessaires au plan médical. Plusieurs personnes se sont demandées comment assurer un accès aux services de santé qui soit indépendant des ressources personnelles mais qui ne grève pas des budgets de santé limités.

D'autres intervenants-tes ont pris parti contre l'extension d'un financement public aux techniques de reproduction. S'inquiétant de la hausse des coûts de soins de santé, ces personnes recommandent à la Commission que l'on limite les dépenses à ce chapitre. Elles décrivent comme trop coûteuses les tentatives hautement techniques de pallier à l'infertilité. Elles préfèrent voir les fonds de l'État alloués prioritairement aux soins généraux élémentaires et aux soins de santé génésique. Les personnes entendues dans le Nord et dans les régions isolées du pays ont réclamé de la Commission que l'on réponde à leurs besoins de santé élémentaires avant de financer des «interventions de luxe» comme la fécondation *in vitro*.

D'autres personnes opposées à l'extension d'un financement public aux nouvelles techniques de reproduction l'ont fait au nom du caractère expérimental, à leur sens, de plusieurs de ces pratiques, notamment la fécondation *in vitro*. Ces personnes recommandent que de tels essais soient financés par des budgets de recherche ou par les personnes qui y font appel, plutôt que par les régimes d'assurance-maladie.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Doit-on se servir des régimes provinciaux d'assurance-maladie pour financer les nouvelles techniques de reproduction? Toutes les techniques? Doit-on ne financer que certaines d'entre elles? Si oui, lesquelles?

- Comment allier la volonté de limiter les coûts de frais de santé avec la nécessité d'offrir équitablement des services médicalement nécessaires? Où situer dans cette équation la fécondation *in vitro*? le diagnostic prénatal? l'insémination artificielle? Cela dépend-il des indications d'utilisation de chacune de ces techniques?

- Le fait de financer publiquement les services de nouvelles techniques de reproduction augmenterait-il la demande pour ces services? Réciproquement, la demande décroîtrait-elle si ces techniques n'étaient pas financées?

- Quelle est la différence entre une intervention expérimentale et un traitement reconnu, susceptible d'être inclus parmi les services de santé? Qui décide présentement de cette distinction? À partir de quels critères? Quels critères recommanderiez-vous?

LES INTÉRÊTS COMMERCIAUX

Un bon nombre des personnes entendues lors des audiences se sont dites préoccupées par le rôle que jouent les entreprises commerciales dans le développement et la prestation des nouvelles techniques de reproduction. On a notamment fait allusion aux compagnies pharmaceutiques, aux fabricants d'équipement et d'appareils médicaux, ainsi qu'aux cliniques d'infertilité, aux banques de sperme et aux agences de contrats d'enfantement appartenant au secteur privé.

Pour certains des groupes entendus, l'impératif du profit a biaisé les priorités de recherche, abaissé les normes d'assurance de la qualité et favorisé une utilisation exagérée des techniques. Pour d'autres, ce motif du profit, encadré par une réglementation adéquate, peut contribuer à répondre à des besoins auxquels ne peut faire face un système de soins de santé déjà débordé. Ces personnes ne précisent toutefois pas quel genre de réglementation serait requise et comment elle pourrait être appliquée.

La réification du sperme, des ovocytes et des embryons a été qualifiée d'indésirable par la plupart de ceux et celles qui ont abordé cette question. Pour plusieurs, le caractère privilégié de ce matériel dans la reproduction de la vie humaine rend impropre un tel développement. Mais, si la majorité des intervenants-tes ont pris parti contre l'achat et la vente de gamètes, d'embryons, de fœtus ou de tissus fœtaux, ils n'ont pas formulé de suggestions précises sur des façons d'interdire une telle commercialisation.

QUESTIONS À ENVISAGER :

- Quel rôle les compagnies pharmaceutiques et d'autres entreprises commerciales pourraient-elles être admises à jouer dans le développement et la prestation des nouvelles techniques de reproduction?

- Le marché doit-il avoir un rôle dans le développement et l'application des nouvelles techniques de reproduction? Y a-t-il des techniques ou des pratiques qui doivent être laissées, ou soustraites, au marché? Y a-t-il des techniques ou des pratiques qui doivent être laissées au marché, mais soigneusement contrôlées?

