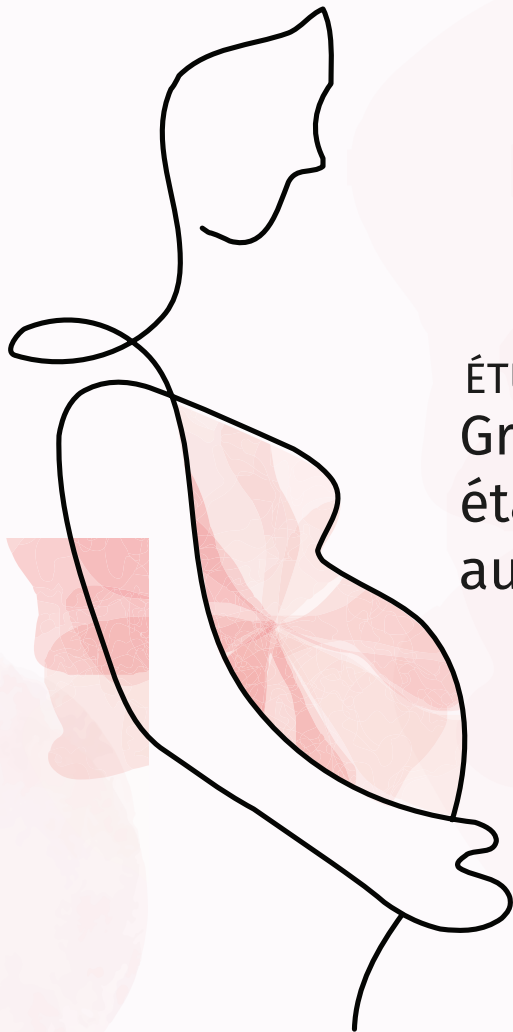


CONSEIL DU STATUT
DE LA FEMME



ÉTUDE
Grossesses pour autrui :
état de la situation
au Québec

ÉTUDE
Grossesses pour autrui :
état de la situation
au Québec

La présente publication a été produite par le Conseil du statut de la femme. Elle est accessible à l'adresse suivante : <https://www.csf.gouv.qc.ca/publications>.

M^e Louise Cordeau, C.Q., assume la présidence du Conseil, appuyée par dix autres membres représentatives de divers milieux de la société québécoise.

Direction de la recherche et de l'analyse

Mélanie Julien

Rédaction

Sarah Jacob-Wagner

Mélanie Julien

Recherche

Sarah Jacob-Wagner

Révision linguistique

Maude Déry

Révision de la bibliographie

Julie Limoges

Mise en page

Marie Kougioumoutzakis

Nancy Benoit

Date de parution

Janvier 2023

Toute demande de reproduction totale ou partielle doit être faite au Service de la gestion du droit d'auteur du gouvernement du Québec à l'adresse suivante : droit.auteur@servicesquebec.gouv.qc.ca.

Comment citer ce document

Conseil du statut de la femme (2023). *Grossesses pour autrui : état de la situation au Québec*.

<https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/Etude-Grossesses-pour-autrui.pdf>

Éditeur

Conseil du statut de la femme

800, place D'Youville, 3^e étage

Québec (Québec) G1R 6E2

Téléphone : 418 643-4326

Sans frais : 1 800 463-2851

Site Web : www.csf.gouv.qc.ca

Courriel : publication@csf.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN : 978-2-550-93785-2 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

FAITS SAILLANTS

- Le nombre de traitements de fécondation *in vitro* (FIV) prodigués à des femmes porteuses est en augmentation ces dernières années dans l'ensemble du Canada.
- Aucune donnée ne permet de dresser un portrait exhaustif du nombre de femmes qui, au Québec, acceptent de porter un enfant pour autrui. Des données récentes relatives à six centres de procréation assistée du Québec révèlent que, en moyenne chaque année, 18 transferts d'embryons y ont cours dans le cadre d'une grossesse pour autrui, donnant lieu à 7 grossesses et à 5 naissances vivantes.
- Si la majorité des renseignements disponibles sur les grossesses pour autrui concernent celles qui se concrétisent grâce à la procréation assistée, des travaux confirment que certaines se réalisent au Canada sans recours à de tels traitements.
- Une portion des femmes porteuses du Canada agissent pour des parents d'intention qui résident dans d'autres régions du monde.
- Des messages incitant les femmes à porter un enfant pour autrui ou à donner des ovules sont relayés sur les réseaux sociaux.
- Alors qu'il est interdit de rétribuer les donneuses d'ovules ou les donneurs de sperme dans l'ensemble du Canada, des centres de procréation assistée se tournent vers des distributeurs qui font affaire avec des banques de gamètes des États-Unis où les femmes et les hommes peuvent être payés pour leur don. L'achat d'ovules ou de paillettes de sperme est par ailleurs accessible sur le Web.
- Dans l'ensemble du Canada, il est interdit de rétribuer une femme porteuse, mais il est permis de lui rembourser certaines dépenses. Dans les faits, certains parents d'intention offrent des cadeaux à la femme qui porte leur enfant, en plus de rembourser ses dépenses.
- Il est aussi interdit, dans l'ensemble du Canada, de rétribuer une tierce partie en vue d'obtenir les services d'une femme porteuse. En pratique, des agences de grossesse pour autrui, notamment établies en Ontario, offrent de jumeler des parents d'intention et des femmes souhaitant porter un enfant pour autrui et de les soutenir dans la concrétisation de leur projet. Le Web constitue aussi une voie employée par certains individus pour s'informer sur le sujet et entrer en relation avec des personnes susceptibles de prendre part à leur projet de grossesse pour autrui.
- À l'heure actuelle au Québec, « toute convention par laquelle une femme s'engage à procréer ou à porter un enfant pour le compte d'autrui est nulle de nullité absolue ». Les femmes porteuses et les parents d'intention tendent néanmoins à convenir d'une entente, mais aucune des parties n'est tenue légalement de la respecter.
- Seules 9 enquêtes empiriques documentant des expériences de grossesses pour autrui dans l'ensemble du Canada ont été repérées en 2022 et la plupart reposent sur des échantillons de très petite taille.
- La majorité des expériences de grossesses pour autrui documentées dans l'ensemble du Canada sont globalement positives du point de vue des femmes porteuses et des parents d'intention interrogés. L'expérience s'est révélée très négative dans une minorité de cas.
- Des femmes porteuses et des donneuses d'ovules du Canada considèrent avoir été insuffisamment informées des risques associés aux procédures médicales pour leur santé.
- Les travaux disponibles ne permettent pas d'évaluer les risques associés spécifiquement aux traitements de FIV prodigués à des femmes porteuses ni les effets à long terme des dons d'ovules.
- Aucune étude n'a été réalisée en contexte québécois ou canadien sur le bien-être psychologique à long terme des femmes qui portent un enfant pour autrui ou sur celui des enfants nés d'une femme porteuse.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
1 Dispositions qui encadrent les grossesses pour autrui.....	3
1.1 La rétribution d'une femme porteuse ou d'une tierce partie	3
1.2 Le recours à des traitements de procréation assistée	5
1.3 Les contrats de grossesse pour autrui	6
2 Émergence du phénomène	7
3 Étapes d'un projet de grossesse pour autrui.....	11
3.1 La recherche d'information.....	11
3.2 La recherche et le choix d'une femme porteuse ou de parents d'intention	12
3.3 La sélection de gamètes et la recherche d'une donneuse ou d'un donneur.....	14
3.4 La conclusion et la concrétisation d'une entente.....	17
3.5 La conception de l'enfant.....	19
3.6 Le suivi de grossesse, l'accouchement et l'allaitement.....	21
3.7 L'établissement de la filiation d'un enfant né d'une femme porteuse	22
4 Expérience des personnes qui participent à un projet de grossesse pour autrui	25
4.1 La portée et les limites du corpus.....	25
4.2 Le profil des personnes qui participent à un projet de grossesse pour autrui	28
4.3 Les motivations des personnes qui participent à un projet de grossesse pour autrui	31
4.4 Les conceptions de la maternité	35
4.5 L'appréciation générale de l'expérience	37
4.6 Les relations entre les femmes porteuses, les parents d'intention et les donneuses d'ovules.....	38
4.7 Les réactions de l'entourage.....	39
4.8 L'expérience dans les agences et les établissements de santé	40
4.9 Des situations difficiles.....	42
5 Santé physique et bien-être psychologique des personnes concernées.....	47
5.1 Les risques pour la santé physique des femmes et des enfants.....	47
5.2 Le bien-être psychologique à long terme	55
Conclusion : un phénomène complexe qui soulève des enjeux cruciaux	59
Annexe : Caractéristiques des 9 études empiriques recensées sur les expériences de GPA dans l'ensemble du Canada.....	61
Bibliographie	63

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1	Données des six centres de procréation assistée du Québec qui ont participé à la collecte de données pour le registre CARTR-Plus, 2013 à 2020.....	8
Tableau 2	Données des cliniques de procréation assistée du Canada qui ont participé à la collecte de données pour le registre CARTR-Plus, 2013 à 2020.....	8
Tableau 3	Exemples de mesures appliquées lors de GPA dans deux hôpitaux hors Québec	21
Tableau 4	Répartition des 9 études empiriques recensées sur les expériences de GPA dans l'ensemble du Canada selon différentes caractéristiques.....	27
Tableau 5	Caractéristiques des donneuses d'ovules qui ont participé à des études canadiennes.....	30
Tableau 6	Risques associés à toute grossesse multiple	48
Tableau 7	Aperçu de quelques travaux sur les risques liés à la procréation assistée pour les femmes porteuses	51
Tableau 8	Aperçu des études états-uniennes comparant les grossesses de femmes porteuses à leurs grossesses précédentes	52
Figure 1	Les différents types de dons d'ovules selon qu'ils s'inscrivent ou non dans le contexte d'une grossesse pour autrui	28

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CARTR-Plus	Canadian Assisted Reproductive Technologies Register Plus
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
CIFM	Crédit d'impôt pour frais médicaux
CSF	Conseil du statut de la femme
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
FIV	Fécondation <i>in vitro</i>
GPA	Grossesse pour autrui
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection (injection intracytoplasmique de spermatozoïde)
LFPA	<i>Loi sur la procréation assistée</i>
LQPA	<i>Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée</i>
RQAP	Régime québécois d'assurance parentale
SHO	Syndrome d'hyperstimulation ovarienne
THG	Troubles hypertensifs de la grossesse
TSE	Transfert d'un seul embryon

Introduction

Des couples hétérosexuels infertiles, des couples de même sexe et des personnes seules peuvent vouloir recourir à une femme porteuse¹ pour avoir un enfant. Cette pratique, désignée ici par l'expression grossesse pour autrui (GPA)², fait toutefois l'objet de débats. Elle a d'ailleurs été abordée par le Conseil du statut de la femme (CSF) à diverses occasions dans son histoire (voir l'encadré ci-après), en raison des enjeux liés à la dignité et à la santé des femmes que cette pratique soulève.

À l'heure où le gouvernement québécois s'apprête à légiférer en la matière dans la foulée de la réforme annoncée du droit de la famille, il apparaît utile de faire le point sur le phénomène des GPA, de manière à mettre à jour les connaissances à son sujet. La présente étude vise ainsi à fournir un état de la situation sur les GPA en contexte québécois sur la base des écrits, des études empiriques et des données disponibles en 2022³. Elle se veut donc un complément d'information au mémoire produit en novembre 2021 par le CSF sur le projet de loi n° 2, de même qu'à celui qu'il a produit en décembre 2020 sur le projet de loi n° 73. Plus particulièrement, les pages qui suivent s'attardent :

- aux dispositions législatives qui encadrent actuellement les GPA au Québec (section 1);
- à l'émergence de cette pratique au Québec et dans l'ensemble du Canada (section 2);
- aux principales étapes que comporte généralement une GPA (section 3);
- à l'expérience des personnes qui participent à de tels projets, telle qu'elle est rapportée dans les études empiriques menées dans l'ensemble du Canada auprès notamment de femmes porteuses, de donneuses d'ovules⁴ et de parents d'intention⁵ (section 4);
- à la santé physique et psychologique des personnes concernées par de tels projets (section 5).

-
1. Le Conseil du statut de la femme (CSF) privilégie ici le terme « femme porteuse », de plus en plus employé depuis quelques années dans les écrits scientifiques (Courduriès, 2016, 2018; Giroux, 2018; Lavoie, 2019), « afin de respecter la façon dont ces femmes conçoivent elles-mêmes leur rôle, c'est-à-dire des "femmes qui portent" pour autrui, et non des mères » (Lavoie, 2019, p. 23). Des spécialistes souhaitent néanmoins ne pas évacuer la notion de maternité dans le vocabulaire associé au phénomène (De Koninck, 2019; Langevin, 2020; Overall, 2018) et des termes liés à la maternité, comme « mère porteuse » et « maman », sont utilisés par certaines personnes ayant concrétisé un projet de GPA (Lavoie, 2019). Le CSF utilise pour la première fois le terme « femme porteuse » en 2021 (CSF, 2021), après avoir eu recours à « mère porteuse » (CSF, 2006, 2016, 2020) et à « mère sous contrat » (CSF, 1989a, 1989b).
 2. Le Conseil du statut de la femme (CSF) privilégie ici l'expression « grossesse pour autrui » afin de désigner cette pratique de façon neutre, après avoir utilisé l'expression « maternité pour autrui » (CSF, 2016, 2020, 2021) et « grossesse sous contrat » (CSF, 1989a, 1989b, 1991, 1996).
 3. Axée essentiellement sur la description des pratiques et des expériences, la présente étude ne se penche donc pas sur l'ensemble des réflexions et des points de vue sur le phénomène des GPA.
 4. Des spécialistes rejettent l'utilisation de l'expression « donneuse d'ovules », comme « donneurs de sperme », parce qu'elle suppose que le don est effectué gratuitement, alors qu'une partie des gamètes utilisés au Québec sont obtenus de personnes qui ont reçu des sommes d'argent pour leur geste. C'est dans cette perspective que les termes « pourvoyeuses d'ovules » et « pourvoyeurs de sperme » ou leur équivalent en anglais sont préconisés (Bouchard, 2016; Gruben, 2013; Langevin, 2020). D'autres spécialistes recourent aux expressions « donneuses » et « donneurs » pour inclure à la fois les personnes qui ont reçu une rétribution et celles qui ont réalisé le don gratuitement (Cattapan, 2016b; Gezinski *et al.*, 2016; Hammond, 2016). Dans la présente étude, ces notions sont privilégiées, avec la prudence qui s'impose, parce qu'elles correspondent à la manière dont s'identifient généralement les personnes concernées et parce qu'elles sont le plus couramment utilisées dans les écrits (Hammond, 2016).
 5. L'expression « parents d'intention » désigne ici les personnes qui recourent à une femme porteuse pour avoir un enfant.

Survol des écrits du CSF sur les GPA

1989-2016 : Interdire les grossesses sous contrat

- 1989 : Dans un avis intitulé *Les grossesses sous contrat*, le CSF souhaite éviter la prolifération des « contrats de grossesse » à but lucratif. Il recommande que toute personne physique ou morale visée directement ou indirectement par ce type de contrat puisse être déclarée coupable d'une infraction et soit passible d'une amende. Il souhaite également que soit interdite toute publicité à ce sujet et que soit reconnu le droit aux origines pour les enfants nés dans un tel contexte. Les mêmes positions sont reprises dans un autre avis publié la même année et intitulé *Les nouvelles technologies de la reproduction*.
- 1991 : Dans le contexte du projet de loi n° 125, *Code civil du Québec*, le CSF salue l'ajout d'une disposition qui précise que les contrats par lesquels une femme s'engage à procréer ou à porter un enfant pour le compte d'autrui sont nuls de nullité absolue. Le CSF propose de prévoir des sanctions pénales pour les personnes qui auraient recours à cette pratique ou en bénéficieraient.
- 1996 : Dans un avis intitulé *La procréation médicalement assistée : une pratique à encadrer*, le CSF propose de prévoir des sanctions pénales pour les intermédiaires dans les cas de « grossesses sous contrat ».
- 2006 : Dans un mémoire sur le projet de loi n° 89, *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*, le CSF recommande d'en élargir la portée afin qu'il couvre le contenu des articles 8 à 12 de la loi fédérale sur la procréation assistée, portant notamment sur les « mères porteuses ». Le CSF estime que ce contenu est de compétence provinciale.

Depuis 2016 : Baliser le recours aux femmes porteuses

- 2016 : Le CSF produit un avis sur les mères porteuses, à la demande de la ministre de la Justice et de la Condition féminine. Tout en se préoccupant des effets de cette pratique sur les femmes, le CSF estime préférable d'instaurer des balises afin de mieux protéger les droits des femmes et des enfants.
- 2020 : Dans le contexte du projet de loi n° 73, *Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée*, le Conseil dépose un mémoire dans lequel il recommande de mieux encadrer le recours à la procréation assistée pour les projets qui concernent une femme souhaitant porter un enfant pour autrui.
- 2021 : Le CSF dépose un mémoire sur le projet de loi n° 2, *Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil*, dans lequel il propose l'ajout ou la clarification de dispositions législatives pour mieux protéger les femmes qui portent un enfant pour autrui.

1 DISPOSITIONS QUI ENCADRENT LES GROSSESSES POUR AUTRUI

L'encadrement des GPA varie d'une région du monde à l'autre, allant d'un laisser-faire à la prohibition, en passant par différentes formes de régulation (voir l'encadré ci-après). Dans cette perspective, la présente section a pour objectif de faire le point sur les dispositions qui encadrent les GPA au Québec en 2022, étant entendu que certaines d'entre elles relèvent du gouvernement fédéral et s'appliquent donc à l'ensemble du Canada⁶. Sont ainsi brièvement présentées les dispositions qui concernent la rétribution d'une femme porteuse ou d'une tierce partie (section 1.1), le recours à des traitements de procréation assistée (section 1.2) et les contrats de GPA (section 1.3).

Cinq types de régulation possibles des GPA à travers le monde

- Le laisser-faire : Aucune disposition législative ou réglementaire n'est adoptée.
- La prohibition : Une ou des facettes de la pratique sont interdites, menant parfois à des sanctions.
- La reconnaissance de l'accord contractuel : Sans baliser la pratique, l'État s'assure que les contrats conclus entre les parties sont respectés, dans la mesure où ceux-ci sont conformes aux règles en vigueur.
- L'encadrement législatif ou réglementaire : Un ou des aspects de la pratique sont autorisés et encadrés par l'État.
- L'encadrement volontaire : Aux lois et règlements s'ajoutent d'autres balises, par exemple des directives établies par des associations médicales ou des cliniques de procréation assistée, en cohérence avec les lois et la réglementation en vigueur.

Source : CSF, 2016.

1.1 La rétribution d'une femme porteuse ou d'une tierce partie

Les GPA sont d'abord encadrées par la *Loi sur la procréation assistée* (LFPA) du gouvernement fédéral⁷. De fait, cette loi définit la « mère porteuse »⁸ comme une « personne de sexe féminin qui porte un embryon ou un fœtus issu d'une technique de procréation assistée et provenant des gènes d'un ou de plusieurs donneurs, avec l'intention de remettre l'enfant à un donneur ou à une autre personne à la naissance » (article 3). En vertu de cette loi :

- l'âge minimal pour porter un enfant pour autrui est fixé à 21 ans;
- il est interdit de rétribuer une femme porteuse;

6. Si, « dans la plupart des provinces, la jurisprudence ou la législation a établi que les parents d'intention peuvent être légalement reconnus comme les parents de l'enfant à la place de la femme porteuse, à condition que celle-ci renonce à ses droits parentaux après la naissance » (Carsley, 2020, p. 59, traduction libre), les moyens d'obtenir cette reconnaissance diffèrent d'une juridiction à l'autre. En particulier, des lois relatives aux GPA ont récemment été adoptées en Colombie-Britannique en 2013, en Ontario en 2017 et en Saskatchewan en 2021. Pour plus d'information à cet égard, consulter le Barreau du Québec (2021) et Langevin (2020).

7. Adoptée en 2004, cette loi a été modifiée en 2012 : le domaine de la santé étant de compétence provinciale, plusieurs articles ont été invalidés par la Cour suprême du Canada en 2011, à la suite d'une contestation par le gouvernement du Québec.

8. L'expression « mère porteuse » réfère au vocabulaire utilisé dans la LFPA.

- il est interdit « d'accepter d'être rétribué pour obtenir les services d'une mère porteuse, d'offrir d'obtenir ces services moyennant rétribution ou de faire de la publicité pour offrir d'obtenir de tels services » (article 6), ou encore de rétribuer un intermédiaire en vue d'obtenir de tels services (voir l'encadré ci-contre).

Sur son site Web, Santé Canada fournit des précisions sur les interdictions concernant les intermédiaires. Est notamment prohibé le fait « de payer une entreprise de maternité de substitution qui permet à des couples infertiles d'entrer en contact avec des mères porteuses » (Santé Canada, 2020). Dans la version anglaise du site Web, il est mentionné qu'il est interdit pour une entreprise ou une clinique de procéder à un jumelage (« match ») entre un couple infertile et une femme porteuse (Health Canada, 2020).