- Pourrait-il exister un système privé, en plus du système de soins de santé à financement public, pour fournir des services qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie? Par exemple, un système de cliniques d'infertilité privées contribuerait-il à alléger le fardeau du système public de soins de santé? L'existence de cliniques privées risque-t-elle de nuire à l'établissement de cliniques publiques, ce qui signifierait que des couples moins fortunés n'auraient pas accès aux techniques?

- Comment faire respecter des normes de qualité dans un système privé? Quelles lignes directrices et normes d'émission de permis devrait-on y appliquer?

- L'industrie pharmaceutique a-t-elle influencé le développement et l'utilisation des nouvelles techniques de reproduction?

- Qui bénéficie des services offerts dans un but lucratif?

POUR FAIRE CONNAÎTRE VOTRE OPINION À LA COMMISSION

Comme on peut le constater à la lecture du présent document, les nouvelles techniques de reproduction posent certains problèmes souvent très complexes. Il est toutefois important de bien se rappeler que l'information contenue dans ce document ne donne qu'un aperçu de ce qui s'est dit lors des audiences, et qu'on ne saurait y voir une analyse exhaustive de tous ces problèmes.

La Commission vous encourage à discuter des questions et des problèmes abordés dans **Audiences publiques : témoignages et opinions** avec vos connaissances, vos collègues et votre famille. Vos idées, vos opinions et vos recommandations concernant les nouvelles techniques de reproduction ont beaucoup d'importance pour nous. Vous pouvez communiquer avec la Commission en écrivant à l'adresse suivante :

Commission royale sur les nouvelles
techniques de reproduction
C.P. 1566, Station «B»
Ottawa, Ontario
K1P 5R5

Vous pouvez aussi composer l'un ou l'autre des numéros suivants :

(613) 954-9999
ou
1-800-668-9781 (sans frais)

Tous les renseignements reçus avant le **30 avril 1992** seront pris en compte dans les délibérations de la Commission.

ANNEXES

LISTE DES INTERVENANTS ET INTERVENANTES

WHITEHORSE (YUKON)

Margaret Joe
Minister Responsible for the Status of Women
Government of the Yukon

Jessica Simon
Victoria Faulkner Women's Centre

Linda McDonald, Pearl Keenan
Yukon Indian Women's Association

Valerie Fromme
Right to Life, Yukon

Laurie MacFeeters
Yukon Status of Women Council

Dr. Paul Eagan
Yukon Medical Association

YELLOWKNIFE (TERRITOIRES DU NORD-OUEST)

Carole Roberts
Yellowknife Association of Women and the Law

Anne Lynagh, Brenda Percy
Yellowknife Women's Society

Dr. Linda Hudson
TAWOW Society, Fort Smith

Wendy Colpitts

Lynn Brooks
NWT Status of Women Council

Dr. Jack Bromley
Fort Smith Pro-Life Group

EDMONTON (ALBERTA)

Noela Inions
Northern Chapter of Health Law Section
Alberta Branch
Canadian Bar Association

Elva Mertick
Alberta Advisory Council on Women's Issues

Dr. Ronald Gregg, Dr. Bernice Capusten,
Dr. Robert Burns
Alberta Medical Association

Dr. Stephen Genius

Corry Morcos, Chuck Smith, Dr. Fawzy Morcos
Edmonton Pro-Life Society

Jackie Specken and Peggy Kemp
Fertility Management Services

Dr. David Cumming
Department of Obstetrics and Gynaecology
Faculty of Medicine, University of Alberta

Cynthia Boodram
Edmonton Branch
Canadian Federation of University Women

Ris Grover

Gwen Anderson

Edwina Podemski, Denyse King
Abortion by Choice

Dr. Diana Andriasheik
Family Health Care Committee
Alberta Public Health Association

Patricia Marck, Dr. John Dossetor
Interest Group in Reproductive Ethics
Joint Faculties Bioethics Project
University of Alberta

CALGARY (ALBERTA)

Linda Smith, Dr. Brent Friesen,
Sheila McDonagh-Firth
Calgary Board of Health

Janet Hutchinson, Elaine Rose, Pam Corbett
Social Issues Committee
YWCA, Calgary

Dr. Chris Whittington

Elizabeth Olsen
Women of Unifarm

Barbara Johnson, Joanne Lewicky
Alberta Federation of Women United for Families

Michael Phair, Edwin Webking, Anne Jayne,
Susan Radkey
Alberta Civil Liberties Research Centre

Peggy Webb, Judith Sloan, Melanie McLachlan, Roxanne LeBlanc
New Reproductive Technologies Committee
Planned Parenthood Alberta

Deborah Morris, Carolynne Bouey Shank
United Church of Canada

Dr. Richard Bickley and Connie Barlow

Patricia Blocksom, Sheilah Martin, Barbara Jantzen
Calgary Association of Women and the Law

Michael O'Malley
Calgary Humanae Vitae Centre

OTTAWA (ONTARIO)

Dr. Judith Allanson, Marie Geoffroy,
Jean-Paul Woods, Diane Thompson
Division of Genetics
Children's Hospital of Eastern Ontario

Hubert Doucet
Faculté de Théologie
Université Saint-Paul

Dr. Patricia Gervaize

Dr. Arthur Leader, Dr. David Mortimer
Ontario Medical Association

Dr. André Lafrance
Ottawa and District Physicians for Life

Leonard Borer

Rosemary Murphy, Anne Wright,
Dr. Carla Marcelis
Women's Health Interaction

Lucien Saumur

Marie Morrissey
Infertility Awareness Association of Canada

Dr. Paul Claman
Goal Program
Ottawa Civic Hospital

Dr. Norman Barwin, Bonnie Johnson
Planned Parenthood Federation of Canada

Nancy Jackson and Jennifer Smart

Professor T. Brettel Dawson

Kirsten Kozolanka

Les McAfee, Cecelia McWilliams
Equality for Gays and Lesbians Everywhere

Cynthia Manson, Holly MacKay
Planned Parenthood Ottawa

Joanne Hurens, Louise Hall, Louise Marion
Public Service Alliance of Canada

Alice Baumgart, Judith Oulton, Heather Caloren
Canadian Nurses Association

Madeleine Dion Stout, Marg Lanigan
Indian and Inuit Nurses of Canada

Jane McDonald, Alan Park
Kingston Infertility Network

Honourable Monique Bégin, Dr. Christine St. Peter
Canadian Research Institute for the
Advancement of Women

Dr. Carl Nimrod
Ultrasound Committee
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

ST. JOHN'S (TERRE-NEUVE)

Dr. Robert Walley
Canadian Physicians for Life

Dr. Michael Langford

Dr. Barbara Neis and Joanne Prindiville
Canadian Research Institute for the Advancement of Women, Newfoundland

Nancy Stokes, Joan Dawson
Planned Parenthood, Newfoundland and Labrador

Wendy Williams, Martha Muzychka
Advisory Council on the Status of Women, Newfoundland and Labrador

Bonnie James, Colleen O'Toole
Women's Caucus of the Newfoundland and Labrador New Democratic Party

Christine Anstey and Geraldine Druggett

CHARLOTTETOWN (ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD)

Linda Gallant, Lisa Murphy
Prince Edward Island Advisory Council on the Status of Women

Anne Lie-Nielsen
Prince Edward Island Council of the Disabled

Lorna MacDonald, Allan MacDonald, Helen Turner
Catholic Women's League of the Diocese of Charlottetown

Cathy Pharo, Joan Terra
Association for Community Living,
Prince Edward Island

Barb Van't Slot, Gene Ginn, Edith Perry
Women's Network, Prince Edward Island

Lyle Brehaut
Prince Edward Island Rape and Sexual Assault Crisis Centre

Paul Chandler, Mona Doiron, George O'Connor
Prince Edward Island Right to Life Association

Christie Beck, Catherine MacDonald
Canadian Youth Pro-Life Organization of
Prince Edward Island

Rita Ryan Sabada, Louise Polland
Prince Edward Island Union of Public Sector Employees

Doreen Beagan, Margaret Hickox,
Genevieve MacDonald, Dr. Malcolm Beck,
Claude Parent
Friends of the Family

HALIFAX (NOUVELLE-ÉCOSSE)