Ainsi, toute personne qui verse une rétribution à une femme porteuse ou à un intermédiaire commet une infraction. Si cette personne est déclarée coupable, elle risque une amende maximale de 500 000 \$ et une peine d'emprisonnement maximale de dix ans. De telles sanctions ne visent toutefois pas les femmes qui reçoivent une rétribution pour porter un enfant pour autrui.

Bien que la rétribution des femmes porteuses soit interdite, le remboursement de certaines de leurs dépenses est autorisé, pourvu qu'il soit conforme à la réglementation. Selon le *Règlement sur le remboursement relatif à la procréation assistée*, les femmes porteuses peuvent se faire rembourser les frais engagés, par exemple, pour les vêtements de maternité et les consultations médicales, de même que les pertes de revenu occasionnées par la grossesse (voir l'encadré ci-après). Les dépenses remboursées ne font pas l'objet d'une vérification, mais les personnes concernées doivent conserver les reçus, dans l'éventualité où ils leur seraient demandés (Santé Canada, 2019).

Exemples de dépenses des femmes porteuses pouvant faire l'objet d'un remboursement

- les frais de déplacement, d'épicerie, de médicaments, de vêtements de maternité;
- les frais de garde d'enfants ou d'animaux de compagnie;
- les frais de consultation psychologique, juridique ou médicale;
- les frais relatifs aux services d'une sage-femme;
- les frais liés à des cours d'exercices prénataux et à l'accouchement;
- les frais relatifs à une assurance maladie, à une assurance vie, à une assurance invalidité ou à une assurance voyage;
- les frais relatifs à l'obtention ou à la confirmation des dossiers médicaux ou d'autres documents;
- les pertes de revenu occasionnées par la grossesse ou en raison de visites médicales, à condition qu'une ou un médecin atteste par écrit que le travail constitue un risque pour la santé de la femme porteuse, de l'embryon ou du fœtus.

Source : *Règlement sur le remboursement relatif à la procréation assistée*, DORS/2019-193.

1.2 Le recours à des traitements de procréation assistée

Des femmes porteuses ont recours à des traitements de fécondation *in vitro* (FIV). Au Québec, l'administration des traitements de procréation assistée est encadrée par la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* (LQPA)⁹. Cette loi ne contient pas de disposition spécifique sur les GPA et s'applique donc pour tout traitement de procréation assistée, qu'il concerne ou non une femme porteuse.

Neuf centres de procréation assistée sont autorisés à offrir des services de FIV au Québec, dont six qui participent au programme public de procréation assistée¹⁰. C'est la médecin ou le médecin traitant qui :

- décide d'administrer ou non un traitement;
- décide de solliciter ou non un avis psychologique au préalable¹¹;
- recueille par écrit le consentement libre et éclairé des parties¹²;
- informe les parties des risques et des effets potentiels des activités de procréation assistée et de la disponibilité d'un soutien psychologique¹³.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ), dans ses lignes directrices en matière de procréation assistée adoptées en 2015, encourage fortement les médecins à solliciter une évaluation « avec un professionnel habilité (psychologue, travailleur social, thérapeute conjugal et familial) si les traitements impliquent [...] une mère porteuse » (CMQ, 2015, p. 87). Un comité clinique et un comité d'éthique peuvent également être consultés en cas de doutes sur la recevabilité d'un projet, sur le bien-être de l'enfant à venir, ou encore « si certaines situations soulèvent des enjeux éthiques » (CMQ, 2015, p. 87).

Les traitements de FIV peuvent impliquer de recourir à des gamètes ou des embryons d'une tierce partie. Le don et l'achat de gamètes et d'embryons sont encadrés par la loi fédérale sur la procréation assistée (LFPA) évoquée à la section 1.1, loi qui interdit notamment :

- l'obtention de gamètes d'un donneur ou d'une donneuse de moins de 18 ans¹⁴;
- l'achat de spermatozoïdes ou d'ovules directement d'un donneur ou d'une donneuse ou d'une « personne agissant au nom d'un donneur » ou d'une donneuse;
- l'achat et la vente d'embryons;
- l'échange de biens ou de services pour l'obtention d'ovules, de spermatozoïdes ou d'embryons.

9. Adoptée en 2009, cette loi a ensuite été modifiée à quelques reprises.

10. Pour pouvoir exercer des activités de FIV, un établissement doit détenir un permis de centre de procréation assistée (niveau 3) délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux (CMQ, 2022). En plus des six qui participent au programme public de procréation assistée, trois autres établissements détiennent un tel permis, dont un depuis septembre 2022 (Fertily, 2022c; Gouvernement du Québec, 2022b; Procrea Fertilité, s.d.a; Radio-Canada, 2022).

11. *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*, RLRQ, c A-5.01, art 10.2.

12. *Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée*, RLRQ, c. A-5.01, r. 1, art 19.

13. *Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée*, RLRQ, c. A-5.01, r. 1, art 20.

14. Sauf à des fins de préservation de la fertilité, par exemple en cas de cancer (pour une utilisation ultérieure par la même personne).

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner une amende maximale de 500 000 \$ et une peine d'emprisonnement maximale de dix ans. La LFPA n'interdit toutefois pas :

- « d'acheter des spermatozoïdes ou des ovules provenant d'une autre personne que le donneur, à condition que cette personne n'agisse pas au nom du donneur;
- de vendre ou d'offrir de vendre des spermatozoïdes ou des ovules » (Santé Canada, 2020).

Il est donc permis aux « cliniques de fertilité et aux banques de sperme d'imposer des frais pour leurs services, ce qui peut inclure l'entreposage, le transfert et l'utilisation des ovules ou des spermatozoïdes donnés » (Santé Canada, 2020).

Globalement, les coûts rattachés aux procédures médicales et à la médication liées aux traitements de FIV oscilleraient au Québec entre 5 950 \$ et 12 400 \$ selon le cas (Fortin, 2020)¹⁵. Le gouvernement du Québec s'est doté en 2021 d'un programme couvrant les frais occasionnés pour un cycle de FIV¹⁶; il ne serait toutefois pas applicable dans le cadre d'un projet de GPA (Assemblée nationale du Québec, 2021; Gouvernement du Québec, 2022c). Les traitements non assurés par le programme peuvent néanmoins faire l'objet d'un crédit d'impôt remboursable au Québec et d'un crédit d'impôt non remboursable au fédéral (voir l'encadré ci-après). Si les GPA sont clairement incluses dans le crédit d'impôt fédéral, aucune information officielle à ce sujet n'a été repérée concernant celui du Québec¹⁷.

Crédits d'impôt pour les frais liés aux traitements de procréation assistée

- Le Crédit d'impôt pour traitement de l'infertilité, une mesure du gouvernement québécois, prévoit un remboursement de 20 % à 80 % des frais de FIV admissibles, lesquels sont fixés à un maximum de 20 000 \$ par année (Assemblée nationale du Québec, 2021; Ministère des Finances, 2021).
- À l'occasion du dépôt de son budget 2022-2023, le gouvernement du Canada a modifié le Crédit d'impôt pour frais médicaux (CIFM) dans le but d'améliorer l'accessibilité financière des GPA et du don de gamètes. Sont donc désormais admissibles à ce crédit d'impôt « les montants versés aux cliniques de fertilité et aux banques de donneurs au Canada afin d'obtenir des dons de spermatozoïdes ou d'ovules qui permettront [...] de concevoir un enfant ou de recourir à une mère porteuse » (Agence du revenu du Canada, 2022). Le montant de ce crédit correspond à 15 % des frais médicaux admissibles qui excèdent le moins élevé des montants suivants : 3 % du revenu net ou 2 421 \$ en 2021¹⁸.

1.3 Les contrats de grossesse pour autrui

Depuis 1991, l'article 541 du *Code civil du Québec* prévoit que « toute convention par laquelle une femme s'engage à procréer ou à porter un enfant pour le compte d'autrui est nulle de nullité absolue ». Ainsi, bien que les GPA réalisées à titre gratuit ne soient pas criminalisées en vertu de la LFPA (voir la section 1.1), les contrats conclus entre les femmes porteuses et les parents d'intention — bien qu'ils ne soient pas interdits — n'ont aucune valeur légale au Québec, de sorte qu'aucune des deux parties n'est tenue de respecter une entente de GPA (Langevin, 2020). Par exemple, si la femme porteuse ou les parents d'intention décident de rompre leur engagement après la naissance de l'enfant, l'autre partie n'a aucun recours légal pour faire respecter l'entente.

15. Fortin (2020) s'appuie sur les tarifs affichés en 2019 sur les sites Web de différents centres de procréation assistée du Québec. Des journalistes rapportent quant à eux des coûts variant entre 8 000 \$ et 18 000 \$ par cycle, selon les situations (Denicourt, 2018; Mercier, 2021).

16. Un premier programme était en vigueur au Québec de 2010 à 2015.

17. Pour plus d'information à ce sujet, consulter notamment CSF (2016).

18. Au Québec, la valeur de ce crédit d'impôt fédéral est réduite, en raison de l'abattement pour les résidentes et les résidents du Québec (Chaire en fiscalité et en finances publiques, 2022).

2 ÉMERGENCE DU PHÉNOMÈNE

La présente section a pour objectif d'examiner la prévalence des GPA au Québec. Pour ce faire, elle réunit les différentes sources de données disponibles, toutes partielles, qui témoignent de l'émergence du phénomène en contexte québécois. Des données concernant l'ensemble du Canada sont également mises à profit afin d'étayer l'état de la situation.

Le registre pancanadien sur la procréation assistée¹⁹, qui compile des données sur les femmes qui recourent à des traitements de FIV²⁰ dans les cliniques de procréation assistée²¹ de l'ensemble du Canada, constitue la principale source valide sur les GPA. La transmission des données se fait sur une base volontaire par les cliniques (White, 2018b); pour le Québec, six centres de procréation assistée sur les neuf qui offrent des traitements de FIV²² ont transmis des renseignements au cours des dernières années. Les données de ce registre, obtenues sur la base d'une demande du CSF, révèlent ainsi que 146 transferts d'embryons ont eu lieu dans un contexte de GPA au Québec entre 2013 et 2020, à raison de 6 à 30 annuellement, pour une moyenne de 18 par année (voir le tableau 1). Ces transferts ont donné lieu, de 2013 à 2019, à au moins 52 grossesses cliniques et 34 naissances vivantes, pour une moyenne respective de 7 et 5 par année. Par conséquent, moins de 1 % des transferts d'embryons ainsi que des grossesses et des naissances qui sont survenues à la suite d'une FIV dans ces 6 centres de procréation assistée du Québec entre 2013 et 2020 concernent des femmes porteuses.

Ces données sur les GPA au Québec issues du registre pancanadien sur la procréation assistée sont forcément parcellaires, non seulement parce qu'elles portent sur 6 des 9 centres de procréation assistée du Québec, mais aussi parce que : 1) certaines GPA surviennent sans recours à la procréation assistée, comme il en sera question à la section 3, et 2) des femmes porteuses et des parents d'intention québécois peuvent se rendre à l'extérieur du Québec pour concrétiser leur projet (Côté et Sallafranque St-Louis, 2018)²³. Or, aucune donnée ne permet de chiffrer ces deux cas de figure, bien que la recension des écrits confirme leur existence. De plus, ces données sont trop faibles pour en mesurer l'évolution au cours des dernières années. Celles disponibles à l'échelle de l'ensemble du Canada permettent toutefois de confirmer une tendance à la hausse depuis le début des années 2000. De fait, les constats suivants se dégagent des données du registre CARTR-Plus relatives à l'ensemble des cliniques canadiennes participantes, telles qu'analysées dans différents écrits :

- sur les 4 200 cycles de FIV réalisés dans un contexte de GPA entre 2001 et 2016, près de la moitié (soit environ 2 000 cycles) se concentrent dans les quatre dernières années (Yee, Goodman et Librach, 2019);
- le nombre de cycles de FIV concernant une femme porteuse aurait augmenté de 145 % entre 2011 et 2015, selon des données obtenues par White (2017);

19. Le Canadian Assisted Reproductive Technologies Register Plus (CARTR-Plus) qui est géré par l'organisme BORN Ontario.

20. Des précisions sur ces traitements sont fournies dans la section 3.

21. Dans la présente étude, l'expression « centre de procréation assistée » est réservée aux centres hospitaliers universitaires et aux cliniques privées du Québec qui détiennent un permis de centre de procréation assistée en vertu de la LQPA, alors que l'expression « clinique de procréation assistée » est employée au sens générique pour désigner notamment toutes les installations qui œuvrent en ce domaine dans l'ensemble du Canada.

22. Le Collège des médecins du Québec (2019) en répertoriait neuf en 2015, soit le même nombre qu'en 2022 (voir la section 1.2), en dépit de quelques fermetures ou fusions.

23. Les travaux de Levine *et al.* (2017) montrent que des personnes qui résident au Canada font partie de la clientèle des établissements états-uniens qui offrent des services de procréation assistée : des 5 669 cycles de FIV qui ont été entrepris entre 2006 et 2013 par des personnes du Canada dans ces établissements états-uniens, 4 % concernaient une femme porteuse, soit 244 cycles.

- le nombre de cycles de FIV avec transfert d'embryons chez une femme porteuse augmente de 2013 à 2018, avant de fléchir légèrement en 2019 et de façon marquée en 2020 (voir le tableau 2), ce qui peut être attribuable au contexte lié à la pandémie de Covid-19.

La majorité de ces cycles de FIV dans un contexte de GPA au Canada auraient lieu en Ontario et en Colombie-Britannique, soit les deux tiers selon l'analyse de White (2018a). Par ailleurs, environ 1 100 bébés seraient nés d'une femme porteuse au Canada entre 2001 et 2014, ce qui représente 2 % de toutes les naissances par FIV sur la période (White, 2017), une proportion légèrement plus élevée que celle observée au Québec de 2013 à 2019 (0,37 %, voir le tableau 1).

Tableau 1
Données des six centres de procréation assistée du Québec
qui ont participé à la collecte de données pour le registre CARTR-Plus, 2013 à 2020

	Nombre de cycles de FIV avec transfert d'embryons		Nombre de grossesses cliniques à la suite d'un transfert d'embryons		Nombre de naissances vivantes à la suite d'un transfert d'embryons	
	Total	Femme porteuse	Total	Femme porteuse	Total	Femme porteuse
2013	8 537	8	2 732	x	1 628	x
2014	7 448	14	2 584	6	1 747	x
2015	7 126	24	2 614	10	1 921	7
2016	4 506	6	1 529	x	1 087	x
2017	3 652	19	1 362	7	932	x
2018	3 682	22	1 422	9	876	x
2019	3 697	30	1 510	15	885	10
2020	2 527	23	ND	ND	ND	ND
Total*	41 175	146	13 753	52	9 076	34
Moyenne annuelle*	5 147	18	1 965	7	1 297	5

x : Donnée inférieure à 6.

ND : Donnée non disponible.

* Le total et la moyenne annuelle sont calculés sur 7 ans (de 2013 à 2019) pour le nombre de grossesses cliniques et le nombre de naissances vivantes, en raison de l'indisponibilité des données de 2020.

Source : Born Ontario, 2022, données compilées par le CSF.

Tableau 2
Données des cliniques de procréation assistée du Canada
qui ont participé à la collecte de données pour le registre CARTR-Plus, 2013 à 2020

	Nombre de cycles de FIV avec transfert d'embryons*	Nombre de cycles de FIV avec transfert d'embryons chez une femme porteuse
2013	20 000	413
2014	21 000	417
2015	21 000	533
2016	22 000	639
2017	23 000	895
2018	24 000	949
2019	23 000	845
2020	19 000	457
Total	173 000	5 148

* Les nombres sont arrondis au millier près, du fait qu'ils comportent de légères variations d'une année à l'autre selon les différents rapports de BORN Ontario.

Source : BORN Ontario, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

Les données du registre pancanadien sur la procréation assistée ne fournissent pas de renseignements autres que médicaux sur les parents d'intention. On ne sait donc pas si ceux-ci résident en dehors du Québec ou du Canada. D'autres sources de données suggèrent néanmoins qu'il arrive que des parents d'intention étrangers recourent à des femmes porteuses du Québec. De tels cas sont notamment rapportés dans certains médias (Custeau, 2022; Hélie, 2022) ou certains blogues²⁴. Des données à l'échelle de l'ensemble du Canada en témoignent également :

- selon une étude menée en ligne en 2016 et en 2017 auprès de 184 femmes canadiennes ayant complété 287 GPA, près de 40 % de ces GPA ont été réalisées pour des parents d'intention ne résidant pas au Canada (Yee, Goodman et Librach, 2019);
- sur les 26 avocates et avocats du Canada qui ont participé à l'étude de Carsley (2020), seuls neuf ont indiqué avoir conseillé exclusivement des parents d'intention ou des femmes porteuses du Canada, les 17 autres ayant aussi été consultés par des personnes résidant à l'étranger.

Il en va de même pour ce qui est de la Colombie-Britannique et de l'Alberta :

- en Colombie-Britannique, en 2015, plus du tiers des naissances issues d'une GPA concernaient des parents d'intention qui ne vivaient pas au Canada (Busby et White, 2018);
- dans un sondage mené en 2018 auprès de 135 professionnelles et professionnels en soins périnataux pratiquant en Alberta ou en Colombie-Britannique, 42 % ont affirmé avoir assisté à un accouchement d'une femme ayant remis un enfant à des parents d'intention étrangers (Rahim *et al.*, 2020).

Selon des individus interrogés dans différentes études, des parents d'intention étrangers hésiteraient à recourir à une femme porteuse du Québec, en raison notamment de la nullité des contrats de GPA dont il a été question à la section 1.3 (Carsley, 2020; Lavoie, 2019). Des avocates et avocats du Canada recommanderaient d'ailleurs à leur clientèle d'éviter le Québec précisément pour cette raison (Carsley, 2020). En revanche, le Canada est parfois cité comme une destination attrayante aux yeux des parents d'intention étrangers (Busby et White, 2018; Custeau, 2022). Selon les chercheuses en droit Karen Busby et Pamela White (2018)²⁵, divers facteurs contribueraient à cette popularité :

- la fermeture des frontières de plusieurs pays (ex. : Inde, Thaïlande, Népal), observée ces dernières années, aux parents d'intention étrangers;
- la rapidité du processus mis en place dans certaines juridictions, notamment en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, pour établir la filiation de l'enfant à l'égard des parents d'intention;
- la citoyenneté canadienne accordée aux enfants nés d'une femme porteuse du Canada;

24. Voir, par exemple, « Les aventures d'une mère porteuse au Québec ».

25. Les affirmations s'appuient sur une recension des écrits et une analyse des arguments présentés sur les sites Web d'agences de GPA.

- les avantages financiers pour les parents d'intention²⁶, en raison de la faiblesse du dollar canadien par rapport à d'autres devises et des coûts moindres pour :
 - o les soins prénataux, l'accouchement et les soins postnataux, grâce au financement public du système de santé et de services sociaux;
 - o la compensation des pertes de revenu éventuelles des femmes porteuses, grâce aux programmes sociaux en place;
- l'interdiction de la discrimination basée sur l'orientation sexuelle ou sur l'état matrimonial, en vertu des lois canadiennes (étant entendu que d'autres juridictions interdisent aux couples de même sexe de recourir à une femme porteuse);
- la présence d'un réseau d'intermédiaires permettant de trouver des femmes porteuses, comme il en sera question à la section 3;
- la proximité des États-Unis, où certaines techniques offertes – comme la sélection du sexe de l'embryon – sont accessibles aux femmes porteuses du Canada.

Par ailleurs, certains parents d'intention étrangers se tourneraient vers le Canada, sachant qu'ils peuvent contourner la LFPA et rétribuer des femmes porteuses canadiennes, sans crainte d'être pris en faute, comme l'expliquent Busby et White (2018, p. 221, traduction libre) : « Le droit criminel canadien ne s'applique pas aux actes extraterritoriaux. Ainsi, tant que les paiements sont effectués à l'extérieur du Canada, il est possible d'affirmer qu'aucune loi canadienne n'a été violée ». Enfin, des travaux qualitatifs menés auprès de parents d'intention étrangers (Carone, Baiocco et Lingardi, 2017; Stuvøy, 2018) mettent en lumière d'autres hypothèses pour expliquer la popularité du Canada, soit :

- le caractère altruiste de la pratique au Canada²⁷;
- la perception selon laquelle les GPA y ont cours dans le respect des droits des femmes;
- la proximité culturelle du Canada avec le pays d'origine.

26. Dans une perspective semblable, l'étude de Stuvøy (2018) met en relief le fait que les sommes déboursées par des parents d'intention norvégiens pour recourir à une femme porteuse étrangère s'évaluaient, en moyenne, entre 35 000 \$ US et 40 000 \$ US en Inde, à 75 000 \$ US au Canada et à 120 000 \$ US aux États-Unis.