Dr. Lynn McIntyre
Canadian Public Health Association

Alexa McDonough, Muriel Maybee
Nova Scotia New Democrats

Janis Wood Catano, Heidi Atkins
Women's Health Education Network

Ann Marie Tomlins, Diana Smith
Council For Life, Nova Scotia

Carolyn Wallace
Women's Action Coalition of Nova Scotia

Pauline d'Entremont, Dian Day
Nova Scotia Advisory Council on the Status of Women

Linda Christianson-Ruffman

Dr. David Cole
Atlantic Research Centre for Mental Retardation

Sandra Lanz
Halifax Morgentaler Clinic

Marie Patrell, Brenda Beagan
Halifax Lesbian Committee on New Reproductive Technologies

Kit Holmwood, Kathy Coffin
Canadian Abortion Rights Action League

Jean Curran, Katherine Anderson
Metro Area Family Planning

Dr. B.A. Armson
Genetics Committee
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Dr. William Deagle
Campaign Life Coalition and
Canadian Physicians for Life

MONCTON (NOUVEAU-BRUNSWICK)

Jeanne d'Arc Gaudet, Bernadette Landry
New Brunswick Advisory Council on the Status of Women

Dr. Tom Barry

Linda Hawes, Wendy Sweet
Business and Professional Women's Clubs of New Brunswick

Anna Girouard

Herman Koops

George Gilmore, Carole Gilmore
New Brunswick Right to Life Association

Bette Lee, Luanne Leonard
National Organization of Immigrant and Visible Minority Women of Canada

WINNIPEG (MANITOBA)

Jennifer Cooper, Wendy Smith, Dr. Carole Scurfield
Women's Health Clinic

Dr. John Hamerton
Canadian College of Medical Geneticists

Marilyn Gault, Betty Nordrum
Manitoba Advisory Council on the Status of Women

Lynn McClure, Laurienne Ring, Chris Ansons
Klinic Community Health Centre
Dr. Paul Adams

Penni Mitchell, Amanda LeRougetel
Manitoba Coalition for Reproductive Choice

Jeraldine Bjornson, Bev Suek
Charter of Rights Coalition, Manitoba

Cécile Bahuaud, France Foubert, Alice Lambert
La ligue féminine catholique du diocèse de Saint-Boniface

Charlotte Johnson, Marion McNabb
Federated Women's Institutes of Canada

Joanne Peters, Elizabeth Arychuck
Winnipeg Infertility Support Group

Dr. Ardythe Basham, Linda Urich
Manitoba Association for Childbirth and Family Education

Mona Brown, Louise Lamb, Kim Riddell
Manitoba Association of Women and the Law

Lois Neable, Laurie Potovsky-Beachell
Manitoba Women's Institute

Laurie Thompson, Janet Fontaine, Sue Hicks
Women's Health Directorate, Manitoba Health Women's Directorate, Status of Women Department Province of Manitoba

Rachael Murray, Pat Soanan
Prairie ProLife of Portage la Prairie

Nerina Robson, Anne Zebrowski
Association for Community Living, Manitoba

Marion Baron, Judith Hoeppner, Madeleine Boscoe
Planned Parenthood Manitoba

Jenny Robinson
Manitoba Action Committee on the Status of Women

Dr. Cheryl Greenberg
Section of Clinical Genetics
Children's Hospital and Health Sciences Centre

SASKATOON (SASKATCHEWAN)

Leslie Biggs, R. Roy
Community Health Services Association, Saskatoon

Nayyar Javed, Anne Marie Dilella, Bonnie Loewen
Immigrant Women of Saskatchewan

Chris Axworthy, Member of Parliament
Saskatoon-Clark's Crossing
Health Critic, New Democratic Party of Canada

Pat Beck, Linda Newson
National Council of Women of Canada

Dorma Guedo, Mavis Moore
Canadian Federation of University Women, Saskatoon

Nayyar Javed, Sherri Moisiuk
Saskatchewan Action Committee, Status of Women

Cecilia Forsyth
Saskatoon Pro-Life, Inc. and Realistic Equal
Active for Life Women of Saskatchewan