27. Dans l'étude de Stuvøy (2018), l'altruisme est cité comme facteur ayant guidé la décision de parents d'intention norvégiens qui ont fait appel à une femme porteuse du Canada : « [pour certains parents d'intention,] le Canada était le choix de prédilection précisément en raison de la manière altruiste d'y organiser les GPA. Au lieu de sommes d'argent, [ils] ont offert des cadeaux à la femme porteuse et à ses enfants, et ont écrit une lettre exprimant leur gratitude » (Stuvøy, 2018, p. 289, traduction libre). Ainsi, le « degré de commercialisation et de marchandisation » a fait pencher la balance en faveur du Canada par rapport aux États-Unis (Stuvøy, 2018, p. 289, traduction libre).

3 ÉTAPES D'UN PROJET DE GROSSESSE POUR AUTRUI

La présente section se penche sur les différentes étapes d'un projet de GPA en contexte québécois ou canadien. Sont ainsi successivement abordés la recherche d'information (section 3.1), la recherche et le choix d'une femme porteuse ou de parents d'intention (section 3.2), la recherche d'une donneuse d'ovules ou la sélection de gamètes (section 3.3), la conclusion d'une entente (section 3.4), la conception de l'enfant (section 3.5), le suivi de grossesse, l'accouchement et l'allaitement (section 3.6) ainsi que l'établissement de la filiation de l'enfant (section 3.7). Une diversité de parcours est mise en lumière, puisque ceux-ci varient d'un cas à l'autre, notamment selon la filière d'accès (voir l'encadré ci-contre) et la méthode de procréation. Les informations sont tirées d'études empiriques sur les GPA²⁸ et des sites Web de différents centres de procréation assistée du Québec.

La filière d'accès correspond au mode d'entrée de la femme porteuse et des parents d'intention dans le processus de GPA. Lavoie (2019, p. 46) en distingue trois : 1) les intermédiaires privés, comme les agences de GPA, 2) les réseaux « socionumériques », aussi appelés réseaux sociaux, et 3) l'entourage.

3.1 La recherche d'information

La recherche d'information est souvent la première étape entreprise par les personnes qui envisagent de recourir à une femme porteuse ou de porter un enfant pour autrui. Diverses sources peuvent être utilisées à cette fin : sites Web génériques, réseaux sociaux (ex. : groupes Facebook), agences de GPA (voir l'encadré ci-contre), personnel œuvrant dans le domaine (avocates ou avocats, psychologues, sages-femmes, etc.), organismes communautaires (Coalition des familles LGBTQ+, 2021), ou des connaissances ayant pris part à un processus de GPA.

À l'automne 2022, une quinzaine d'agences de GPA ayant une adresse au Canada (dont plusieurs en Ontario) ont été repérées. Bien qu'aucune ne soit située au Québec, plusieurs sources confirment que ces agences canadiennes, tout comme celles qui sont situées aux États-Unis, constituent une voie empruntée par des parents d'intention québécois (Coalition des familles LGBTQ+, 2021; Côté et Sauvé, 2016; Lavoie, 2019).

Des études révèlent qu'il est ardu au Québec, comme dans l'ensemble du Canada, de trouver des renseignements de qualité sur la réalisation d'un projet de GPA.

- Il n'existe pas de guide pratique produit par des autorités gouvernementales (Fantus, 2017; Lavoie, 2019), bien que certaines informations de nature juridique soient diffusées (Éducaloi, s.d.).
- Si plusieurs sites Web non gouvernementaux présentent du contenu sur les GPA, un grand nombre d'entre eux proposent des informations obsolètes, incomplètes ou qui concernent la réalité des États-Unis (Fantus, 2020).
- Sur un groupe Facebook étudié par Lavoie et Côté (2018), les préoccupations de nature juridique (ex. : établissement de la filiation au Québec, comparaisons entre le Québec et l'Ontario, considérations financières) occupent une place prépondérante dans les échanges entre les quelque 700 membres du groupe. Des renseignements erronés peuvent toutefois être véhiculés, puisqu'aucune validation n'est effectuée par des spécialistes.

28. Des informations sur ces études sont disponibles à la section 4.

- Certaines professionnelles et certains professionnels (ex. : avocates ou avocats) qui œuvrent dans le domaine peuvent communiquer de l'information de qualité aux personnes désireuses d'entreprendre un projet de GPA, mais leurs services peuvent être dispendieux et ne sont pas retenus par l'entièreté des personnes qui concrétisent un tel projet (Carsley, 2020; Lavoie, 2019).
- La diffusion de renseignements fait partie des services payants offerts par les agences de GPA (Lavoie, 2019; Fantus, 2020), bien que la qualité du contenu transmis demeure inconnue.

Par ailleurs, des femmes porteuses témoignent de leur expérience sur diverses plateformes, comme Instagram et TikTok, certaines à titre personnel, d'autres à partir de comptes associés à des agences de GPA²⁹, parfois dans le but de convaincre d'autres femmes de porter un enfant pour autrui. Il est plausible de penser que ces publications constituent, pour certaines personnes, un point d'entrée pour obtenir de l'information sur le sujet.

3.2 La recherche et le choix d'une femme porteuse ou de parents d'intention

Dans la majorité des GPA documentées au Québec et au Canada, les parents d'intention et la femme porteuse ne se connaissaient pas (voir l'encadré ci-après). L'information diffusée par un centre de procréation assistée québécois suggère toutefois une tendance inverse de celle qui se dégage des études empiriques :

« Des agences et des consultants contribuent à relier les mères porteuses aux couples ou parents d'intention, mais il leur est légalement interdit de demander un paiement pour leurs services. C'est pourquoi dans presque tous les cas, le ou les parents demandeurs connaissent déjà la mère porteuse avec qui ils s'associeront » (Centre de la reproduction, CUSM, s.d.a, p. 2).

29. Voir par exemple le compte TikTok de l'agence Canadian Fertility Consulting.

Des personnes qui ne se connaissaient pas dans la majorité des cas

- Dans l'étude de Lavoie (2019) menée auprès de 15 femmes³⁰ du Canada ayant donné naissance à 22 enfants pour autrui, 16 projets se sont concrétisés entre des personnes qui ne se connaissaient pas, soit 9 jumelages par une agence de GPA et 7 à la suite d'un échange sur un réseau social. Les parents d'intention faisaient partie de l'entourage de la femme porteuse dans seulement 6 cas.
- Côté et Sallafranque St-Louis (2018) ont interrogé 16 hommes québécois (2 célibataires et 7 couples) ayant eu recours à une femme porteuse (pour la plupart, de l'extérieur du Québec). La majorité ont trouvé celle-ci grâce à une agence canadienne ou états-unienne, et un couple a eu recours aux réseaux sociaux pour son deuxième enfant. La femme porteuse faisait partie de l'entourage des parents d'intention dans un seul des cas.
- Dans une enquête menée en ligne portant sur 287 projets de GPA auxquels ont pris part des femmes porteuses résidant au Canada, il y a eu recours à une agence de GPA dans près de 8 cas sur 10 et rencontre via Internet dans 14 % des cas; les deux parties se connaissaient déjà dans seulement 7 % des cas³¹ (Yee, Goodman et Librach, 2019).
- L'analyse de 333 cycles de fécondation *in vitro* (FIV) visant une femme porteuse dans une clinique de procréation assistée de l'Ontario révèle que 75 % des projets ont été coordonnés par une agence de GPA ou « de façon indépendante »³² (Dar *et al.*, 2015, p. 347, traduction libre); seuls 25 % concernaient des personnes qui se connaissaient.

Le jumelage par les agences de GPA. Selon Lavoie (2019), seuls les parents d'intention aisés financièrement recourent aux services des agences de GPA, puisque ceux-ci sont coûteux. Peu d'information est disponible sur le processus de jumelage au sein de telles agences, sinon que plusieurs critères sont pris en considération de part et d'autre. L'agence soumet un ou des profils aux parents d'intention et aux femmes porteuses, et chaque partie est libre d'accepter ou de refuser les candidatures, étant entendu que la loi de « l'offre et la demande » joue en faveur des femmes porteuses (Lavoie, 2019, p. 182). Une évaluation de chaque partie est exigée avant le jumelage, de manière à attester le caractère légitime des motivations et le sérieux accordé à la démarche. Par ailleurs, les agences exigeraient généralement que les femmes porteuses aient déjà vécu une grossesse sans complication (Coalition des familles LGBTQ+, 2021; Lavoie, 2019).

La rencontre par l'entremise des réseaux sociaux. Lavoie et Côté (2018) ont analysé un groupe Facebook créé dans le but de réunir des personnes souhaitant participer à un projet de GPA. Les parents d'intention y publient des annonces qui prennent la forme d'un témoignage où ils décrivent leur parcours, généralement ardu, pour devenir parents. C'est sur cette base que les femmes choisissent ceux pour qui elles envisagent de porter un enfant. Plusieurs critères peuvent guider ce choix : l'âge des parents d'intention, la durée de leur relation (s'il s'agit d'un couple), la présence d'un enfant, le partage de certaines valeurs communes (voir l'encadré ci-contre). Les affinités sur le plan relationnel seraient, en outre, importantes pour plusieurs, d'autant que certaines souhaitent développer des liens d'amitié avec les parents d'intention. Pour vérifier la

Selon une enquête menée auprès de 184 femmes porteuses du Canada, la majorité d'entre elles étaient favorables à l'idée de porter un enfant pour des hommes gais (93 %) ou des personnes ayant survécu au cancer (90 %), mais seulement 31 % porteraient un enfant pour un couple dont les membres ont plus de 50 ans (Yee, Goodman et Librach, 2019).

30. Neuf femmes porteuses vivaient au Québec et y ont accouché (ou comptaient le faire au moment de l'entretien), alors que les autres demeuraient en Ontario (n=2), au Nouveau-Brunswick (n=2), en Alberta (n=1) ou au Manitoba (n=1) et ont porté un enfant pour des parents d'intention québécois.

31. L'équipe de recherche admet toutefois que la méthode de recrutement des personnes participantes à l'étude, par l'entremise d'agences de GPA et d'Internet, a pu entraîner un biais de sélection et donné lieu à une surreprésentation de projets qui ont été entrepris grâce à de tels intermédiaires.

32. Bien que la signification exacte de cette expression ne soit pas précisée, il est possible de déduire du texte qu'elle désigne les cas où les parties se sont rencontrées par l'entremise d'Internet.

compatibilité entre leurs visions respectives, les deux parties échangent par messagerie privée. Les participantes de l'étude de Lavoie et Côté comparent le groupe Facebook à un site de rencontres amoureuses, dans la mesure où des codes de séduction y ont cours. Entre autres choses, « le choix de la photo de profil, les mots utilisés pour décrire la pratique et la construction du témoignage du couple sont autant d'éléments qui seront remarqués et analysés » (Lavoie et Côté, 2018a, p. 216).

L'entourage. La dynamique est différente quand la femme porteuse fait déjà partie de l'entourage des parents d'intention. Selon Lavoie (2019, p. 178), certains parents d'intention ne sollicitent pas les femmes de leur entourage pour porter un enfant, puisqu'il s'agirait, à leurs yeux, de « quelque chose qui ne se demande pas ». Dans les cas documentés par le chercheur, l'idée serait plutôt initiée par la femme porteuse, ce qui est cohérent avec l'idée selon laquelle le désir de porter un enfant pour un couple en particulier (et non pour des personnes étrangères) serait présent chez certaines femmes (Lavoie, 2019). Il reste que plusieurs personnes, parents d'intention ou femmes porteuses, excluent d'emblée le fait de demander à des membres de leur entourage de participer à leur projet de GPA, notamment par crainte de complexifier les relations (Lavoie, 2019).

3.3 La sélection de gamètes et la recherche d'une donneuse ou d'un donneur

Dans certains cas, la femme porteuse utilise ses propres ovules; il s'agit alors d'une GPA dite génétique. Aucune donnée fiable n'est disponible sur les GPA génétiques en contexte québécois. Cette pratique est néanmoins rapportée dans diverses études conduites au Québec ou dans l'ensemble du Canada (Carsley, 2020; Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Lavoie, 2019; Marvel, 2015), comme dans d'autres régions du monde (Horsey *et al.*, 2015; Imrie et Jadvá, 2014; Gibson, 2021). Par exemple, 5 des 15 femmes porteuses interrogées par Lavoie (2019) ont utilisé leurs propres gamètes à au moins une reprise, alors que c'était le cas pour 4 des 17 GPA étudiées par Côté et Sallafranque St-Louis (2018). Aucun cas de GPA génétique n'aurait toutefois été pris en charge par un centre de procréation assistée du Québec, selon les sources consultées pour la présente étude.

Lorsque cela est possible, les parents d'intention utilisent généralement leurs propres gamètes. D'autres projets de GPA reposent sur un don d'ovules, un don de sperme ou un don d'embryons (voir l'encadré ci-après).

Données sur le recours à un don de gamètes ou d'embryons en vue d'une GPA

Une portion non négligeable de GPA fait appel à un don d'ovules ou d'embryons. Selon les données du registre pancanadien de procréation assistée (Born Ontario, 2022), un tel don a été utilisé dans 29 % des transferts d'embryons réalisés au Québec entre 2013 et 2020 auprès d'une femme porteuse (soit 42 sur 146 transferts d'embryons). Dans l'ensemble du Canada, cette proportion atteint 51 % de 2010 à 2014 (soit 943 sur 1 864 transferts d'embryons), alors qu'elle se situait à 6 % pour les cycles de FIV qui n'impliquaient pas une femme porteuse (soit 5 914 sur 95 867 transferts d'embryons) (White, 2018a).

Deux autres études confirment cette tendance à recourir au don de gamètes ou d'embryons pour les GPA au Canada, étant entendu que le recours au don d'ovules semble nettement plus fréquent que le don de sperme ou d'embryons.

- Dans une étude portant sur 287 projets de GPA réalisés au Canada, 64 % ont comporté un don d'ovules uniquement, 2 % un don de sperme et d'ovules, 1 % un don de sperme uniquement et 1 % un don d'embryons (Yee, Goodman et Librach, 2019). Les gamètes des deux parents d'intention ont donc été utilisés dans 32 % des projets de GPA.
- Dans l'étude rétrospective de Dar *et al.* (2015), parmi les 333 cycles de FIV visant une femme porteuse qui ont été réalisés entre 1998 et 2012 dans une clinique ontarienne, les ovules provenaient d'une donneuse dans 51 % des cas.

Très peu d'informations sont disponibles sur le don de sperme et le don d'embryons dans un contexte de GPA. Les données concernant le don d'ovules restent les plus accessibles, bien qu'il soit impossible, à l'heure actuelle, d'en fournir un portrait précis au Québec ou dans l'ensemble du Canada. Différentes formes de dons d'ovules y ont cours et une partie provient de donneuses de l'extérieur du pays (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014; Gruben, 2013; Hammond, 2016; Lavoie, 2019; Miner, 2019b). Selon les écrits recensés (Centre de la reproduction, CUSM, 2017; Coalition des familles LGBT+, 2021; Lavoie, 2019), les dons d'ovules utilisés en contexte de GPA peuvent ainsi provenir d'une donneuse :

- de l'entourage;
- rencontrée par l'entremise d'Internet;
- ayant fait un don à une banque d'ovules commerciale³³ (souvent en provenance des États-Unis) (voir l'encadré ci-contre) ;
- trouvée grâce à une agence de dons d'ovules canadienne ou étrangère³⁴.

L'achat d'ovules en ligne est possible via certains sites Web. L'internaute peut sélectionner les caractéristiques désirées chez la donneuse, par exemple l'appartenance ethnique, la couleur des yeux et des cheveux, la taille, le poids ou le type de donneuse (ex. : anonyme ou à identité ouverte) (Can-Am Cryoservices, s.d.). La transaction peut aussi s'effectuer par l'entremise d'un centre de procréation assistée qui fait appel à un distributeur canadien de banques d'ovules américaines (Centre de la reproduction, CUSM, s.d.c).

D'autres types de dons d'ovules sont aussi évoqués dans les écrits québécois et canadiens, mais sans être associés à des GPA, soit le don croisé³⁵, le partage des ovules (« *egg sharing* »)³⁶ ou encore le recours à un don d'ovules obtenu par l'entremise d'un partenariat avec une clinique de procréation assistée étrangère³⁷.

Des travaux révèlent que les parents d'intention recherchent souvent chez la donneuse des traits physiques (ou phénotype) qui ressemblent aux leurs, notamment pour donner l'impression d'un lien génétique et éviter des questions sur l'origine de l'enfant (Bouchard, 2016; Hammond, 2016; Kashmeri, 2020; Miner, 2019b). Certains adoptent une approche inverse, de manière à rendre évident que l'enfant est issu d'un don de gamètes (Hammond, 2016). Par ailleurs, d'autres critères peuvent aussi être considérés, comme l'âge, l'historique médical, le niveau d'éducation, le niveau d'activité physique ou certains éléments relatifs à la personnalité de la donneuse qui sont mentionnés sur les profils disponibles sur le Web (Hammond, 2016).

33. Selon la recension des écrits de Quaas et Pennings (2018), c'est en 2007 qu'a été rapportée la première création d'une banque d'ovules à des fins commerciales (Akin *et al.*, 2007).

34. Certaines agences offrent à la fois des services de dons d'ovules et de GPA, alors que d'autres se concentrent sur les premiers (Coalition des familles LGBT+, 2021; Lavoie, 2019). Certaines agences de dons d'ovules proposent un jumelage entre une donneuse et des parents d'intention et permettent aux deux parties de se rencontrer, alors que d'autres font affaire avec des banques de gamètes (Lavoie, 2019; Miner, 2019b).

35. Dans ce cas, une femme « accompagne une receveuse à la clinique pour y faire un don, lequel sera remis à une autre receveuse ayant fait la même démarche » (Lavoie, 2019, p. 12), de manière à éviter que le don soit reçu par une personne de l'entourage.

36. Le partage d'ovules suppose qu'une patiente fait un don alors qu'elle reçoit elle-même des traitements de procréation assistée. En anglais, ces donneuses sont désignées par l'expression « egg sharers » ou « patient donors » (Pennings *et al.*, 2014, p. 1080). Ce cas de figure a été évoqué en contexte canadien par Gruben (2013).

37. Selon l'étude de Hammond (2016), pour laquelle la collecte de données s'est déroulée de 2012 à 2015, plusieurs cliniques du Canada auraient des partenariats avec des cliniques des États-Unis. Les ovules sont alors importés au Canada après leur prélèvement. Miner (2019b) rapporte également des cas où la receveuse canadienne se rend dans une clinique étrangère pour le transfert d'embryons.

Dans certains cas, les GPA font appel à un don dirigé, c'est-à-dire un don destiné à une receveuse en particulier. Bien que de tels dons soient peu étudiés, les écrits sur les GPA en contexte canadien confirment leur existence.

- Parmi les dix donneuses d'ovules québécoises interrogées par Lavoie (2019), trois ont fait un don d'ovules dans la perspective qu'un embryon soit transféré dans l'utérus d'une femme porteuse en particulier, tandis que deux des sept mères d'intention ayant pris part à un projet de GPA ont eu recours aux ovules d'une donneuse trouvée sur un groupe Facebook.
- Deux des 16 hommes interrogés par Côté et Sallafranque St-Louis (2018) ont indiqué que leur sœur avait fait un don d'ovules pour leur projet de GPA.
- Dans une étude ontarienne menée auprès de 37 couples d'hommes et de 8 hommes célibataires ayant eu recours à une femme porteuse, la donneuse d'ovules était connue des pères d'intention dans cinq cas (Grover *et al.*, 2013).

En ce qui a trait au choix du père d'intention qui fournira les gamètes chez les couples d'hommes, diverses stratégies sont rapportées dans les enquêtes réalisées au Canada (Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Côté et Sauvé, 2016; Fantus, 2017; Grover *et al.*, 2013; Kashmeri, 2008) :

- adopter la logique du « tour de rôle » (« *turn-taking* »), c'est-à-dire qu'un père fournit ses gamètes pour la conception d'un premier enfant, alors que le deuxième père le fait pour celle d'un second enfant;
- choisir le conjoint le plus âgé;
- créer des embryons à partir des gamètes de chacun des pères afin qu'ils soient transférés dans l'utérus de la femme porteuse³⁸;
- assurer un certain bagage génétique commun entre les deux parents d'intention et l'enfant en optant pour le don d'ovules intrafamilial³⁹ (ex. : l'ovule de la sœur du premier père d'intention est combiné au sperme du deuxième père d'intention)⁴⁰.

38. Dans certains de ces cas, les parents d'intention peuvent choisir de ne pas connaître l'identité du père génétique de l'enfant.

39. D'autres raisons peuvent motiver le don intrafamilial. Voir, entre autres, Lavoie et Côté (2021), Noël, Allard et Pelletier (2021) et Miner (2019b).

40. D'autres considérations ont été rapportées dans des études menées ailleurs en Occident : certains couples prioriseraient le conjoint dont la génétique est jugée « la plus optimale » ou celui qui manifeste un désir plus fort d'être le père biologique (Côté et Sallafranque St-Louis, 2018, p. 52).

3.4 La conclusion et la concrétisation d'une entente

Les parents d'intention et la femme porteuse doivent s'entendre sur différents points, qu'il y ait ou non signature d'un contrat en bonne et due forme. Selon des spécialistes, les contrats sont nécessaires, malgré leur nullité au Québec, pour « démontrer que le consentement des parties a été donné avant la conception de l'enfant » (Langevin, 2020, p. 227). En effet, sans preuve que le projet de GPA est antérieur à la conception de l'enfant, il pourrait être considéré comme une adoption privée⁴¹ ou de la traite d'enfant⁴².

Des parents d'intention et des femmes porteuses du Québec s'entendent entre eux sans avoir reçu de conseils juridiques et sans signer de contrat (Lavoie, 2019; Lavoie et Côté, 2018b). Dans certains cas, les parties utilisent des modèles de contrat disponibles en ligne, parfois en provenance des États-Unis, bien qu'ils ne soient pas adaptés à la réalité juridique québécoise (Langevin, 2020; Lavoie, 2019). Il arrive néanmoins que de véritables contrats de GPA soient rédigés au Québec, comme en témoignent les deux sources suivantes :

- une avocate du Québec ayant pris part à l'étude de Carsley (2020) rapporte avoir rédigé 15 contrats de GPA au cours de l'année 2016;
- dans au moins un centre de procréation assistée du Québec⁴³, un contrat doit être signé entre les parties avant que la femme porteuse ne procède aux traitements de FIV, et une preuve de consultation juridique doit être fournie : « les parents d'intention et la mère porteuse doivent tous deux démontrer qu'ils ont consulté un avocat au sujet de l'entente de gestation pour autrui avant d'entreprendre un traitement » (Centre de la reproduction, CUSM, s.d.a, p. 3).

Il en est aussi de même pour l'ensemble du Canada, selon les 26 avocates et avocats travaillant dans le domaine des GPA qui ont été interrogés par Carsley (2020, 2022), bien qu'il ne s'agisse pas de l'ensemble des femmes porteuses et des parents d'intention⁴⁴. Quand les parties décident de signer un contrat rédigé par un ou une juriste, celui-ci peut être négocié de part et d'autre. Règle générale, une avocate ou un avocat rédige un contrat pour les parents d'intention, qui est ensuite soumis à l'avocate ou l'avocat de la femme porteuse pour révision. Des clauses peuvent alors être modifiées, ajoutées ou supprimées, avant que le contrat ne soit retourné à l'autre partie. Le contrat peut ainsi comporter une diversité de clauses, selon l'analyse de Carsley (2020, 2022), notamment pour ce qui est :

41. Une adoption privée correspond à « un placement en adoption fait directement par les parents biologiques » auprès d'une famille adoptive de leur choix (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, s.d.), ce qui est interdit au Québec. De fait, le consentement à l'adoption y est général, sauf dans certains cas d'adoption intrafamiliale qui permettent de désigner les personnes adoptantes (Gouvernement du Québec, 2020).

42. Voir *Québec (Protection de la jeunesse) c X*, 2017 QCCQ 15359. La Cour du Québec s'est prononcée en 2017 sur un faux cas de GPA. Un couple de Québécois s'était entendu avec une Française après que celle-ci soit devenue enceinte pour qu'elle leur remette l'enfant contre une somme d'argent, alors que les parties prétendaient que la femme agissait comme « mère porteuse ». Le tribunal a ordonné que l'enfant soit confié à une famille d'accueil.

43. Il n'a pas été possible, aux fins de la préparation de la présente étude, de déterminer si une telle obligation est requise par d'autres centres du Québec. Dans son étude portant sur l'ensemble du Canada, Carsley (2022) indique que la plupart des cliniques de procréation n'accepteraient pas d'entreprendre les traitements avant la signature d'un contrat, mais que certaines cliniques le feraient tout de même.

44. Selon les avocates et les avocats interrogés par Carsley (2022), dans certains cas, seule une partie retient les services d'une professionnelle ou d'un professionnel. Des femmes porteuses ayant déjà complété une GPA peuvent considérer qu'elles n'ont pas besoin de conseils juridiques.

- des comportements à adopter⁴⁵ ou à éviter⁴⁶ durant la grossesse;
- des traitements ou examens médicaux qui devront être subis par la femme porteuse avant la grossesse (ex. : nombre d'essais en FIV), durant celle-ci (ex. : test de dépistage de maladies génétiques) et après la naissance (ex. : test d'ADN);
- des cas où un avortement ou une réduction embryonnaire sont autorisés, étant entendu que, « souvent, les contrats stipulent que la femme porteuse accepte de ne prendre des décisions en ce qui concerne l'avortement ou la réduction embryonnaire que conformément aux souhaits des parents d'intention ou sur les conseils d'un médecin » (Carsley, 2022, p. 65, traduction libre);
- de la fréquence des échanges et des rencontres entre la femme porteuse et les parents d'intention, incluant ceux planifiés à la suite de la naissance de l'enfant;
- des informations que la femme porteuse peut divulguer au sujet du contrat, sur les réseaux sociaux par exemple;
- des dépenses remboursées à la femme porteuse (ex. : frais admissibles, montants maximaux accordés, modalités de remboursement);
- des recours en cas de violation du contrat (ex. : pénalité financière).

En outre, certains parents d'intention vont souscrire une police d'assurance vie pour la femme porteuse et sa famille (Coalition des familles LGBT+, 2021; Lavoie, 2019). Certaines avocates et certains avocats incluent des clauses selon lesquelles le contrat de GPA est légalement contraignant (« legally binding ») pour les parties. Toutefois, selon Carsley (2022, p. 60, traduction libre), « la jurisprudence et la législation indiquent clairement que la plupart, sinon la totalité des dispositions de ces contrats ne sont pas exécutoires »⁴⁷. En d'autres termes, un tribunal du Canada⁴⁸ n'ordonnerait probablement pas à une femme porteuse de se comporter d'une manière donnée sous prétexte qu'une clause a été inscrite dans un contrat de GPA. Celui-ci peut néanmoins être envisagé comme un outil de discussion et de négociation entre les parties, ce sur quoi insistent généralement les avocates et avocats auprès de leur clientèle (Carsley, 2020, 2022).

Tout compte fait, bien que les GPA doivent s'effectuer à titre gratuit, en conformité avec la LFPA, une certaine circulation d'argent a lieu entre les parties en vue d'assurer le remboursement des dépenses de la femme porteuse. Quand le projet se déroule par l'entremise d'une agence, un membre du personnel peut se charger de recueillir les reçus de la femme porteuse, de réclamer les sommes dues aux parents d'intention et de verser celles-ci à la femme porteuse, alors que les parties s'organisent directement entre elles dans les autres cas (Carsley, 2020; Coalition des familles LGBT+, 2021; Lavoie, 2019).

45. Par exemple, se comporter d'une manière qui favorise la poursuite de la grossesse, suivre les recommandations du médecin concernant l'alimentation et les activités quotidiennes, prendre des vitamines prénatales, manger seulement des aliments biologiques ou cachères, avoir uniquement des relations sexuelles protégées (Carsley, 2022).

46. Par exemple, ne pas consommer d'alcool ou de drogues, ne pas voyager après un certain stade de la grossesse, ne pas avoir de relations sexuelles pendant les traitements de FIV ou pour la durée de la grossesse, ne pas nettoyer la litière du chat, ne pas manger de poisson cru, de sushi ou de fromage au lait cru, ne pas consommer de caféine ou d'aspartame, ne pas se faire faire de nouveaux tatouages ou piercings, ne pas faire de saut en parachute (Carsley, 2022).

47. Traduction libre de l'anglais : « some lawyers are including clauses in these agreements that communicate that they are legally binding – even though case law and legislation makes clear that most, if not all, of these contracts' provisions are unenforceable ».

48. Ce fait est clair dans le cas du Québec (nullité des contrats), mais Carsley (2022) fait aussi mention des cadres juridiques de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

3.5 La conception de l'enfant

La conception d'un enfant pour autrui peut se faire par :

- relation sexuelle, bien qu'aucun cas spécifique ne soit rapporté dans les études réalisées au Québec et dans l'ensemble du Canada;
- insémination artisanale⁴⁹;
- insémination artificielle, bien qu'elle ne semble pas pratiquée pour des GPA dans les centres de procréation assistée du Québec⁵⁰ (Centre de la reproduction, CUSM, s.d.a; Lavoie, 2019);
- fécondation *in vitro* (FIV), qui implique la création d'embryons en laboratoire à l'aide de gamètes qui ont été prélevés au préalable.

La FIV représente l'unique méthode au sujet de laquelle des données en matière de procréation assistée sont disponibles dans un contexte de GPA au Québec. Quelques centres de procréation assistée du Québec indiquent, sur leur site Web, qu'ils traitent des cas de « mères porteuses » ou de « gestation pour autrui » (Clinique OriginElle, s.d.a; Clinique OVO, s.d.b; Centre de la reproduction, CUSM, s.d.a), alors que d'autres refuseraient de tels cas, selon des témoignages recueillis lors d'études ou de reportages (Couture, 2018; Duchaine, 2021; Lavoie, 2019). La FIV requiert généralement trois principales étapes : le prélèvement des ovules⁵¹, la création des embryons en laboratoire et leur transfert chez la femme porteuse.

Le prélèvement des ovules. Dans les cas où un don d'ovules est requis, les donneuses doivent se soumettre à différentes évaluations⁵² avant le prélèvement, ce qui nécessite entre quatre et six visites dans un établissement médical (Centre de fertilité de Montréal, s.d.b; Centre de la reproduction, CUSM, 2017). À titre indicatif, un centre de procréation assistée exige que les femmes soient âgées de moins de 35 ans (idéalement moins de 32 ans), aient un indice de masse corporelle dans la normale ainsi qu'une bonne réserve ovarienne. Différents tests doivent être complétés, soit des échographies, des prélèvements sanguins, et parfois des tests génétiques (Clinique Ovo, s.d.a). Les donneuses doivent également obtenir une approbation médicale et psychologique. Les critères qui prévalent pour les mères d'intention qui utilisent leurs ovules en contexte de GPA pourraient différer, notamment pour ce qui est de la limite d'âge (CMQ, 2015; Dar *et al.*, 2015).

De manière générale, le choix du traitement est lié au profil de la patiente (ex. : âge et réserve ovarienne). Dans certains cas, seul l'ovule qui se développe chaque mois est ponctionné, mais il ne s'agirait pas de la norme : comme le précise le Centre de la reproduction du CUSM (2017, p. 1), « les donneuses font habituellement le don de plusieurs ovules à la fois », puisque « le traitement de FIV réussit mieux si un certain nombre d'ovules peuvent être fécondés et transférés (puisque ce ne sont pas tous

49. Selon Roy (cité dans Legault, 2021), l'insémination artisanale pourrait contrevenir à une disposition de la LFPA qui vise à assurer la santé et la sécurité des personnes qui reçoivent les dons et les enfants qui en sont issus. De fait, des tests de dépistage devraient être effectués sur le donneur avant le prélèvement et les spermatozoïdes devraient avoir « été obtenus, préparés, conservés, mis en quarantaine, identifiés, étiquetés et entreposés conformément aux règlements » (art 10, par. 3).

50. Une femme pourrait dissimuler son projet de GPA en vue d'obtenir des traitements d'insémination artificielle. Elle doit toutefois, pour ce faire, déclarer avoir des problèmes de fertilité, après quoi l'équipe médicale procède à divers examens afin d'en localiser la source. Feindre un problème de fertilité nécessiterait ainsi plusieurs mensonges ou omissions de la part de la patiente.

51. La possibilité qu'une femme porteuse utilise ses propres ovules dans le contexte d'une FIV est évoquée dans la LFPA, auquel cas des normes de santé et de sécurité doivent être respectées (art 10). Toutefois, plusieurs centres de procréation assistée écartent d'emblée la GPA génétique (Centre de la reproduction, CUSM, s.d.a; Lavoie, 2019). Certaines femmes porteuses choisissent d'utiliser leurs propres gamètes précisément pour ne pas avoir à subir de traitements de FIV (Lavoie, 2019). Il reste qu'aucun cas de FIV où la femme porteuse aurait fourni ses ovules n'a été répertorié dans la recension des écrits portant sur le Québec ou l'ensemble du Canada.

52. Voir Miner (2019b) pour un schéma des étapes à franchir selon les différents types de dons d'ovules.

les ovules qui produiront une grossesse) » et qu'il est souhaité qu'il reste « assez d'embryons pour effectuer une deuxième tentative ». Certaines femmes produisent naturellement plus d'un ovule par mois et n'auront pas besoin de médication avant le prélèvement, mais la plupart des donneuses devront en prendre durant plusieurs semaines pour la stimulation ovarienne. Bien que les médicaments utilisés semblent varier d'un centre à l'autre, cette intervention comporte généralement des injections. Celles-ci sont réalisées par la patiente à la maison, après avoir reçu les instructions du personnel. Le jour de la procédure, une échographie vaginale est réalisée afin de localiser la position des ovaires et des follicules. Pour le prélèvement, « une fine aiguille est insérée à travers la paroi vaginale pour percer chacun des follicules. Le liquide que contient chaque follicule est aspiré et fournit un certain nombre d'ovules » (Centre de la reproduction, CUSM, 2017, p. 4). Un sédatif par voie intraveineuse, un anesthésique local et des analgésiques peuvent être administrés à la patiente afin de réduire la douleur. Un congé est recommandé le jour du prélèvement afin de prendre du repos, mais les activités normales peuvent habituellement être reprises dès le lendemain. Par ailleurs, comme les médicaments augmentent la fertilité et accroissent le risque d'une grossesse multiple⁵³, il est recommandé aux femmes d'utiliser une méthode de contraception efficace jusqu'au retour des menstruations (Centre de fertilité de Montréal, s.d.b; Centre de la reproduction, CUSM, 2017, s.d.b; Procrea Fertilité, s.d.c).

La création des embryons en laboratoire. Les ovules et le sperme utilisés pour la création des embryons peuvent être frais ou avoir été congelés avant d'être décongelés⁵⁴. La création des embryons se déroule dans un laboratoire d'embryologie. Deux principaux types de FIV sont à distinguer : la FIV conventionnelle ou classique, qui suppose que les ovules soient mis en présence des spermatozoïdes afin que la fécondation se produise « selon le processus naturel mais hors de l'organisme » (CHU Sainte-Justine, 2019b), et la FIV avec injection intracytoplasmique de spermatozoïde⁵⁵, pour laquelle un seul spermatozoïde est sélectionné et injecté dans l'ovule, après que les gamètes aient subi un traitement (CHU Sainte-Justine, 2019b).

Le transfert d'embryon ou d'embryons chez la femme porteuse. Le transfert d'embryon consiste à placer l'embryon « dans la cavité de l'utérus à l'aide d'un petit tube de plastique fin et souple, introduit par voie vaginale » (Fertily, s.d.a). L'intervention dure généralement quelques minutes. Des sources⁵⁶ indiquent qu'elle est généralement sans douleur, mais un centre souligne qu'un « sédatif peut être administré afin de rendre la procédure plus confortable » (Clinique OriginElle, s.d.c). Divers protocoles⁵⁷ peuvent être suivis pour le transfert d'un embryon chez une receveuse, dont le transfert en cycle naturel (sans médication). Un embryon peut être transféré alors qu'il vient d'être créé (embryon frais), ou plus tard, après avoir été congelé, puis décongelé⁵⁸. Dans le premier cas, les cycles menstruels des deux femmes (la donneuse et la receveuse) doivent être synchronisés à l'aide d'une médication afin que l'utérus de la receveuse soit prêt à recevoir l'embryon au moment du transfert (Clinique OriginElle, s.d.a). De plus, divers médicaments peuvent être prescrits à la receveuse « pour contribuer au développement et au soutien de l'endomètre » (Clinique OriginElle, s.d.b), de manière à favoriser

53. Ce risque est plus amplement abordé à la section 5.1.

54. Bien que le recours à des ovules congelés soit possible depuis la fin des années 1980, les techniques employées ont connu de grandes avancées ces dernières années, de sorte que cette pratique s'est répandue à large échelle dans l'usage clinique (Horsey *et al.*, 2022; The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2021).

55. Généralement désignée comme ICSI, selon l'abréviation des termes anglais « intracytoplasmic sperm injection », cette seconde technique peut notamment être utilisée lorsque le sperme contient un nombre insuffisant de spermatozoïdes (Fertily, s.d.a).

56. Par exemple, Centre de fertilité de Montréal (s.d.c), CHU Sainte-Justine (2019b), Clinique OriginElle (s.d.c) et Fertily (s.d.a).

57. La documentation repérée aux fins de la préparation de la présente étude ne fait pas de distinction selon que les traitements sont administrés à des femmes porteuses ou à d'autres patientes.

58. Au Québec, le transfert d'embryons congelés serait plus fréquent que le transfert d'embryons frais (Collège des médecins du Québec, 2020).

l'implantation de l'embryon et à prévenir une possible infection. La médication peut inclure des œstrogènes, de la progestérone, un stéroïde et un antibiotique, lesquels sont pris par voie orale, sauf la progestérone qui doit être « prise quotidiennement, généralement par suppositoire vaginal ou injections intramusculaires, durant tout le premier trimestre de la grossesse » (Clinique OriginElle, s.d.b).

3.6 Le suivi de grossesse, l'accouchement et l'allaitement

Peu d'informations sont disponibles sur la manière dont les établissements de santé du Québec traitent les suivis de grossesse et l'accouchement des femmes porteuses. Dans l'ensemble du Canada, divers témoignages indiquent que les parents d'intention participent souvent aux différentes étapes du processus de GPA. La distance géographique peut toutefois restreindre leur présence aux rendez-vous de suivi (Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Haynes *et al.*, 2022; Lavoie, 2019).

De l'information sur l'accouchement dans un contexte de GPA en Ontario et en Colombie-Britannique est accessible⁵⁹ : il en ressort qu'il n'existe pas une seule approche en la matière. À titre indicatif, les lignes directrices d'un hôpital ontarien (Belleville General Hospital, 2016) accordent plus d'espace à la volonté de la femme porteuse que celles d'un établissement britanno-colombien (BC Women's Hospital + Health Center, 2022), comme en témoignent les exemples présentés au tableau 3.

Tableau 3
Exemples de mesures appliquées lors de GPA dans deux hôpitaux hors Québec

	Ontario	Colombie-Britannique
Inscription et bracelet du bébé	Faire l'inscription du bébé au nom de la femme porteuse. Faire porter au bébé un bracelet avec le nom de la femme porteuse. Il est possible de lui en faire porter un second avec les informations des parents d'intention.	Faire l'inscription du bébé au nom de la femme porteuse (avec possibilité de le faire au nom des parents d'intention). Faire porter au bébé un bracelet avec le nom des parents d'intention, sans masquer celui de la femme porteuse s'il s'y trouve.
Personnes à qui remettre le bébé	Après l'accouchement, remettre le bébé à la femme porteuse. Si celle-ci le désire, le confier aux parents d'intention dès la naissance.	Après l'accouchement, remettre le bébé aux parents d'intention.
Signatures requises pour que le bébé puisse quitter l'hôpital	Les documents à remplir pour que le bébé puisse quitter l'hôpital doivent être signés par la femme porteuse et les parents d'intention.	Les documents à remplir pour que le bébé puisse quitter l'hôpital doivent être signés par les parents d'intention.

Sources : Belleville General Hospital, 2016; BC Women's Hospital + Health Center, 2022.

En matière d'allaitement, les approches peuvent différer. Des témoignages indiquent que des femmes porteuses choisissent de mettre au sein le bébé auquel elles ont donné naissance, alors que d'autres préfèrent ne pas le faire (Fisher, 2011; Lavoie, 2019). Certaines recourent à un tire-lait afin d'extraire leur lait et de le remettre aux parents d'intention. Des mères d'intention décident par ailleurs d'allaiter le bébé, ce qui est possible grâce à une médication qui stimule la lactation (Canadian Breastfeeding Association, 2009; Lavoie, 2019).

59. Celle-ci provient d'une association d'hôpitaux (Ontario Hospital Association, 2018), d'hôpitaux britanno-colombiens (BC Women's Hospital + Health Center, 2022; Belleville General Hospital, 2016), d'une association de sages-femmes (Association of Ontario Midwives, s.d.) et d'une compagnie d'assurances œuvrant dans le secteur médical (HIROC, 2017).

3.7 L'établissement de la filiation d'un enfant né d'une femme porteuse

Si le Code civil du Québec ne prévoit pas de règles spécifiques pour l'établissement de la filiation d'un enfant né d'une femme porteuse, des voies existent en pratique. Celles qui prévalent lorsque la femme porteuse remet volontairement l'enfant aux parents d'intention qui souhaitent être reconnus comme les parents légaux de l'enfant⁶⁰ sont décrites dans ce qui suit, selon que la naissance a lieu au Québec ou à l'extérieur du Québec.

Les naissances au Québec

À la naissance de l'enfant, la femme porteuse est généralement considérée comme sa mère légale⁶¹. Le père d'intention reconnaît habituellement sa paternité dans la déclaration de naissance, de sorte que son nom apparaît sur l'acte de naissance. La filiation de l'enfant avec le deuxième parent d'intention est établie par un tribunal, à la suite d'un consentement spécial à l'adoption⁶², en vertu de l'article 555 du *Code civil du Québec*. Autrement dit, la femme porteuse et le père d'intention doivent consentir à ce que la conjointe ou le conjoint de ce dernier devienne le parent légal de l'enfant, et la décision doit être entérinée par une ou un juge.