Dr. James Penna, Father Steven Penna,
Bishop James Mahoney
Roman Catholic Diocese of Saskatoon

Dr. Charles Simpson
Infertility Clinic, Royal University Hospital

Françoise Sigur-Cloutier, Maria Lepage
Fédération provinciale des Fransaskoises

Jean Mahoney, Evelyn Wyrzykowski
National Council of the Catholic Women's League of Canada

Jeanne Martinson
Business and Professional Women's Clubs of Saskatchewan

Karen Rongve
Saskatchewan Association for Community Living

TORONTO (ONTARIO)

Judy Rebick, Pat Israel, Varda Burstyn
National Action Committee on the Status of Women

Ann Andrews

Dr. John Lamont, Dr. Lorna Grant,
Dr. Diana Ingram
Sexual and Social Issues Committee
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Christiane Bergauer-Free

Kathleen Lahey, Sandra Kerr, Susan McDonald,
Elaine Ceifets
Ontario Advisory Council on Women's Issues

Janet Atwood, Rev. Craig Carter,
Rev. Robert Duncan
Canadian Baptist Federation

Gerald Vandezande, Carla Cassidy, James Olthuie,
Diane Marshall
Citizens for Public Justice

Professor Jamie Cameron

Dr. Dormer Ellis, Doris Guyatt
Canadian Federation of Business and Professional Women's Clubs

Dr. Roy von Kutzleben and
Jacqueline von Kutzleben

Diane Allen and Bill Ross

Dr. Stephen Lye, Libby Burnham, Dr. Ted Morgan
Genesis Research Foundation
Department of Obstetrics & Gynaecology,
University of Toronto

Dr. John Hartley, Anne Leavitt
Human Life Research Institute

Dr. Patrick Hewlett

Sharon Labow and Stephen Labow

Denise Wiche, Loriann Webster, Jeff Atkins,
Christians for Life, Toronto

Vicki Delany, Jenny Ami
Women of Halton Action Movement

Tiina Soomet Maltby and Michael Maltby

Harold Reiter
National Tay-Sachs and Allied Diseases Association of Ontario

Dr. Philip Wyatt

Nancy Riche, Penni Richmond
Canadian Labour Congress

Judy Armstrong and Brian Armstrong

Pat Israel
DisAbled Women's Network Canada

Merrilyn Currie
Natural Family Planning Association

Professor John Luik

Jean MacLeod, Margaret MacGovern
Canadian Federation of University Women,
North York

Dr. John Kraulis
Christian Medical Dental Society of Canada

Dr. John Collins
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Dr. Carmelo Scime
Hamilton Physicians for Life

Lisa Leger, Maggie MacDonald, Michele Evans
Fertility Management Services

Tom Baxter
Westfort Baptist Church, Thunder Bay

Thomas Palantzas

Dr. John Tyson, Irene Orav, Dr. John McCoshen
Clinical Associates in Reproductive Endocrinology and Medicine

Harriet Simand, Carol Allen
D.E.S. Action Canada

Dr. Linda Williams, Dr. Mary Saunders,
Susan Mohamdee
Canadian Federation of University Women

John Harrington
Thomas More Centre for the Family

Phyllis Creighton
Phil Wall, Kathleen Morrison,
Dr. Manuel Buchwald, Sue McKellar
Canadian Cystic Fibrosis Foundation

Vicki Van Wagner, Cherie MacDonald
Ontario Coalition for Abortion Clinics

Dr. Anne McGlone-Rankin
Nancy Stone, Diane Richler, Dulcie McCallum
Canadian Association for Community Living

Winnifride Prestwick, Margaret Purcill,
Dr. John Kiernan
Campaign Life Coalition

Carol Aird, Ruth Sanderson
Women's Health Care Centre, Peterborough

Dr. Jo-Ann Johnson, Dr. Patrick Mohide
Genetics Committee
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Dr. Perry Phillips
Life Program and IVF Canada

Judy Anderson, Gwendolyn Landolt,
Dr. Theresa McKenna
Realistic Equal Active for Life Women of Canada

Julie Tolentino, Karen Hunter, Jackilynn Rogers
Toronto East General Hospital

Terry Fallis, Reverend Donna Morrison-Reed,
Evelyn Kent
Planned Parenthood of Toronto