L'adoption par consentement spécial n'a pas initialement été prévue pour des enfants nés d'une GPA. Avant 2014, les juges de la Cour du Québec ont d'ailleurs rendu des décisions contradictoires sur des demandes d'adoption formulées par des parents d'intention : la majorité des juges ont permis l'adoption, une minorité l'ayant refusée (Bureau et Guilhermont, 2011; Giroux, 2011). En juin 2014, la Cour d'appel du Québec a rendu une décision considérée comme un « tournant en droit de la famille québécois » (Langevin, 2016, p. 466). Elle a alors infirmé une décision de la Cour du Québec qui avait refusé une requête en adoption présentée par la mère d'intention. Pour la Cour, reconnaître la mère d'intention comme la mère légale constituait, dans les circonstances, la « solution la moins insatisfaisante »⁶³. Depuis, des réflexions ont cours sur des solutions de rechange, en vue d'instaurer des règles d'établissement de la filiation qui seraient spécifiques aux enfants nés d'une GPA⁶⁴.

60. Pour d'autres cas de figure possibles, consulter Brunet *et al.* (2017), CSF (2016) et Langevin (2020).

61. Dans certains cas, une femme porteuse pourrait ne pas déclarer sa maternité et rester ainsi « anonyme » (Langevin, 2020, p. 222). En 2016, par exemple, la Cour d'appel du Québec a rendu une décision dans laquelle une femme porteuse n'avait pas signé de déclaration de naissance et dont le nom n'apparaissait pas sur le constat d'accouchement. Dans ces circonstances, la femme porteuse n'a pas eu à donner son consentement pour l'adoption de l'enfant par le deuxième parent d'intention, seul celui du père d'intention étant requis. Pareil cas soulevait « des questions importantes sur le consentement de la mère porteuse », selon le CSF (2016, p. 116).

62. Le consentement spécial à l'adoption est une adoption intrafamiliale, puisque seulement certaines personnes mentionnées à l'article 555 du *Code civil du Québec* peuvent adopter, dont la conjointe ou le conjoint du père légal, à condition que ceux-ci soient mariés ou conjoints de fait.

63. *Adoption — 1445*, 2014 QCCA 1162.

64. Voir notamment le rapport du Comité consultatif sur le droit de la famille (2015), le projet de loi n° 2, *Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil*, déposé en novembre 2021, ainsi que le mémoire du CSF (2021) au sujet du projet de loi.

Les naissances hors Québec

Lorsqu'un enfant naît d'une femme porteuse à l'extérieur du Québec, un acte de naissance est délivré selon les règles en vigueur dans cette juridiction. Des procédures juridiques peuvent y être entreprises par les parents d'intention pour se faire reconnaître comme les parents légaux de l'enfant. Dès leur retour au Québec, deux possibilités s'offrent à eux : l'adoption, qui serait plus fréquente (Brunet *et al.*, 2017), ou une démarche auprès du Directeur de l'état civil du Québec.

- Quand le nom de l'un des deux parents d'intention ne figure pas sur l'acte de naissance étranger, une procédure d'adoption par consentement spécial – la même que celle qui prévaut lorsque l'enfant est né en territoire québécois – peut être entreprise au Québec afin que la filiation soit établie à l'égard du deuxième parent d'intention. Il est néanmoins arrivé qu'une telle demande soit rejetée⁶⁵.
- Dans le cas où les noms des deux parents d'intention québécois figurent déjà sur l'acte de naissance étranger, sur la base notamment d'un jugement prononcé en ce sens, ceux-ci peuvent demander une insertion de l'acte de l'état civil étranger au registre de l'état civil du Québec ou l'homologation d'un jugement étranger afin d'obtenir un acte de naissance québécois. Une telle requête doit être effectuée auprès du Directeur de l'état civil du Québec. Si ce dernier a un doute sur la validité de l'acte de l'état civil ou de l'acte juridique fait hors du Québec, il doit s'adresser à la Cour supérieure du Québec (Brunet *et al.*, 2017; Langevin, 2020).

65. En mars 2018, une juge québécoise a refusé une adoption en faveur du deuxième parent d'intention, du fait que la femme porteuse états-unienne n'avait pas donné son consentement. Cette dernière estimait que les parents d'intention lui devaient une somme d'argent, ce qu'ils réfutaient (Carsley, 2020).

4 EXPÉRIENCE DES PERSONNES QUI PARTICIPENT À UN PROJET DE GROSSESSE POUR AUTRUI

La présente section se penche sur l'expérience des personnes qui prennent part à un projet de GPA, incluant celle des donneuses d'ovules⁶⁶. Elle s'appuie, pour ce faire, sur les études empiriques menées dans l'ensemble du Canada, voire dans d'autres provinces canadiennes⁶⁷, en raison de l'absence d'études menées spécifiquement au Québec. Les lignes qui suivent s'attardent d'abord à exposer la portée et les limites du corpus (section 4.1), puis à explorer le profil (section 4.2) et les motivations (section 4.3) des personnes qui prennent part à une GPA, leur conception de la maternité (section 4.4), leur appréciation générale de leur expérience (section 4.5), les relations entre elles (section 4.6), les réactions de l'entourage (section 4.7), l'expérience vécue dans les agences et les établissements de santé (section 4.8) et les situations difficiles qui peuvent être rencontrées (section 4.9).

4.1 La portée et les limites du corpus

Constitué au printemps et à l'été 2022, le corpus sur lequel s'appuie la présente section se compose principalement de 9 enquêtes empiriques dont rendent compte une vingtaine de publications (voir le tableau 4). Il comporte plusieurs limites.

- Aucune enquête n'a été réalisée exclusivement en contexte québécois, ce qui peut s'expliquer, en partie du moins, par la fréquence des mouvements interprovinciaux qui s'observent en matière de GPA.
- La grande majorité des enquêtes sont de nature qualitative et s'appuient sur des échantillons de très petite taille, par exemple de 2 (Kashmeri, 2008), de 6 (Fantus, 2017, 2020), de 8 (Fisher, 2011) ou de 15 femmes porteuses (Lavoie, 2019). Trois enquêtes se basent néanmoins sur un échantillon plus vaste : un sondage mené auprès de 184 femmes porteuses ayant pris part à 287 GPA (Yee, Goodman et Librach, 2019)⁶⁸, une analyse de données relatives à 333 cycles de FIV (Dar *et al.*, 2015) et des entretiens réalisés avec 26 avocates ou avocats qui ont collectivement conseillé en 2016 plus de 1 000 femmes porteuses ou parents d'intention⁶⁹ (Carsley, 2020).
- Certaines études se concentrent sur des parents d'intention du Québec ou du Canada (Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Fantus, 2017; Lavoie, 2019; Kashmeri, 2008), alors que d'autres incluent aussi des parents d'intention étrangers qui ont eu recours à une femme porteuse du Québec ou du Canada (Grover *et al.*, 2013; Yee, Goodman et Librach, 2019). Les travaux du premier groupe reposent tous sur des échantillons de petite taille (moins de 20 personnes), alors que ceux incluant des parents d'intention étrangers s'appuient sur des échantillons de taille un peu plus grande (allant de 45 à 287 projets de GPA). Dans certains cas, l'information sur le lieu de résidence des parents d'intention n'est pas fournie (Dar *et al.*, 2015).

66. Pour les donneuses d'ovules, ce sont principalement leurs motivations qui sont explorées, étant donné le peu de renseignements disponibles sur leur expérience dans un contexte de GPA. Pour en savoir davantage sur le vécu de l'ensemble des donneuses d'ovules, consulter, entre autres choses, Lavoie et Côté (2021), Hammond (2016, 2022), Noël, Allard et Pelletier (2021), ainsi que Yee, Blyth et Tsang (2011).

67. Cet élargissement du corpus à l'ensemble du Canada se justifie notamment par le fait que seules les GPA à titre gratuit y sont autorisées en vertu de la loi fédérale. Le contexte juridique, en ce qui a trait notamment aux règles d'établissement de la filiation, varie toutefois d'une province à l'autre, obligeant ainsi à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats obtenus dans une région donnée.

68. Les résultats de cette collecte de données ont fait l'objet de quatre publications : l'une concerne les femmes porteuses ayant accouché (Yee et Librach, 2019), alors que les autres incluent aussi celles qui sont enceintes (Yee *et al.*, 2017; Yee, Goodman et Librach, 2019; Yee, Hemalal et Librach, 2020).

69. Les femmes porteuses et les parents d'intention peuvent, chacun de leur côté, solliciter les services d'une avocate ou d'un avocat.

- La majorité des enquêtes conduites auprès de parents d'intention portent sur des couples d'hommes ou des hommes célibataires (Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Côté et Sauvé, 2016; Fantus, 2017; Grover *et al.*, 2013; Kashmeri, 2008). Une seule étude a été menée auprès de 7 mères d'intention hétérosexuelles, dont 6 étaient en couple au moment où elles ont eu recours à une femme porteuse (Lavoie, 2019).
- Si certaines enquêtes empiriques sont très récentes, notamment celles de Carsley (2020) et de Lavoie (2019), d'autres ont été menées il y a plus de dix ans, notamment celles de Kashmeri (2008) et de Fisher (2011). Toutes ont cependant été conduites après l'adoption, en 2004, de la loi fédérale sur la procréation assistée qui interdit la rétribution des femmes porteuses, des donneuses d'ovules et des intermédiaires, étant entendu que certaines personnes interrogées ont pu témoigner d'expériences vécues avant l'entrée en vigueur de cette législation.
- Les méthodes de recrutement privilégiées dans plusieurs études, notamment par le biais d'agences de GPA ou de groupes Facebook, peuvent avoir généré une surreprésentation des personnes qui ont utilisé ces voies pour concrétiser un projet de GPA.
- Les personnes ayant eu des expériences positives de GPA pourraient être plus enclines à participer à des travaux de recherche que celles qui regrettent d'avoir pris part à de tels projets⁷⁰.
- Plusieurs publications (Dar *et al.*, 2015; Grover *et al.*, 2013; Yee *et al.*, 2017; Yee, Goodman et Librach, 2019; Yee, Hemalal et Librach, 2020) ont été produites par des chercheuses et des chercheurs associés à un même centre de procréation assistée, soit le Create Fertility Centre situé en Ontario. La réalité dépeinte dans celles-ci n'est peut-être pas représentative de celle de l'ensemble du Canada. De plus, certains cas pourraient avoir été inclus dans plus d'une analyse (par exemple dans Dar *et al.*, 2015 et Grover *et al.*, 2013).
- Une étude menée auprès d'avocates et d'avocats (Carsley, 2020, 2022) a été incluse au corpus, bien qu'elle documente les expériences des femmes porteuses et des parents d'intention à travers leur regard⁷¹.

Cela étant, il convient de souligner les difficultés inhérentes au recrutement de la population à l'étude (Couture, 2018; Kashmeri, 2008; Lavoie, 2019). À titre d'exemple, Couture (2018) affirme avoir été incapable d'interviewer des parents d'intention, des femmes porteuses et des intermédiaires œuvrant dans le domaine de la GPA, rapportant que « les personnes contactées [...] se considéraient trop souvent sollicitées, en plus de se sentir jugées » (Couture, 2018, p. 386).

70. Par exemple, Fisher (2011, p. 135) rapporte que deux femmes ont refusé de participer à son étude en raison d'émotions troubles (« unsettled emotions ») ou des difficultés rencontrées lors de leur projet de GPA.

71. L'étude de Brunet *et al.* (2017) menée notamment auprès de 5 juges et de 3 avocates et avocats du Québec afin de cerner leur point de vue sur, par exemple, la pertinence de mener une réforme sur le droit de la famille et les dilemmes rencontrés au moment de trancher un cas concernant une femme porteuse de l'étranger n'a pas été considérée pour la présente section, étant donné qu'elle n'aborde pas les expériences des femmes porteuses et des parents d'intention. Elle a toutefois servi à enrichir l'ensemble de l'analyse rapportée dans la présente étude.

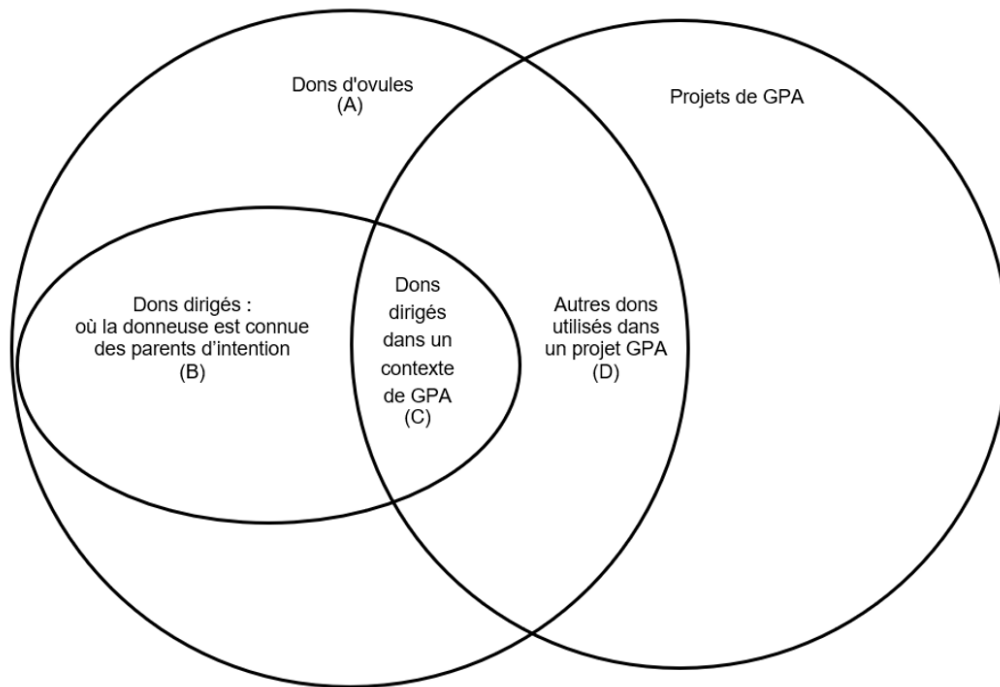
Tableau 4
Répartition des 9 études empiriques⁷² recensées
sur les expériences de GPA dans l'ensemble du Canada
selon différentes caractéristiques

Région couverte	n
Canada incluant explicitement le Québec	4
Ensemble du Canada, sans précision sur les régions couvertes	3
Ailleurs au Canada (excluant explicitement le Québec)	2
Total	9
Personnes considérées	n
Femmes porteuses uniquement	2
Parents d'intention uniquement	2
Femmes porteuses & parents d'intention	2
Femmes porteuses, parents d'intention, donneuses d'ovules & personnes aspirant à prendre part à un projet de GPA ou à un don d'ovules	1
Avocates/avocats du domaine	1
Femmes porteuses, parents d'intention & avocates/avocats du domaine	1
Total	9
Méthode	n
Points de vue recueillis dans le cadre d'entrevues	5
Points de vue recueillis par le biais de questionnaires	1
Points de vue recueillis dans le cadre d'entrevues & analyse des messages diffusés dans un groupe Facebook consacré aux GPA et aux dons d'ovules	1
Analyse de dossiers d'une clinique de procréation assistée	2
Total	9

Bien qu'ils ne fassent pas partie du corpus principal, d'autres travaux ont servi à enrichir la présente section. C'est notamment le cas de l'analyse de données d'un registre pancanadien sur la procréation assistée (White, 2017) et des études qui abordent brièvement un aspect des GPA au Québec ou au Canada (Carone, Baiocco et Lingardi, 2017; Couture, 2018; Delaisi de Pasrseval et Collard, 2007; Duggan, 2007; Kashmeri, 2020; Marvel, 2015; Stuvøy, 2018; Toledano et Zeiller, 2017). Il en est de même des études sur les donneuses d'ovules, étant entendu que celles-ci n'ont pas forcément participé à un projet de GPA. De fait, les études qui se sont penchées sur leurs expériences fournissent des informations sur une diversité de donneuses (groupe A de la figure 1) (Dar *et al.*, 2015; Hammond, 2022) ou s'intéressent plus spécifiquement à celles qui font un don dirigé (groupe B de la figure 1) (Lavoie, 2019; Noël, Allard et Pelletier, 2021; Yee, Blyth et Tat Sang, 2011). Aucune ne concerne exclusivement le don dirigé dans le cas d'une GPA (groupe C de la figure 1) ou l'ensemble des dons utilisés dans un contexte de GPA (groupe D de la figure 1). Les travaux repérés à cette enseigne sont basés sur des entrevues auprès de donneuses d'ovules québécoises ou canadiennes ayant fait un don dans un contexte non spécifique à une GPA (Hammond, 2016, 2022; Noël, Allard et Pelletier, 2021; Yee, Blyth et Tsang, 2011), de receveuses d'un tel don (Lavoie, 2019; Miner, 2019b, 2021; Pelletier et Noël, 2021) ou encore de membres du personnel médical œuvrant dans le domaine du don d'ovules (Couture, 2018; Miner, 2019a, 2019b).

72. Ont été comptabilisées dans le tableau les études et non les publications, sachant qu'une même étude peut avoir fait l'objet de plusieurs publications. Pour plus de détails sur chaque étude, consulter l'annexe.

Figure 1
Les différents types de dons d'ovules
selon qu'ils s'inscrivent ou non dans le contexte d'une grossesse pour autrui



4.2 Le profil des personnes qui participent à un projet de grossesse pour autrui

La section qui suit s'intéresse aux profils des femmes porteuses (section 4.1.1), des donneuses d'ovules (section 4.1.2) et des parents d'intention (section 4.1.3).

4.1.1 Profil des femmes porteuses

Compte tenu des sources de données disponibles, il est actuellement impossible de brosser un portrait des femmes qui, au Québec ou dans l'ensemble du Canada, portent un enfant pour autrui. Les renseignements disponibles à leur sujet proviennent essentiellement d'études basées sur des échantillons non probabilistes et de petite taille. Ainsi, il se peut que les caractéristiques sociodémographiques des participantes aux études ne reflètent pas fidèlement celles de l'ensemble des femmes porteuses. Les constats qui se dégagent des études existantes, rapportés dans ce qui suit, doivent donc être considérés avec prudence en raison des possibles biais de recrutement.

- Dans les études recensées, la quasi-totalité des femmes porteuses interrogées avait déjà au moins un enfant au moment de porter un enfant pour autrui (Dar *et al.*, 2015; Fantus, 2017; Fisher, 2011; Lavoie, 2019; Yee, Hemalal et Librach, 2020). Une seule exception a été repérée : une des 15 femmes porteuses du Québec interrogées par Lavoie (2019) en était à sa première grossesse.
- Selon les deux études basées sur des échantillons de plus grande taille (respectivement 247 et 287 projets de GPA), l'âge moyen des femmes porteuses est d'environ 32 ans au moment d'entreprendre un cycle de FIV dans le contexte d'une GPA (Dar *et al.*, 2015) ou de porter un enfant pour autrui (Yee, Hemalal et Librach, 2020).

- Les femmes porteuses qui ont pris part aux études québécoises ou canadiennes s'identifient majoritairement comme « blanches ». C'est par exemple le cas de 94 % des 184 participantes de l'enquête en ligne de Yee, Hemalal et Librach (2020).
- Dans les travaux analysés, la majorité des projets de GPA se déroule alors que la femme porteuse est en couple (Fisher, 2011; Lavoie, 2019; Yee, Hemalal et Librach, 2020). Il en est ainsi pour 76 % des 287 projets de GPA rapportés dans l'enquête de Yee, Hemalal et Librach (2020).
- Sur le plan du revenu, une diversité de profils coexiste : une portion des participantes aux études déclare vivre dans une relative précarité financière, alors que d'autres ont des revenus plus élevés (voir l'encadré ci-après).

Une diversité de profils socioéconomiques parmi les femmes porteuses

Dans l'enquête de Yee, Hemalal et Librach (2020) réalisée auprès de 184 femmes porteuses de l'ensemble du Canada :

- 37 % ont un revenu familial de moins de 50 000 \$;
- 47 % ont un revenu familial se situant entre 50 000 \$ et 110 000 \$;
- 16 % ont un revenu familial de plus de 110 000 \$.

Parmi les 180 femmes porteuses qui ont répondu à la question relative à leur budget familial au moment de l'enquête :

- 42 % ont déclaré avoir un budget « serré » ou « très serré »;
- 29 % ont indiqué avoir budget « modeste »;
- 29 % ont jugé avoir un budget « confortable » ou « très confortable ».

- La majorité des femmes porteuses interrogées dans les études occupent un emploi ou ont un statut de travailleuse autonome. Par exemple, près de 80 % des 184 participantes à l'enquête de Yee, Hemalal et Librach (2020) sont sur le marché du travail, alors que 19 % sont « à la maison » (traduction libre, p. e259).
- Les femmes porteuses ayant pris part aux études ont des niveaux d'éducation variables. Dans l'enquête de Yee, Hemalal et Librach (2020), 27 % sont sans diplôme ou détiennent un diplôme d'études secondaires et 22 % sont titulaires d'un diplôme universitaire.
- Bon nombre de femmes interrogées portent un enfant pour autrui à plus d'une reprise. C'était le cas de la moitié des 184 participantes canadiennes à l'enquête de Yee, Goodman et Librach (2019) : certaines avaient entrepris deux, trois, quatre, voire cinq projets de GPA. Dans l'étude de Lavoie (2019), si la majorité des participantes (10/15) ont porté un enfant pour autrui à une seule occasion, quatre l'ont fait à deux reprises et une femme a complété quatre GPA.