Sara Rowden, Denise Galszechy
The Turner's Syndrome Society

Liz Stimpson
DisAbled Women's Network Toronto

Dr. Murray Kroach
Life Program and IVF Canada

Heather Marshall, Deirdre Flanagan, Ray Stringer,
Guenther Zuern

Laura Sky, Dr. Margrit Eichler
Feminist Alliance on New Reproductive Technologies

Sally Ballangall, Jean Emond, Rita Karakas
YWCA of/du Canada

Fran Bazos

Jeff Rose, Dorothy Wigmore
Canadian Union of Public Employees

Vicki Letouck, Claudette Pisa
Réseau des femmes du sud de l'Ontario

Robin Kilpatrick, Vicki Van Wagner, Edith Johnson
Association of Ontario Midwives

Brian Macdonald, Holly Kramer
Canadian Adoption Reunion Register

Dr. Henry Morgentaler

Gus Gianello
Christians for Life

Dr. Robert Casper, Dr. Monica Morris,
Dr. Carol Cowell, Jocelyn Smith
Reproductive Sciences
University of Toronto

Professor Donald DeMarco

Katherine Arnup

Brian Stiller, Aileen Van Ginkel, Paul Marshall,
Denise O'Leary
The Evangelical Fellowship of Canada

Reverend Hudson Hilsden, Dan Cooper
The Pentecostal Assemblies of Canada

Laura McArthur, Eugene Pivato, Phillip Landolt
Right to Life Association of Toronto and Area

Colette Somerville
Maureen Gibson, Sharon Cunningham,
Bonnie Charbonneau
Spina Bifida and Hydrocephalus Association of Ontario

LONDON (ONTARIO)

Kim Perrota, Carol Ann Sceviour
Ontario Federation of Labour

Linda Burville, Susan Ward, Dr. Edward Hughes
2F Fertility Clinic at Chedoke-McMaster Hospitals

Catherine Young
Friends of Breastfeeding Society

Karen Sandercock

Dr. Stanley Brown, Dr. Arthur Leader,
Dr. Jeffrey Nisker, Dr. M. Hearn
Reproductive Endocrinology and Infertility Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Dr. Michael Rieder

Ann and Shawn Smith

Jakki Jeffs, Regina Weidinger
Alliance for Life Ontario

Sheila Howard, Dr. Michael Quinn
World Organization of the Ovulation
Method-Billings, Canada

Dr. Eike Kluge, Dr. Judy Kazimirski,

Douglas Geekie, Dr. Elaine Jolly,
Dr. May Cohen, Dr. Noel Doig
Canadian Medical Association

Professor Diana Majury
University of Western Ontario

Donna Launslager, Rosemarie Ashworth, Sue Picard
Parents of Multiple Births Association of Canada

Lorraine Greaves, Constance Backhouse
Women's Education and Research Foundation of Ontario

Margaret Buist
London Status of Women Action Group

Dr. Jack Jung, Dr. Alan Bocking, Dr. Jeffrey Nisker
Regional Medical Genetics Centre

Dr. David Armstrong, Dr. Gerald Kidder,
Dr. Tom Kennedy, Ann Rouleau
Reproductive Biology Research Laboratories

Lynne Scime
Family Forum

Kathy Tomanec

Dr. Albert Yuzpe, Dr. Jeffrey Nisker,
Heather Erskine, J. Auckland
Department of Obstetrics and Gynaecology
University of Western Ontario

MONTRÉAL (QUÉBEC)

Cécile Coderre, Louise Marquis
Fédération des femmes du Québec

Yvette Grenier

Me Gilles Létourneau, Me François Handfield,
Me Derek Jones, Anne Marcoux
Commission de réforme du droit du Canada

Anne Kiss, Marilyn Bergerton, Dr Larry Reynolds
Alliance pour la vie

Alain Klotz

Dr Claude Duchesne, Dr Robert Sullivan,
John Wright, Diane Brodeur
Centre de reproduction de l'hôpital St-Luc

Dr. Marsha Hewitt, Phyllis Creighton, Joy Kennedy
Right Reverend John Baycroft,
Reverend Doctor Don Thompson
Anglican Church of Canada

Geneviève Delaisi de Parseval

Sonia LeBris

Dr. Charles R. Scriver
McGill University

Gilles Grondin, Dr N.M. Newman
Campagne Québec-Vie

Denis Perreault, Carmen Saint-Laurent
Confédération des organismes familiaux du Québec

France Tardif, Anne St-Cerny, Marie-Thérèse Forest
Fédération du Québec pour le planning des naissances

Dr. Donald Jansen, John Whyte
Cosmas and Damian Society of Ottawa-Hull

Professor Annette Burfoot, Laurel Claus-Johnson,
Barbara Mayo, Jill Smith, Andrea Calver

Cécile Labrecque, Louise D. Fortin
Les Cercles de Fermières du Québec

Sylvie Poirier, Christiane Garcia, Marirrosa Lopez,
Violaine Fortin
Association québécoise pour la fertilité

Bernard Daly, Louise Benjamin-Simard,
Réjean Plamondon, Dr Benjamin Simard
Action Famille

Dr. Upendra K. Banik
Bioscan Continental Inc.

Dr Jean Desjardins, Dr Nuala Kenny,
Dr Gordon Krelingston, Dr Allen Bucking
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Dr Serge Bélisle, Dr Robert Reid, Dr Renée Martin
Society of Obstetrics and Gynaecology of Canada and Canadian Fertility and Andrology Society

Monique Simard, Pauline Gauthier, Danielle Hébert
Confédération des syndicats nationaux

Dr. Del Hushley

Christine Marion, Jacqueline Martin,
Claire Levasseur
Association Féminine d'Éducation et d'Action Sociale

Dr Gilles Bleau, Guy Beauregard
Centre de recherche en reproduction humaine de l'Université de Montréal

Chantal St-Pierre
Le Réseau National d'Action Éducation Femmes

Faustin Chouinard

QUÉBEC (QUÉBEC)

Ann Robinson, Colette Gendron
Groupe de recherche multidisciplinaire féministe

Dr Claude Bouchard

Maria De Koninck, Marie-Hélène Parizeau
Étude sur la condition des femmes
Université Laval

Edith Deleury
Faculté de droit
Université Laval

Dr Guy Bouchard

Ninon Ricard

Marcelle Dolment, Lily Audet
Réseau d'action et d'information pour les femmes

VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE)

Dr. Barbara Romanowski
Expert Interdisciplinary Advisory Committee on
Sexually Transmitted Diseases
Health and Welfare Canada

Dr. Judith Daniluk

Dawn Black, Member of Parliament
New Westminster/Burnaby

Dr. Dorothy Shaw, Barbara Hestrin,
Marcena Levine
Planned Parenthood Association of British Columbia

Bonnie Waterstone
Vancouver Status of Women

Dr. Christo Zouves
IVF Program
University Hospital

David Tkachuk

Dr. John Stephens

Sunera Thobani, Gulzar Samji, Betty Lough
Immigrant and Visible Minority Women of
British Columbia

Sue Cox, Catherine Martell, Patricia Lee
Vancouver Women's Reproductive Technologies Coalition

Barbara Sihota

Dr. Timothy Rowe

Infertility Clinic at St. Paul's Hospital

Donna Doerksen and Glen Vockeroth

Pamela Better

Sue Cox

Debbie Young, Jennifer Hillman
Vancouver Infertility Peer Support Group

Dr. Margo Fluker

Tracey Jung

Wendy McNeely

Mary Anne McWaters

Ted Gerk
Kelowna Right to Life
Dr. Will Johnston, Susan Allen, Iain Benson,
Wendy Barta, Dr. Sukhdev Singh Gill
British Columbia Chapter
Canadian Physicians for Life

Janice Dillon, J.J. Camp, Terrence Wade
Canadian Bar Association

Lise Moreau, Arthur Specken
Office of Marriage and Family Formation,
Archdiocese of Vancouver

Dr. Jan Friedman, Dr. Barbara McGillivray
Department of Medical Genetics
University of British Columbia

Barbara Chambers
Canadian PID Society

Dr. William Bowie
Canadian Infectious Diseases Society

Dr. R. Douglas Wilson, Dr. Lynn Simpson
Genetics Committee
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Kelly Maier, Gloria Wolfson, Stewart Alcock
British Columbia Association of Social Workers