Ces constats sur les femmes porteuses dans l'ensemble du Canada, bien que basés sur des données parcellaires, correspondent à ceux qui se dégagent des travaux menés ailleurs en Occident (CSF, 2016).

4.2.2 Profil des donneuses d'ovules

Des données fiables sur le profil sociodémographique des donneuses d'ovules n'ont pas été repérées pour le Québec ou pour l'ensemble du Canada, alors qu'il en existe pour d'autres régions du monde. À titre indicatif, Pennings *et al.* (2014) fournissent des informations sur des donneuses issues de 11 pays européens et montrent que leur profil varie d'un pays à l'autre. Certaines caractéristiques des échantillons des études canadiennes sont présentées au tableau 5.

Tableau 5
Caractéristiques des donneuses d'ovules qui ont participé à des études canadiennes

Caractéristiques	Faits saillants
Âge	Dans l'étude de Dar <i>et al.</i> (2015), les 169 donneuses d'ovules sont âgées en moyenne de 26 ans. Dans celle de Yee, Blyth et Tsang (2011), l'âge moyen des 15 femmes ayant fait un don d'ovules pour un membre de leur entourage est plutôt de 30 ans.
Occupation	La majorité des participantes à l'étude de Lavoie (2019) occupent un emploi ou sont travailleuses autonomes (9/10), alors qu'une est étudiante. Dans l'étude de Hammond (2022), quatre participantes (4/15) sont aux études, les autres exerçant un large éventail de professions non précisées.
Scolarité	Dans l'étude de Lavoie (2019), la quasi-totalité des donneuses d'ovules interrogées (9/10) possédait un diplôme universitaire.
Salaire	Au moment de l'entretien, la majorité des participantes à l'étude de Lavoie (2019) (6/10) ont un revenu inférieur à 40 000 \$, trois ont un revenu entre 40 000 \$ et 60 000 \$ et l'une a un revenu de plus de 80 000 \$.
Origine ethnoculturelle	Une seule publication, celle de Hammond (2022, p. 11), fournit des indications sur l'origine ethnoculturelle des donneuses : la quasi-totalité des participantes s'identifie comme « blanches » (14/15), une seule s'identifiant comme « Native and African Canadian ».
Situation familiale	Dans l'étude de Lavoie (2019), la majorité des participantes (7/10) n'avaient pas d'enfant au moment de faire un don. À l'inverse, la plupart des donneuses interrogées par Yee, Blyth et Tsang (2011) avaient déjà un enfant biologique (7/15) ou un enfant non biologique (2/15), alors que six n'avaient pas d'enfant.

4.2.3 Profil des parents d'intention

Comme dans le cas des femmes porteuses et des donneuses d'ovules, peu de données fiables sont disponibles sur le profil des parents d'intention qui ont recours à une femme porteuse au Canada. Bien que les travaux sur le sujet comportent plusieurs limites, il est possible de mettre en relief quelques constats à cet égard. D'abord, parmi les parents d'intention ayant participé à des études dans l'ensemble du Canada, la majorité sont « blancs », vivent en milieu urbain, ont un diplôme d'études postsecondaires et sont en couple (Côté et Sallafranque Saint-Louis, 2018; Fantus, 2017; Lavoie, 2019).

De plus, les couples hétérosexuels forment la majorité des parents d'intention ayant recours à une femme porteuse au Canada, selon les travaux menés à plus grande échelle (voir l'encadré ci-contre). Les couples d'hommes apparaissent toutefois surreprésentés parmi les parents d'intention : alors qu'ils représentaient moins de 1 % de l'ensemble des couples au Canada en 2016 (Statistique Canada, 2017), cette proportion s'élève à 39 % parmi les parents d'intention selon l'enquête de Yee, Hemalal et Librach (2020) (voir l'encadré ci-contre). Toutefois, ces données relatives à l'orientation sexuelle des parents d'intention incluent

- Dans l'enquête de Yee, Hemalal et Librach (2020), portant sur 287 projets de GPA réalisés au Canada, les parents d'intention forment un couple hétérosexuel dans plus de la moitié des cas (55 %) et un couple d'hommes dans 39 % des cas. Dans le reste des cas, le parent d'intention est un homme seul (4 %) ou une femme seule (2 %), incluant une femme trans.
- S'appuyant sur les données de 2011 à 2015 d'un registre pancanadien non exhaustif, White (2017) évalue que 21 % des parents d'intention ayant recours à une femme porteuse seraient des couples d'hommes ou des hommes célibataires. Ainsi, les couples hétérosexuels et les femmes seules représenteraient 79 % des parents d'intention.
- Le motif qui a conduit les parents d'intention à recourir à une femme porteuse est rapporté dans l'étude de Dar *et al.* (2015). Dans 80 % des 256 projets de GPA réalisés dans une clinique ontarienne de 1998 à 2012, il s'agit d'un facteur lié à la condition médicale de la mère d'intention, tandis que l'appartenance à un couple de même sexe est citée dans le 20 % restant.

parfois des personnes étrangères (Dar *et al.*, 2015; White, 2017; Yee, Hemalal et Librach, 2020). D'ailleurs, comme mentionné à la section 2, certains parents d'intention étrangers choisissent le Canada spécifiquement en raison de la possibilité pour les couples d'hommes et les hommes célibataires de faire appel à une femme porteuse, ce qui pourrait influencer les tendances observées.

L'information sur les revenus familiaux n'est pas toujours évoquée dans les études repérées, mais il semblerait qu'une portion des parents d'intention dispose de revenus plus élevés que la moyenne (Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Fantus, 2017). Certaines données sur l'âge sont disponibles⁷³. Dans une étude portant sur 256 parents d'intention, l'âge moyen du parent d'intention au moment où la femme porteuse entame un cycle de FIV est d'environ 38 ans, mais il varie selon certaines caractéristiques du projet (Dar *et al.*, 2015). En particulier, le recours à la GPA semble survenir plus tôt dans le parcours des mères d'intention qui ont des conditions médicales singulières (ex. : absence d'utérus). L'âge moyen est ainsi de 36,1 ans pour les mères d'intention ayant utilisé leurs propres ovules dans le cadre d'une GPA et de 41,3 ans pour les femmes ayant utilisé ceux d'une donneuse (Dar *et al.*, 2015). Une étude portant sur 45 projets de GPA souligne par ailleurs que la majorité des pères d'intention n'avaient pas d'enfant au moment de faire appel à une femme porteuse (38/45) (Grover *et al.*, 2013). C'était aussi le cas de la majorité des sept mères d'intention interrogées par Lavoie (2019).

4.3 Les motivations des personnes qui participent à un projet de grossesse pour autrui

Les lignes qui suivent portent sur les motivations des femmes porteuses (section 4.3.1), des donneuses d'ovules (section 4.3.2) et des parents d'intention (section 4.3.3).

4.3.1 Des femmes porteuses

Qu'est-ce qui incite une femme à porter un enfant pour autrui? Plusieurs facteurs ressortent des études menées au Canada. D'abord, la volonté de faire connaître à d'autres personnes l'expérience de la parentalité, dans une perspective altruiste, est la principale motivation rapportée par les femmes porteuses interrogées dans les études recensées. Ces femmes se disent sensibles à la détresse des personnes qui ne peuvent concevoir un enfant (Fantus, 2017; Lavoie, 2019; Yee, Hemalal et Librach, 2020). Le désir de leur venir en aide peut découler d'une motivation altruiste, comme en témoignent les propos rapportés dans l'encadré ci-après. Le fait de connaître une personne souffrant d'infertilité pourrait rendre certaines femmes d'autant plus sensibles à cette réalité. D'ailleurs, dans l'enquête de Yee, Hemalal et Librach (2020), 60 % des 184 femmes porteuses sondées ont répondu que leur décision avait été influencée par le fait de connaître une personne aux prises avec cette condition.

73. Dans la plupart des études repérées, les données concernent l'âge des parents d'intention au moment de l'entretien avec la chercheuse ou le chercheur plutôt qu'au moment de faire appel à une femme porteuse.

Des motivations altruistes

Certaines participantes aux études recensées expriment :

- le désir de faire connaître à une autre femme le bonheur d'être mère, la maternité occupant une place importante dans leur propre vie (Lavoie, 2019);
- leur souhait de porter un enfant spécifiquement pour un couple d'hommes (Fantus, 2017; Fisher, 2011; Lavoie, 2019), inscrivant parfois leur démarche dans une logique de « justice sociale » (Fantus, 2017, p. 74, traduction libre);
- le désir de porter un enfant pour un couple de leur entourage, mais pas pour des personnes qu'elles ne connaissent pas (Lavoie, 2019);
- une volonté de « donner au suivant », concevant par exemple leur geste comme une manière de signifier « une gratitude envers la vie » ou une façon de redonner « à l'univers » (Yee, Hemalal et Librach, 2020, p. e259, traduction libre);
- leur désir de transmettre certaines valeurs à leurs propres enfants, comme la générosité et l'empathie (Fisher, 2011).

Par ailleurs, diverses expressions associées à l'altruisme sont employées par les participantes pour décrire leur expérience de la GPA, par exemple un « don de la vie » ou une « vocation » (Yee, Hemalal et Librach, 2020, p. e259, traduction libre).

D'autres motivations sont aussi rapportées dans les études menées au Canada. Certaines ont trait à la recherche d'un bénéfice pour soi.

- Le besoin de s'accomplir ou l'envie de vivre une expérience singulière est cité par certaines participantes aux études. Pour elles, la GPA est l'occasion de donner un sens à leur vie ou d'accomplir quelque chose de spécial ou de significatif (Lavoie, 2019; Yee, Hemalal et Librach, 2020).
- Certaines femmes mentionnent le plaisir d'être enceinte ou d'accoucher, appréciant l'idée de vivre une grossesse sans avoir à prendre en charge l'enfant par la suite (Fantus, 2017; Lavoie, 2019).
- Une volonté de transmettre son patrimoine génétique peut être présente, lorsqu'il s'agit d'une GPA génétique (Lavoie, 2019).
- La GPA est parfois envisagée comme une façon de guérir une blessure psychologique du passé causée, par exemple, par un avortement (Lavoie, 2019).
- Des participantes de l'étude de Lavoie (2019) affirment que le fait de porter un enfant pour autrui leur a permis de se consacrer temporairement à leur famille, à leurs études ou à leur carrière. Les politiques sociales en vigueur au Québec, comme le programme Pour une maternité sans danger ou le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), peuvent donner droit à des congés pendant la grossesse et la période post-accouchement, comme l'illustrent certains témoignages (voir l'encadré ci-contre).

Il ressort de deux études que le fait de connaître une femme ayant porté un enfant pour autrui pourrait en inciter certaines à envisager pareil projet (Fantus, 2017; Yee, Hemalal et Librach, 2020). Dans l'enquête de Yee, Hemalal et Librach (2020), 28 % des 184 femmes porteuses

« Je le faisais en même temps un peu pour moi, cette grossesse-là. Pour moi qui vis avec quatre enfants et qui travaille à l'autre bout de la ville, qui fais une heure et quart de transport le matin et le soir... je suis en retrait préventif. Juste d'avoir un an à la maison avec mes enfants, reprendre un rythme de vie normal, c'est le plus beau des cadeaux. Cette année-là, je me la donne pour respirer, pour profiter. Pour savourer le moment avec ce bébé-là dans mon ventre » (femme porteuse citée dans Lavoie, 2019, p. 158).

« Je ne te cacherai pas que les avantages du RQAP sont aussi tentants pour moi. Dix-huit semaines à passer avec ma famille et à me donner à 100 % pour mon fils, c'est quelque chose que j'apprécie beaucoup » (femme porteuse citée dans Lavoie, 2019, p. 158).

participantes ont indiqué que ce facteur avait eu une incidence sur leur décision de porter un enfant pour autrui. La visibilité de femmes porteuses sur le Web influencerait aussi certaines femmes : 26 % des 184 participantes à cette même étude ont indiqué que la consultation d'information sur les GPA sur les réseaux sociaux a eu un effet sur leur décision d'agir comme femme porteuse.

Force est d'admettre que la recherche d'un gain financier n'est pas mentionnée par les femmes porteuses interrogées dans les études recensées au Canada. Ce constat n'est pas étonnant, puisque la rétribution des femmes porteuses y est criminalisée. Cela étant, plusieurs participantes affirment ne pas chercher à s'enrichir en prenant part à ce type de projet tout en étant soucieuses de pas s'appauvrir non plus (Lavoie, 2019). Des femmes porteuses sondées affirment que d'autres recherchent un gain financier, tout en niant avoir elles-mêmes de telles motivations (Yee, Hemalal et Librach, 2020). D'ailleurs, certaines craignent une remise en cause de leurs motivations lorsqu'il est question des remboursements obtenus pour leurs dépenses, ce dont témoignent certains commentaires qu'elles reçoivent (Fisher, 2011; Lavoie, 2019). Selon une participante interrogée par Kashmeri (2008), certaines femmes porteuses canadiennes sont rétribuées, tout en s'engageant par écrit à ne rien divulguer à ce sujet (voir l'encadré ci-contre), ce qui pourrait expliquer la difficulté à recueillir de l'information à cet égard. Il est aussi rapporté dans quelques études qu'il arrive que le montant de certains remboursements soit plus élevé que les dépenses réelles (Carsley, 2020) et que certaines femmes porteuses reçoivent des cadeaux de la part des parents d'intention (Fisher, 2011; Kashmeri, 2008).

« Les femmes porteuses canadiennes ne veulent pas parler parce qu'elles sont payées. Si elles parlent, il va y avoir une trace à quelque part et elles ont peur que ça ait des répercussions sur le couple qui les paie. Parce que le couple pourrait finir en prison. La plupart d'entre elles ont signé un contrat précisant qu'elles ne vont parler à personne. Je me souviens d'une fois où un couple a essayé d'inclure ça dans le contrat; j'ai été rapide et j'ai dit "vous ne me bâillonnerez pas" » (femme porteuse citée dans Kashmeri, 2008, p. 18, traduction libre).

4.3.2 Des donneuses d'ovules

Plusieurs motivations des donneuses d'ovules s'apparentent à celles des femmes porteuses : l'altruisme (associé à une sensibilité à l'infertilité ou une volonté de répondre à une demande de l'entourage), le désir de transmettre son patrimoine génétique⁷⁴, le désir de vivre une expérience singulière et la volonté de guérir une blessure psychologique (Hammond, 2016; Lavoie, 2019; Noël, Allard et Pelletier, 2021; Yee, Blyth et Tat Sang, 2011).

En revanche, contrairement aux femmes porteuses, certaines donneuses d'ovules interrogées dans les enquêtes empiriques repérées rapportent des motivations financières (Hammond, 2016, 2022; Lavoie, 2019) (voir l'encadré ci-contre), bien que la rétribution des donneuses d'ovules soit interdite au Canada en vertu de la LFPA (voir la section 1.4). Dans l'étude d'Hammond (2016), le désir d'obtenir de l'argent était la motivation principale de certaines participantes, mais jamais la seule mentionnée.

« J'avais besoin d'argent. Je me suis dit : "let's go, je vais chercher". J'ai regardé sur Internet, et j'ai tout de suite trouvé une personne qui cherchait une donneuse d'ovules. C'était vraiment simple, j'étais curieuse, mais aussi ça correspondait à un besoin : avoir des sous. C'était monétaire. Je voulais rendre service, mais il fallait que ça me rende service aussi. C'était un peu comme du donnant-donnant » (donneuse d'ovules citée dans Lavoie, 2019, p. 162).

« Mon fils avait trois ans, il coûtait cher, et avec la crise économique, j'ai eu quelques difficultés financières. [...] Je savais que je pouvais tomber enceinte, et ça m'a semblé être quelque chose que je pourrais faire... » (donneuse d'ovules citée dans Hammond, 2022, p. 13, traduction libre).

74. À titre indicatif, quatre des quinze donneuses d'ovules interrogées par Hammond (2016) ont mentionné cette motivation; de ces quatre, aucune n'avait d'enfant biologique au moment de l'entretien.

Comme dans le cas de femmes porteuses, le fait d'avoir été exposées à des récits de donneuses d'ovule, par le biais de reportages ou de publicités, les a parfois influencées (Hammond, 2016). Des femmes rapportent même avoir ressenti une certaine pression à faire un ou plusieurs dons d'ovules, sachant la demande élevée et la rareté de l'offre d'ovules (Hammond, 2022). Cette pression peut découler d'un désir de ne pas décevoir un proche (Lavoie, 2019) ou être ressentie à la suite d'une demande directe de la part de membres du personnel médical, comme relaté par une donneuse interrogée par Hammond (2022).

De Koninck (2019) et Lavoie (2019) apportent des nuances au sujet de l'altruisme qui prédomine dans le discours des femmes porteuses et des donneuses d'ovules interrogées, du fait que celui-ci correspond aux normes rattachées à l'identité féminine traditionnelle, alors qu'évoquer des raisons financières attirerait l'opprobre. Autrement dit, les femmes interrogées seraient donc en quelque sorte « [exhortées] [...] à développer un argumentaire axé sur l'abnégation pour expliquer leurs motivations à participer au projet parental d'autrui à titre de tierces reproductrices » (Lavoie, 2019, p. 83).

4.3.3 Des parents d'intention

Les parents d'intention qui recourent à une femme porteuse sont tous forcément motivés par le désir d'avoir un enfant (Fantus et Newman, 2019; Lavoie, 2019), alors qu'ils sont infertiles⁷⁵ ou ne peuvent avoir d'enfant en raison de leur célibat ou de leur orientation sexuelle. Le désir d'avoir un lien génétique avec l'enfant est exprimé par plusieurs parents d'intention ayant pris part aux recherches sur le sujet. Il peut s'agir d'une volonté d'assurer leur descendance ou d'un souhait de partager des ressemblances physiques avec l'enfant (Fantus, 2017).

Pour certains parents d'intention, la GPA est jugée « préférable » à l'adoption, parce qu'elle permet d'avoir un lien génétique avec l'enfant ou de vivre l'expérience parentale dès la naissance de celui-ci⁷⁶ (Fantus, 2017, p. 66, traduction libre); c'est dans cette perspective qu'elle est envisagée d'entrée de jeu. Pour d'autres, la GPA représente la dernière option considérée : Lavoie (2019) constate, par exemple, que les sept mères d'intention interrogées avaient d'abord envisagé l'adoption⁷⁷, qu'elles ont ensuite écartée en raison des défis associés à cette procédure. À cette enseigne, Fantus (2017), Lavoie (2019) et Marvel (2015) soulignent, entre autres choses :

- la lourdeur administrative des procédures d'adoption et leurs délais;
- l'anticipation de difficultés liées à l'accueil d'un enfant plus âgé ou qui présente des défis sur le plan médical ou émotionnel;

75. Plusieurs travaux s'attardent aux difficultés que suscitent l'infertilité et les traitements entrepris pour y remédier, notamment sur les plans psychologique, physique et financier (Fisher et Hammarberg, 2020; Lavoie, 2019; Öztürk *et al.*, 2021; Rooney et Domar, 2018).

76. Fantus (2017) rapporte aussi la croyance selon laquelle la GPA offrirait plus de garanties que l'adoption sur le plan juridique, et donc une plus grande paix d'esprit.

77. L'une d'entre elles avait aussi envisagé l'adoption d'un embryon, c'est-à-dire le recours à un embryon déjà formé, par exemple dans un contexte où un couple ne voulant plus avoir d'enfant aurait conservé des embryons surnuméraires, une pratique qui nécessite d'obtenir le consentement des personnes dont l'embryon est issu.

- la crainte que l'enfant leur soit retiré après un certain temps (voir l'encadré ci-contre), et l'épreuve qui s'ensuivrait pour la famille, notamment pour les autres enfants.

Certains parents d'intention affirment aussi avoir été découragés par l'échec des démarches d'adoption entreprises par des personnes de leur entourage ou ne pas répondre aux critères pour l'adoption internationale, en raison par exemple de leur orientation sexuelle ou du fait qu'ils présentent un handicap (Fantus, 2017; Lavoie, 2019).

Puisque de moins en moins d'enfants sont placés en adoption dès leur naissance au Québec, celles et ceux qui veulent adopter un enfant québécois doivent généralement se tourner vers le programme Banque mixte qui « répond aux besoins des enfants qui reçoivent des services de la [Direction de la protection de la jeunesse] et qui risquent de vivre un abandon » (CIUSSS de la Capitale-Nationale, s.d.). Le programme « s'adresse aux personnes qui aimeraient héberger, d'abord à titre de famille d'accueil, un enfant qui pourrait devenir admissible à l'adoption » (CIUSSS de la Capitale-Nationale, s.d.). Ce processus peut toutefois comporter des délais considérables. Au terme du placement, il est aussi possible que l'enfant retourne dans sa famille d'origine (Châteauneuf, Pagé et Decaluwe, 2021).