Kristin Schoonover

Christine Micklewright, Mary Rowles
British Columbia Federation of Labour

Laura Jones, Elaine Davidson
Dalkon Shield Survivors Group

Dr. Mary Donlevy, Dr. Peggy Ross
Federation of Medical Women of Canada

Laurie Brant
Maternal Health Society

Nancy Newman
IVF Program
University of British Columbia

Dr. Frances Rosenberg, Lila Quastel,
Shirley Hyman
Vancouver Section
National Council of Jewish Women of Canada

Yvonne Peters, Shelagh Day, Gwen Brodsky
Canadian Disability Rights Council

Dr. David R. Popkin, Dr. Dorothy Shaw
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Dr. William Bowie

Susan Kram, Halina Struser
South Surrey White Rock Women's Place

VICTORIA (COLOMBIE-BRITANNIQUE)

Elizabeth Cull, Member of the Legislative Assembly, on behalf of
Lynn Hunter, Member of Parliament

Maryanne Alto
Victoria Status of Women Action Group

Ann Livingston
Maternal Health Society

Shirley Pratten
New Reproductive Alternatives Society

Kathleen Toth, Moira Garneau
Canadian Organization of Catholic Women for Life, Faith and Family

Dr. John Jarrell
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

MANDAT DE LA COMMISSION

(tel que rendu public par le gouvernement fédéral le 25 octobre 1989)

La Commission sera formée en vertu de la Partie I de la *Loi sur les enquêtes* dans le but de faire enquête et de présenter un rapport sur les progrès actuels et prévisibles de la science et de la médecine en matière de techniques de reproduction, sur le plan de leurs répercussions pour la santé et la recherche et de leurs conséquences morales, sociales, économiques et juridiques ainsi que pour le grand public, et de recommander des politiques et mesures protectrices à adopter, au sujet principalement,

a) des répercussions des nouvelles techniques de reproduction sur le bien-être et la fertilité des femmes;

b) des causes, du traitement et de la prévention de l'infertilité chez les hommes et les femmes;

c) de la réversibilité des techniques de stérilisation, de l'insémination artificielle, de la fécondation in vitro, des transplantations d'embryons, des techniques de dépistage et de diagnostic prénatals, de la manipulation génétique et des interventions thérapeutiques pour corriger des anomalies génétiques, des techniques de choix du sexe, des expériences sur l'embryon et des transplantations de tissu foetal;

d) des mesures d'ordre social ou juridique, telles le recours à une mère porteuse, l'intervention de la justice durant la grossesse et à la naissance, et la «propriété» de l'ovule, du sperme, de l'embryon et du tissu foetal;

e) du statut et des droits des personnes qui recourent ou contribuent aux services de reproduction, entre autres, l'accès aux diverses méthodes, les «droits» à la condition de parent, le consentement en toute connaissance de cause, le statut des donneurs de gamètes et la confidentialité, ainsi que de l'incidence de ces services sur tous les intéressés, notamment sur les enfants; et

f) des ramifications économiques de ces techniques, par exemple, l'utilisation commerciale d'ovules, de sperme et d'embryons, l'application de la Loi sur les brevets, et le financement de la recherche et des méthodes utilisées, y compris le traitement de l'infertilité.

LISTE DES COMMISSAIRES

Dr Patricia Baird
Présidente
Vancouver (Colombie-Britannique)

Dr Bruce Hatfield
Calgary (Alberta)

Me Martin Hébert
Montréal (Québec)

Grace Jantzen
London (Royaume-Uni)

Bartha Maria Knoppers
Montréal (Québec)

Susan McCutcheon
Toronto (Ontario)

Me Maureen McTeer
Ottawa (Ontario)

Suzanne Scorsone
Toronto (Ontario)

Louise Vandelac
Montréal (Québec)

Royal Commission on
New Reproductive Technologies

Commission royale sur les
nouvelles techniques de reproduction

P.O. Box/C.P. 1566, Station/Succursale "B", Ottawa, Canada K1P 5R5, (613) 954-9999 Fax: (613) 954-999