Le fait de connaître des personnes ayant eu recours à la GPA ou d'entendre des récits à ce sujet dans les médias peut aussi avoir encouragé des parents d'intentions à opter pour cette voie d'accès à la parentalité, comme évoqué par Côté et Sallafranque St-Louis (2018) et Fantus (2017).

4.4 Les conceptions de la maternité

La GPA et le don d'ovules soulèvent, dans plusieurs écrits, un questionnement sur la manière de concevoir la maternité ou « ce qui fait » une mère⁷⁸ (Lavoie, 2019, p. 172). En plus de l'exercice des responsabilités parentales au quotidien, trois dimensions sont habituellement au cœur de ces réflexions, soit l'intention (ou le désir de devenir parent), la génétique et la grossesse (Kashmeri, 2008; Lavoie, 2019). D'après les travaux menés sur le sujet, la primauté est accordée à l'une ou l'autre de ces dimensions, selon la posture de la personne qui se prononce.

- La majorité des femmes porteuses ayant pris part à l'étude de Lavoie (2019) insistent sur l'importance du lien génétique, alors que la plupart des donneuses d'ovules interrogées accordent la primauté à la grossesse. Dans cet esprit, des femmes porteuses déclarent qu'elles n'auraient pas pu réaliser un don d'ovules, alors que des donneuses d'ovules se disent incapables de porter un enfant pour autrui (Lavoie, 2019).
- Les femmes porteuses interrogées par Lavoie (2019) qui ont eu un enfant pour autrui grâce à leurs propres gamètes estiment généralement que c'est essentiellement l'intention ou, autrement dit, le projet parental qui « fait » la mère. Cette posture « interpell[e], voire dérang[e] », selon Lavoie (2019, p. 172), puisque la GPA génétique suscite des réticences chez plusieurs personnes qui gravitent dans l'univers des GPA, qu'il s'agisse de femmes porteuses, de donneuses d'ovules, de parents d'intention ou d'avocates et avocats (Carsley, 2020; Kashmeri, 2008; Lavoie, 2019).
- Des mères d'intention qui ont eu recours à la GPA accordent une importance à leur contribution génétique, le cas échéant, de même qu'à leur intention de devenir mère (Lavoie, 2019).

78. Est aussi parfois abordé dans le corpus le concept de la paternité ou « ce qui fait un père ». Par exemple, Fantus (2017) et Kashmeri (2008) montrent que le lien génétique avec l'enfant occupe une place importante chez certains pères qui ont eu recours à une femme porteuse, mais que la conception de la paternité ne repose pas uniquement sur celui-ci, ce qui réduirait la valeur de l'autre père avec qui ils sont en couple, le cas échéant (Kashmeri, 2008).

Ainsi, résume Lavoie (2019, p. 168), « le discours des femmes s'adapte et se modifie selon le scénario procréatif et la configuration des composantes de la maternité en présence ». Des spécialistes relèvent néanmoins que les discours des femmes sur la maternité peuvent être empreints d'ambivalences, voire de contradictions (Kashmeri, 2008; Lavoie, 2019). Une femme porteuse interrogée par Lavoie (2019) explique, par exemple, qu'elle ne voit pas l'enfant qu'elle a porté comme sa fille, tout en la considérant comme la sœur de sa propre fille, un statut qui est entériné par les deux pères d'intention.

Par ailleurs, la manière de concevoir la maternité varie d'une GPA à l'autre. À partir d'une analyse de récits de mères d'intention, de femmes porteuses et de donneuses d'ovules, Lavoie (2019, p. 279) propose une typologie de trois conceptions de ce qu'il appelle les « maternités assistées », selon le nombre de mères reconnues dans le projet et le statut accordé à chacune.

- Maternité exclusive : seule la mère d'intention est désignée comme une mère. Les femmes porteuses et les donneuses d'ovules « [mettent] à distance la maternité par leur façon de se définir, notamment » (Lavoie, 2019, p. 284).
- Maternités séquentielles : plusieurs femmes peuvent être désignées comme des mères, mais à des moments différents. Par exemple, une femme porteuse peut être considérée comme une mère pendant la grossesse, mais ne plus l'être après la naissance. La donneuse d'ovules fait aussi partie des personnes qui peuvent s'attribuer le titre de « mère ». Selon cette conception, la maternité est donc plurielle, mais selon une logique de séquence temporelle.
- Maternité honoraire : la femme porteuse est considérée comme une mère, même après la venue au monde de l'enfant, et ce, même si elle n'assume pas de responsabilités au quotidien. Dans l'étude de Lavoie (2019), ce modèle a été observé seulement dans les cas où les parents d'intention étaient des hommes. Selon le chercheur, « l'absence d'une mère d'intention semble laisser une place vacante susceptible d'être investie par la femme porteuse, selon le souhait et l'impulsion des pères » (Lavoie, 2019, p. 286).

Lavoie (2019) constate que les personnes qui prennent part à un projet commun de GPA n'ont pas toujours la même conception de la maternité, ce qui ne pose pas forcément de problème, « du moment que les attentes quant au rôle joué par la tierce [reproductive] dans la dynamique familiale convergent vers une compréhension commune » (Lavoie, 2019, p. 288).

Enfin, certains travaux explorent le rapport que les femmes porteuses entretiennent avec les enfants auxquels elles donnent naissance. Des participantes disent éprouver pendant la grossesse un attachement envers l'enfant à naître, mais elles décrivent ce sentiment comme étant différent de celui ressenti lors de leurs précédentes grossesses. De fait, elles expriment une préoccupation pour le bien-être du fœtus, mais celui-ci n'est pas considéré comme leur enfant (Fisher, 2011; Lavoie, 2019). Après la naissance, plusieurs femmes porteuses interrogées affirment avoir le sentiment de remettre l'enfant à ses parents, corroborant ainsi l'idée selon laquelle elles ne se considèrent pas comme la mère de celui-ci (Lavoie, 2019; Yee, Hemalal et Librach, 2020). Il reste que, dans quelques cas rapportés dans le corpus⁷⁹, la femme porteuse change de perspective en cours de grossesse ou après la naissance et en vient à la conclusion qu'il lui est impossible de renoncer à sa filiation avec l'enfant.

79. Il en sera plus amplement question à la section 4.9.3.

4.5 L'appréciation générale de l'expérience

Dans l'enquête de Yee, Goodman et Librach (2019) s'intéressant à 287 projets de GPA (complétés ou en cours) du point de vue des femmes porteuses, un « très » ou « assez » haut niveau de satisfaction vis-à-vis l'expérience a été exprimé dans respectivement 60 % et 30 % des cas. Le niveau de satisfaction était toutefois « neutre » dans 9 % des cas ou « assez bas » dans 3 % des cas. L'expérience a dépassé les attentes dans 60 % des cas, alors qu'elle s'est avérée plus négative qu'attendu pour 20 % des cas (Yee, Goodman et Librach, 2019)⁸⁰.

Des analyses statistiques ont été effectuées pour cerner les facteurs qui influencent le niveau de satisfaction des femmes porteuses. Tout compte fait, deux facteurs se sont révélés significatifs :

- Le lieu de résidence des parents d'intention : les femmes ayant porté un enfant pour des parents d'intention canadiens étaient plus susceptibles de se déclarer satisfaites de leur expérience que celles jumelées à des parents d'intention étrangers;
- Le statut relatif à la grossesse : les femmes dont l'expérience ne s'est pas soldée par une grossesse viable étaient moins susceptibles de se dire satisfaites (67 %) que celles dont le projet de GPA était en cours (88 %) ou s'était conclu par une grossesse ou une naissance (90 %).

En revanche, le fait de connaître préalablement les parents d'intention, de même que le statut conjugal ou l'orientation sexuelle des parents d'intention n'avaient aucune incidence significative sur le niveau de satisfaction des femmes porteuses (Yee, Goodman et Librach, 2019).

Par ailleurs, en s'appuyant sur une recension des écrits et des entretiens auprès de 6 femmes porteuses et de 15 parents d'intention, Fantus (2017) affirme que la qualité de la relation entre les personnes prenant part à un projet de GPA semble souvent être un bon prédicteur de la satisfaction des femmes porteuses à l'égard de l'expérience de manière générale, un constat aussi rapporté par Côté et Sallafranque St- Louis (2018).

En plus de ces témoignages recueillis dans le cadre des études repérées, des expériences, positives et négatives, sont rapportées dans les médias traditionnels ou dans des publications sur des réseaux sociaux (Archambault, 2012; Blackwell, 2010; Michaud, 2020; Parenteau, 2022; Vukets, 2011). Une spécialiste sur la scène internationale soutient que des récits nuancés commencent à émerger dans l'espace public, de manière à mieux rendre compte de la complexité de ces vécus (voir l'encadré ci-contre).

« Surrogacy today is being shaped by social media into a single story, because it is the one story of the “perfect journey” which is being told in response to the one-sided narrative of “surrogacy as victimization”. This virtual war of seamless narratives seems to silence the complexity of how surrogacy actually is experienced, and little by little there are some surrogates who are writing op-eds and going on television and trying to change this single story by talking about the complexity of their experiences » (Teman, 2018, cité dans Lavoie, 2019, p. 18).

80. L'expérience est conforme aux attentes dans le reste des cas (20 %).

4.6 Les relations entre les femmes porteuses, les parents d'intention et les donneuses d'ovules

Grâce à leur enquête, Yee, Hemalal et Librach (2020) distinguent trois types de relation entre les femmes porteuses et les parents d'intention pendant la grossesse ou après la naissance : des relations harmonieuses, neutres ou conflictuelles.

- La relation est qualifiée d'harmonieuse quand elle repose sur une forte connexion émotionnelle, la confiance et le respect mutuel. Ainsi, certaines femmes porteuses en viennent à considérer les parents d'intention comme des amis ou comme des membres de leur famille élargie.
- Elle est qualifiée de neutre quand la venue au monde de l'enfant met fin aux communications, bien que les parties se quittent en bons termes. La création de liens profonds n'était pas l'objectif des femmes porteuses, lesquelles envisageaient la GPA comme un projet ayant une finalité précise. Elles ont donc cherché des parents d'intention qui partageaient une vision similaire.
- Des relations conflictuelles sont aussi rapportées. L'équipe de recherche précise que les relations entre les femmes porteuses et les parents d'intention sont presque toujours de bonne qualité au départ, mais qu'une dégradation peut s'observer en cours de route. Les participantes rapportent alors un manque de respect, une mauvaise communication ou des désaccords. Certaines femmes porteuses interrogées considèrent que les parents d'intention ont été invasifs ou excessifs (« overbearing », p. e261), certains d'entre eux allant même jusqu'à rejeter la faute sur elles pour des complications survenues durant la grossesse ou à la naissance. Le sentiment d'avoir été utilisée par les parents d'intention est aussi mentionné.

Dans un autre volet de la même enquête et portant sur 287 projets de GPA complétés ou en cours, la quasi-totalité des femmes porteuses interrogées dit avoir ressenti une connexion émotionnelle avec les parents d'intention durant le processus de GPA, selon des degrés variables. Ainsi, les participantes ont indiqué se sentir très « connectées » aux parents d'intention dans 36 % des projets, assez « connectées » dans 36 % des cas, quelque peu « connectées » dans 21 % des cas et un peu « connectées » dans 6 % des cas (Yee, Goodman et Librach, 2019).

La fréquence des échanges et des rencontres entre la femme porteuse et les parents d'intention après la naissance de l'enfant varie d'un projet à l'autre. Dans l'enquête de Yee et Librach (2019) menée auprès de 90 femmes porteuses canadiennes ayant donné naissance à 157 enfants, la femme porteuse a des échanges fréquents dans 62 % des cas, soit chaque semaine (38 %) ou chaque mois (24 %). Pour les autres, les échanges ont lieu de temps en temps (19 %) ou sont rares ou inexistants (19 %). Une analyse statistique des données révèle que les femmes ayant réalisé le projet avec des hommes seuls ou des couples d'hommes étaient significativement plus susceptibles d'avoir des échanges fréquents avec eux après la naissance, comparativement à celles jumelées à des couples hétérosexuels ou des femmes seules (soit 77 % vs 54 %) (Yee et Librach, 2019). Les trois quarts des femmes porteuses interrogées sur la fréquence des échanges avec les parents après la naissance ont jugé que ceux-ci étaient suffisants, alors que le quart souhaiterait en avoir davantage. Aucune participante n'a indiqué avoir trop d'échanges avec les parents d'intention (Yee et Librach, 2019).

Dans certains cas, une relation se développe uniquement entre la femme porteuse et les parents d'intention. Dans d'autres, la famille entière de la femme porteuse tisse des liens, parfois très étroits, avec ceux-ci (Kashmeri, 2008; Lavoie, 2019). De tels liens peuvent aussi se créer entre la femme porteuse et des membres de la famille élargie des parents d'intention (voir l'encadré ci-contre). Pour plusieurs femmes porteuses interrogées, la façon de désigner les relations entre les deux familles soulève un questionnement. Par exemple, comment désigner les liens qui unissent les enfants de la femme porteuse et ceux des parents d'intention ou le lien entre la femme porteuse et l'enfant auquel elle a donné naissance? Certaines déplorent un manque de vocabulaire pour nommer ces nouvelles réalités (Lavoie, 2019).

« Pour le grand-papa [...], je suis comme sa bru. Pour lui, on est tellement proches et soudés [...], que ce n'est plus une question de mère porteuse. Il m'appelle toutes les semaines. C'est comme si j'avais un papa tout d'un coup qui s'inquiète pour moi. Je pense que je suis rentrée dans la famille. Je ne pensais pas que c'était pour être aussi intense » (femme porteuse citée dans Lavoie, 2019, p. 297).

Par ailleurs, très peu d'informations sont disponibles sur les expériences des donneuses d'ovules ayant fait un don dirigé en vue d'une GPA. Dans l'étude de Lavoie (2019), les trois donneuses ayant pris part à un tel projet ont indiqué avoir une relation avec les parents d'intention, mais pas avec la femme porteuse. Le chercheur soutient qu'il « ne s'agit donc pas d'une relation nouée à quatre, mais de deux relations triadiques interdépendantes qui se chevauchent, et pour lesquelles le couple [...] est le pivot » (Lavoie, 2019, p. 268).

4.7 Les réactions de l'entourage

Porter un enfant pour autrui peut entraîner des répercussions sur l'ensemble de la famille de la femme porteuse. D'après l'enquête de Yee, Goodman et Librach (2019), une minorité des 184 femmes porteuses canadiennes interrogées ont rapporté des conséquences négatives :

- si 38 % des participantes ont déclaré que l'expérience de GPA avait eu un effet positif sur leur dynamique familiale, 26 % ont rapporté un effet négatif, et 36 % n'ont rapporté aucun changement;
- la majorité des 176 participantes dont les enfants étaient en âge de comprendre le concept de GPA ont indiqué que ceux-ci ont réagi positivement, en se montrant très heureux (47 %) ou heureux (34 %) de l'expérience, alors que des réactions partagées (9 %), neutres (9 %) ou négatives (1 %) ont été rapportées par une minorité.

En revanche, plus des deux tiers des femmes porteuses interrogées ont indiqué avoir reçu des commentaires négatifs de leur entourage au sujet de leur GPA, soit quelques fois (42 %), parfois (21 %), assez souvent (7 %) ou très souvent (1 %); seulement le tiers ont affirmé n'avoir jamais reçu de tels commentaires (Yee, Goodman et Librach, 2019).

Les études qualitatives de Fisher (2011), Kashmeri (2008) et Lavoie (2019) mettent en lumière les effets potentiels de la GPA sur l'entourage d'une femme porteuse.

- Durant la grossesse, une femme porteuse peut être trop fatiguée pour accomplir ses activités du quotidien, notamment occuper son emploi et s'acquitter des tâches familiales. Certaines d'entre elles sont parfois confinées au lit pour une certaine période, sous recommandation médicale. De telles situations peuvent augmenter la charge de son ou sa partenaire. La fréquence des relations sexuelles peut aussi se voir réduite, soit pour respecter le protocole de FIV, soit en raison d'une trop grande fatigue (Fisher, 2011; Kashmeri, 2008; Lavoie, 2019).

- Des membres de la famille ou de l'entourage de la femme porteuse peuvent percevoir le projet différemment d'elle (Fantus, 2017; Fisher, 2011; Lavoie, 2019). Par exemple, la mère d'une participante à l'étude de Lavoie (2019) a exprimé des réticences à l'idée que sa fille remette éventuellement l'enfant aux parents d'intention. Des conjoints n'ont pas soutenu le projet de leur partenaire, ce qui a mené à une séparation dans un cas rapporté (Lavoie, 2019). Des amis ou amies de la femme porteuse peuvent aussi percevoir le projet négativement (Lavoie, 2019).
- Inversement, l'entourage de la femme porteuse peut se montrer favorable à son projet de GPA, voire s'y investir activement; par exemple, en se portant volontaire pour injecter les hormones nécessaires au succès de la FIV (Lavoie, 2019).

4.8 L'expérience dans les agences et les établissements de santé

Trois études s'attardent aux avantages et inconvénients liés au fait de recourir à une agence de GPA, du point de vue des femmes porteuses, des parents d'intention ou des avocates ou avocats (Carsley, 2020; Fantus, 2020; Lavoie, 2019). Au nombre des avantages, certaines femmes porteuses et certains parents d'intention perçoivent positivement le fait que les agences permettent :

- un jumelage avec une femme porteuse pour les parents d'intention qui n'en connaissent pas;
- l'accès à une information détaillée quant aux diverses étapes d'une GPA, ce qui contribue à moduler les attentes des personnes concernées et à assurer une meilleure préparation;
- la prise en charge de certaines activités, comme la gestion des remboursements aux femmes porteuses;
- les échanges entre des femmes porteuses, par exemple lors d'activités (ex. : retraite pour femmes porteuses);
- l'accès à du soutien pour comprendre les lois et mieux s'y conformer.

Quant aux points négatifs, certains parents d'intention affirment avoir subi une pression de la part de leur agence afin de faire appel à une femme porteuse ou à une avocate ou un avocat en particulier. La légalité des activités de ces organisations suscite aussi des préoccupations chez les parents d'intention (Fantus, 2020). Pour leur part, certaines femmes porteuses disent éviter les agences par peur de perdre le contrôle sur l'ensemble des étapes entourant le projet, une crainte qui est parfois basée sur une expérience antérieure (Lavoie, 2019).

Par ailleurs, plusieurs professionnelles et professionnels de la santé peuvent devoir intervenir dans un projet de GPA, que ce soit au moment des traitements de procréation assistée, lors des suivis de grossesse, pendant ou après l'accouchement. Il ressort du corpus que les expériences de GPA dans les établissements de santé ne sont pas toutes les mêmes. D'abord, ce n'est pas tout le monde qui conçoit positivement les GPA, ce qui peut teinter les réactions. Ainsi, 38 % des 184 femmes porteuses canadiennes participantes à l'enquête de Yee, Goodman et Librach (2019) ont indiqué avoir reçu des commentaires négatifs à propos de leur GPA de la part de membres du personnel de la santé quelques fois (25 %), parfois (7 %), assez souvent (4 %) ou très souvent (2 %).

La place accordée au point de vue de chaque personne prenant part à un projet de GPA semble varier selon les contextes.

- Certains des 15 pères d'intention interrogés par Fantus (2020) ont affirmé que le personnel des cliniques de procréation assistée focalisait davantage leur attention sur les besoins des femmes porteuses, alors que certaines des 6 femmes porteuses interrogées ont rapporté l'inverse.
- L'importance accordée à la préférence de la femme porteuse dans le choix du traitement à préconiser pourrait varier d'un médecin à l'autre, selon un témoignage d'une femme dans l'étude de Lavoie (2019) (voir l'encadré ci-contre).

« J'ai dit au médecin : "La première fois, je l'ai fait naturel. Est-ce qu'on peut réessayer comme ça?". Il a dit : "Non, on ne fait pas de cycle naturel ici. Il y a trop de risques de *fail* [d'échec], les taux de réussite ne sont pas assez élevés. Ça va être les injections, et c'est tout" » (femme porteuse citée dans Lavoie, 2019, p. 195).

L'absence de prise en compte de la GPA par les professionnelles et les professionnels de la santé peut susciter des insatisfactions (Fisher, 2011; Lavoie, 2019). Par exemple, l'autorisation d'une seule personne accompagnatrice lors des suivis de grossesse ou des échographies peut créer un sentiment d'exclusion chez certains parents d'intention (Lavoie, 2019). Dans une perspective semblable, les personnes ayant pris part à l'étude de Fantus (2020) ont déploré le traitement accordé à la femme porteuse, celle-ci étant alors considérée comme la véritable mère⁸¹, et aux parents d'intention alors considérés comme des visiteurs (ex. : absence de lit ou de chambre leur étant destinés). Le manque de connaissance de certains membres du personnel au sujet de la GPA (notamment sur les formalités à remplir) a aussi été signalé de même que l'absence de prise en compte des réalités auxquelles sont confrontés les parents de même sexe (Fantus, 2021a). Le corpus recensé met en lumière deux variables susceptibles d'influencer la qualité de l'expérience dans les établissements de santé. D'une part, les tests statistiques effectués par Yee et Librach (2019) révèlent que parmi les 90 femmes ayant donné naissance à un enfant pour autrui, celles qui avaient fait appel à une agence de GPA ont vécu une meilleure expérience lors de leur admission à l'hôpital que les autres. D'autre part, le jumelage avec des parents d'intention canadiens pourrait faciliter certains aspects de l'expérience pour les femmes porteuses : les femmes porteuses interrogées dans l'enquête de Yee et Librach (2019, p. 630) qui portaient un enfant pour des étrangers ont rapporté une moins bonne expérience à l'hôpital pour ce qui est des soins après l'accouchement, des procédures pour le départ (« discharge ») et de la documentation à remplir (« paperwork »), comparativement à celles jumelées à des parents d'intention canadiens.

81. Qui s'est notamment traduit par l'attribution du nom de la femme porteuse au bébé lors du séjour à l'hôpital, l'obligation pour la femme porteuse de s'occuper de la procédure de départ de l'hôpital avec l'enfant ou l'assimilation de la GPA à une adoption dans le vocabulaire employé par le personnel de l'hôpital.

4.9 Des situations difficiles

Le corpus met en évidence le fait que certaines difficultés peuvent être vécues par les femmes porteuses ou par les parents d'intention lors de l'accouchement ou de la période postnatale (section 4.9.1). D'autres difficultés peuvent survenir si le projet ne se concrétise pas (section 4.9.2) ou si l'entente n'est pas respectée ou que survient un conflit (section 4.9.3). Certains parents d'intention disent aussi éprouver des difficultés à se faire reconnaître comme parents (section 4.9.4).

4.9.1 Quand vient le moment de remettre l'enfant aux parents d'intention

Dans les travaux analysés, le moment de l'accouchement et de la remise de l'enfant aux parents d'intention n'est généralement pas vécu comme une épreuve. Au contraire, cette étape est en fait souvent évoquée comme un moment positif, riche en émotions, marquant le point culminant de la GPA ou l'aboutissement du projet (Fisher, 2011; Lavoie, 2019; Yee, Hemalal et Librach, 2020). Ainsi, dans l'étude de Yee et Librach (2019, p. 630) menée auprès de 90 femmes ayant donné naissance à 157 bébés (dont 26 paires de jumeaux ou de jumelles), presque toutes ont déclaré n'avoir vécu aucune (91 %) ou très peu (6 %) de difficultés (« struggle ») au moment de remettre l'enfant aux parents d'intention. Seulement quatre ont déclaré en avoir vécu beaucoup, sans toutefois que des précisions sur ces situations soient fournies.

Certaines femmes porteuses tendent à adopter des comportements qui se veulent rassurants pour les parents d'intention. Une participante de l'étude de Lavoie (2019) admet, par exemple, ne pas avoir cajolé le bébé autant qu'elle l'aurait souhaité au moment de la naissance, pour ne pas les inquiéter quant à sa volonté de renoncer à son lien de filiation envers lui. Une autre s'est retenue d'allaiter le bébé alors que les parents d'intention étaient en visite et qu'ils n'arrivaient pas à le nourrir. D'autres femmes racontent avoir apprécié les moments passés en tête à tête avec le bébé ou le fait qu'elles aient pu l'allaiter, avec l'aval des parents d'intention (Fisher, 2011; Lavoie, 2019).

Dans l'étude de Lavoie (2019, p. 244), les participantes rapportent en outre que la période postnatale peut se révéler d'une grande intensité, évoquant les « montagnes russes émotionnelles » du postpartum causées par les variations hormonales. C'est dans cette perspective que les femmes porteuses interrogées jugent préférable d'avoir vécu une grossesse antérieure, une exigence qui est d'ailleurs généralement requise par les agences de GPA et les cliniques de procréation assistée (Coalition des familles LGBTQ+, 2021; Lavoie, 2019).

Enfin, certains récits font état d'un sentiment de tristesse chez les femmes porteuses une fois que le projet est terminé. En effet, certaines participantes rapportent avoir aimé l'intensité de leurs rapports avec les parents d'intention durant la grossesse, une proximité qui leur manque une fois l'enfant né (Fisher, 2011; Lavoie, 2019). Selon Fisher (2011), les participantes ayant exprimé de tels sentiments insistent sur le fait que c'est la perte de leur lien avec les parents d'intention qui les chagrine, et non le fait de ne pas voir l'enfant⁸². Certaines disent avoir dû s'adapter à un changement dans leur identité (« shift in identity ») une fois que le projet a pris fin (Fisher, 2011, p. 114).

82. Fisher, qui a elle-même porté un enfant pour autrui, souligne que ce type d'affirmation correspond au discours de « la bonne » femme porteuse (« the good surrogate »), c'est-à-dire celui qui est véhiculé dans l'univers des GPA, par exemple sur les forums en ligne (Fisher, 2011; Fisher et Hoskins, 2013).

4.9.2 Quand le projet échoue

Lorsqu'elles vivent une fausse couche, des femmes porteuses interrogées affirment éprouver un sentiment de perte qui ne se compare pas à celui des autres femmes enceintes dans la même situation, en raison de la complexité de leurs sentiments : elles tentent depuis le début de la grossesse de maintenir une distance émotionnelle avec le fœtus tout en se souciant de son devenir et en étant préoccupées des effets de la situation sur les parents d'intention (Fisher, 2011; Lavoie, 2019). Certains de ceux-ci peuvent par ailleurs ne pas comprendre la complexité et l'intensité des émotions ressenties par les femmes porteuses dans ce contexte, par exemple le sentiment d'échec, voire de culpabilité (voir l'encadré ci-contre).

« La maman m'a quasiment reproché de vivre un deuil. Elle a dit : "Aurais-tu été capable de nous le donner?". J'ai lui dit : "C'est tellement pas ça! Pour toi, c'est la perte de ton bébé. Mais pour moi, ce n'est pas juste ça. C'est le deuil de la grossesse. C'était le plus beau qui s'en venait : le sentir bouger, avoir la bedaine plus grosse... c'est tout ça. C'est le deuil de ne pas pouvoir vous le remettre. C'est de voir votre peine, aussi. Je mets tout ça ensemble, puis... ça fait un gros deuil" [long silence, pleurs]. Pour moi, c'est le deuil du processus qui ne va pas jusqu'au bout » (femme porteuse citée dans Lavoie, 2019, p. 231).

4.9.3 Quand l'une des parties ne respecte pas l'entente ou survient un conflit

L'une des principales préoccupations à l'égard des ententes conclues en contexte de GPA concerne la possibilité que la femme porteuse ou les parents d'intention n'en respectent pas les termes et renoncent à leur engagement en cours de route. L'incertitude face à l'issue du projet fait d'ailleurs partie des difficultés rapportées par des parents d'intention (Fantus, 2021b; Lavoie, 2019) (voir l'encadré ci-contre).

« La plus grosse crainte à nous, les mères [d'intention] : "Est-ce qu'elle va changer d'idée? Est-ce qu'elle va faire attention à notre bébé pendant qu'elle va être enceinte?". On en revient toujours à la relation de confiance. Même si tu penses connaître une personne, dans son quotidien, tu n'es pas là pour la surveiller. Et à la naissance, c'est elle la mère, pas moi » (mère d'intention citée dans Lavoie, 2019, p. 220).

Les travaux réalisés jusqu'à présent dans l'ensemble du Canada suggèrent que les situations où la femme porteuse ou les parents d'intention refusent de donner suite à l'entente se produisent rarement. Certaines sont néanmoins rapportées et mettent en lumière les conflits de diverses natures qui peuvent survenir. La chercheuse Stefanie Carsley (2020, 2022) a interrogé à ce sujet 26 avocates et avocats canadiens ayant représenté un nombre élevé de femmes porteuses ou de parents d'intention au cours de leur carrière, dont les suivants :

- Quelques cas, tous survenus en Ontario, où la femme porteuse a souhaité demeurer la mère légale de l'enfant après sa naissance.
- Quelques cas où les parents d'intention ont refusé d'assumer leurs responsabilités parentales en cours de route, en raison d'une grossesse qui survient simultanément chez la mère d'intention, de la séparation du couple ou du refus d'avoir un enfant présentant la trisomie 21.
- Plusieurs cas où les femmes porteuses ont considéré la possibilité de ne pas consentir au transfert des droits parentaux, sans toutefois manifester le désir de jouer un rôle parental auprès de l'enfant. Pareille situation est survenue à la suite de désaccords portant, entre autres choses, sur les dépenses à rembourser par les parents d'intention, la fréquence des échanges et des rencontres avec l'enfant ou la prise de décisions médicales concernant le bébé naissant. Dans tous les cas rapportés, les parents d'intention ont finalement été reconnus comme les seuls parents légaux.

Selon les expériences rapportées par les avocates et les avocats interrogés par Carsley, les dépenses à rembourser (voir l'encadré ci-contre) ainsi que la fréquence ou la nature des communications entre les deux parties seraient au cœur de la majorité des conflits qui surviennent, bien que ceux-ci ne menacent pas forcément la concrétisation du projet. D'ailleurs, plusieurs désaccords rapportés ne se sont pas rendus devant les tribunaux, une solution ayant été trouvée à la suite d'une médiation ou à la suite d'une discussion entre les parties, parfois avec le soutien de juristes ou d'autres intermédiaires (ex. : personnel d'une agence).

Carsley (2020, 2022) relève qu'il arrive que des parents d'intention refusent de payer les dépenses initialement prévues au contrat. Dans certains cas, ce sont plutôt les femmes porteuses qui demandent des sommes qui excèdent ce qui était convenu au départ.

Pour sa part, Lavoie (2019) rapporte deux cas où les droits parentaux n'ont pas été transférés aux parents d'intention, soit un cas où une femme porteuse a décidé de conserver sa filiation maternelle pour s'assurer de maintenir des liens avec l'enfant (voir l'encadré ci-contre), mais où l'enfant a tout de même été remis aux parents d'intention, et un cas où des parents d'intention étrangers ne se sont pas présentés à l'hôpital pour récupérer l'enfant⁸³.

« Je ne fais pas ça parce que je ne veux pas leur donner. Je fais ça parce que c'est ma seule façon d'être sûre de la revoir, d'avoir mes visites auxquelles je tiens vraiment, de ne pas être rayée de sa vie. Je ne veux pas prendre le risque de la faire adopter et qu'après cela, je ne la verrai plus jamais et je ne pourrai plus rien faire » (femme porteuse citée dans Lavoie, 2019, p. 247).

Lavoie (2019) rapporte également qu'une femme porteuse enceinte de deux fœtus a émis le souhait que soit pratiquée une réduction embryonnaire, alors que les parents d'intention et un médecin s'y sont fortement opposés. Si l'issue de la situation n'est pas précisée dans l'étude, Lavoie met en évidence le fait que les personnes ayant pris part au projet de GPA ignoraient que les ententes de GPA étaient considérées comme nulles au Québec, ce qui a finalement été clarifié par un avocat. La femme porteuse concernée insiste par ailleurs sur la pertinence de sensibiliser la population sur le fait que des conflits peuvent survenir et de soutenir les personnes qui vivent des difficultés (voir l'encadré ci-contre).

« Je veux que les gens sachent d'entrée de jeu que ça peut arriver. Pas juste se dire que tout est beau. Non, ça peut virer en guerre avec les parents d'intention. Mais je ne veux pas que ça mette des bâtons dans les roues pour les belles histoires. Je veux par contre que les gens soient au courant. Et je veux que ceux qui vivent des moins beaux côtés puissent en parler et obtenir de l'aide » (femme porteuse citée dans Lavoie, 2019, p. 215).

4.9.4 Quand vient le moment de se faire reconnaître comme parent

Les parents d'intention peuvent avoir du mal à se faire reconnaître comme les parents de l'enfant à naître ou nouvellement né. Pendant la grossesse, l'absence de prise en compte de la réalité de la GPA par l'employeur peut constituer un irritant. Une mère d'intention interrogée par Lavoie (2019) déplore, par exemple, ne pas avoir accès à des congés pour les visites médicales de grossesse. En outre, différents travaux suggèrent que les démarches à compléter après la naissance d'un enfant né d'une GPA représentent un défi, et ce, tant pour les femmes porteuses que pour les parents d'intention (Côté et Sauvé, 2016; Lavoie, 2019). Une étude réalisée en 2012-2013⁸⁴ auprès de 17 hommes québécois ayant eu recours à une femme porteuse, hors Québec pour la plupart, révèle que certains d'entre eux ont vécu des difficultés à obtenir un jugement d'adoption, un acte de naissance québécois ou des prestations du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) (Côté et Sauvé, 2016) du fait qu'ils :

83. Cas qui a éveillé chez la police des soupçons de trafic d'enfant.

84. Soit avant les deux décisions rendues par la Cour d'appel du Québec (en 2014 et en 2016), de sorte qu'il se peut que la situation ait changé depuis, étant entendu que ces jugements ont conduit à une plus grande reconnaissance des GPA au Québec.

- ont dû passer un test d'ADN pour obtenir des prestations de paternité du RQAP;
- ont obtenu des directives erronées de la part du personnel de l'État québécois quant à la manière de remplir la déclaration de naissance, ce qui aurait complexifié l'établissement de la filiation de l'enfant;
- ont reçu des commentaires de la part de fonctionnaires sur le caractère illégal ou illicite de la GPA au Québec, parfois perçus comme une remise en cause de la légitimité de leur famille.

Comme les femmes porteuses, les parents d'intention reçoivent parfois des commentaires négatifs lorsque des personnes qui leur sont inconnues apprennent la manière dont a été conçu leur enfant (Fantus, 2017), ce qui peut être vécu difficilement⁸⁵.

85. Une étude menée en Italie à propos des répercussions de ces « microagressions » sur les parents qui ont eu recours à une femme porteuse a été récemment publiée (Carone *et al.*, 2021, p. 476).

5 SANTÉ PHYSIQUE ET BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES CONCERNÉES

La présente section rend compte des risques associés à la procréation assistée pour la santé physique des femmes et des enfants (section 5.1) ainsi que des données disponibles sur le bien-être psychologique à long terme des personnes concernées par un projet de GPA (section 5.2). Elle s'appuie sur les quelques travaux repérés à ce sujet au Canada, de même que sur certains réalisés récemment ailleurs en Occident.

5.1 Les risques pour la santé physique des femmes et des enfants

Les lignes qui suivent se penchent sur les risques associés à la procréation assistée, principalement à la FIV et au don d'ovules, que ce soit lors du prélèvement des ovules (section 5.1.1), durant la grossesse et l'accouchement (section 5.1.2) ou à long terme (section 5.1.3). Elle s'intéresse également à l'information transmise à cet égard aux femmes porteuses et aux donneuses d'ovules (section 5.1.4).

5.1.1 Risques liés au prélèvement d'ovules

Comme évoqué à la section 3, la FIV nécessite un prélèvement d'ovules, généralement précédé d'une stimulation hormonale. Les risques de cette procédure pour la femme concernée, en l'occurrence la mère d'intention ou une donneuse d'ovules, sont bien documentés. Parmi ceux-ci, le syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) est le plus fréquent (voir l'encadré ci-contre). Des saignements pouvant aller jusqu'à l'hémorragie et une infection figurent parmi les complications graves, mais rares (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2020). La prise d'hormones peut aussi entraîner différents effets secondaires : nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, fatigue, céphalées, kystes ovariens, changements d'humeur, sensibilité aux seins ou des sécrétions vaginales plus abondantes (Centre de fertilité de Montréal, s.d.b; Nguyen, 2017).

Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) surviendrait dans environ 1 % des cas de prélèvements d'ovules (Centre de la reproduction, CUSM, 2017). Il se manifeste lorsque « l'organisme réagit fortement aux traitements stimulant l'ovulation plus particulièrement chez les femmes ayant plusieurs follicules » (CHU Sainte Justine, 2013, p. 1). Les ovaires deviennent « gros et douloureux » et les vaisseaux sanguins, « perméables, laissant le liquide s'échapper dans la cavité abdominale » (CHU Sainte Justine, 2013, p. 1). Les symptômes du SHO peuvent être légers, modérés ou sévères, pouvant entraîner une hospitalisation, voire un décès (Wang *et al.*, 2021).

5.1.2 Risques durant la grossesse et l'accouchement

Lors d'une GPA, c'est la femme porteuse qui reçoit le ou les embryons créés en laboratoire et s'expose ainsi aux risques associés à la FIV pendant la grossesse et l'accouchement. Comparativement à la fécondation naturelle, la FIV entraîne plus souvent des grossesses multiples (Canadian Fertility & Andrology Society, 2013; Rebar, 2020), lesquelles sont associées à différents risques pour la femme et les bébés à naître (voir le tableau 6). Le nombre d'embryons transférés est déterminant à cet égard, puisque le transfert de plus d'un embryon augmente la probabilité de développer une grossesse multiple⁸⁶ (Agence de la santé publique du Canada, 2013b; Attawet *et al.*, 2022). Au Québec, la LQPA stipule qu'un seul embryon doit être transféré, tout en autorisant le transfert de deux embryons dans certains cas⁸⁷. Le transfert d'un seul embryon (TSE) est aussi généralement recommandé par la Société

86. Une grossesse multiple peut néanmoins survenir aussi après qu'un seul embryon ait été transféré, par exemple si celui-ci se divise ou si une grossesse spontanée survient au même moment (Takehara *et al.*, 2014).

87. Selon la LQPA (art 10.3), dans « le cadre d'une activité de fécondation *in vitro*, un seul embryon peut être transféré chez une femme. Toutefois, le médecin peut, s'il agit conformément aux lignes directrices prévues à l'article 10, transférer deux embryons chez une femme ».

canadienne de fertilité et d'andrologie et la Société des obstétriciens gynécologues du Canada (Canadian Fertility & Andrology Society, 2013; Min, Hughes et Young, 2010). Dans les faits, le taux de grossesses multiples associé aux traitements de procréation assistée a diminué au cours des dernières années, et ce, de façon plus marquée au Québec que dans l'ensemble du Canada⁸⁸. Cela étant, l'analyse de White (2018a) montre que la ligne directrice relative au TSE a été respectée dans seulement 48 % des GPA avec FIV qui ont eu lieu dans l'ensemble du Canada de 2010 à 2014, et que les femmes porteuses étaient plus susceptibles que les autres femmes qui entreprennent des traitements de FIV de recevoir plus d'un embryon⁸⁹. L'étude de Lanes *et al.* (2020) suggère que la situation pourrait s'être améliorée depuis, puisque le nombre moyen d'embryons transférés aux femmes porteuses a décru au cours des dernières années dans l'ensemble du Canada, passant de 1,79 en 2013 à 1,10 en 2018.

Tableau 6
Risques associés à toute grossesse multiple

Pour la femme qui porte l'enfant	Pour l'enfant
Risques accrus pendant la grossesse : • de diabète gestationnel; • d'hypertension; • de prééclampsie; • de fausse couche au début ou à la fin de la grossesse. Risques accrus pendant l'accouchement : • de césarienne; • d'hémorragie; • d'anémie.	Probabilité plus élevée de naissance prématurée ou de faible poids à la naissance, entraînant notamment des risques plus élevés : • de jaunisse; • d'infections; • de problèmes d'alimentation; • de problèmes respiratoires; • de retards de croissance; • de lésions cérébrales; • de problèmes auditifs et visuels; • de paralysie cérébrale; • de décès postnatal.

Source : Agence de la santé publique du Canada, 2013b.

88. Selon les données non exhaustives d'un registre pancanadien, le taux de grossesses multiples chez les femmes recevant des traitements de procréation assistée est passé au Québec de 25,6 % en 2009 à 4,5 % en 2016 (Bissonnette *et al.*, 2019). Pour la période allant de 2013 à 2018, il se chiffrait à 4,3 % au Québec, comparativement à 11,1 % en Ontario et à 15,0 % pour le reste du Canada (excluant le Québec et l'Ontario) (Lanes *et al.*, 2020).

89. Le risque était 15 % plus élevé quand l'ovule était fourni par la mère d'intention et 27 % plus élevé quand il provenait d'une donneuse d'ovules.

Si le lien entre la procréation assistée et les grossesses multiples est connu depuis longtemps, des travaux récents suggèrent que la procréation assistée serait aussi associée à d'autres risques, même dans le cas où un seul fœtus se développe. C'est notamment le cas pour ce qui est du diabète chez la femme enceinte (Bosdou *et al.*, 2020), de même que pour ce qui est de la prématurité et du faible poids du bébé à la naissance (Al Shammary *et al.*, 2020; Okun et Sierra, 2014; Szymusik *et al.*, 2019). Il est toutefois difficile d'isoler les variables en cause (Okun et Sierra, 2014). Il n'y a d'ailleurs pas de consensus à cet égard : des spécialistes pointent les conditions des femmes qui reçoivent les traitements de procréation assistée, lesquelles ont généralement des problèmes d'infertilité⁹⁰ (Romundstad *et al.*, 2008), alors que d'autres mettent en cause les traitements eux-mêmes (voir l'encadré ci-contre) (Dayan *et al.*, 2019; Woo *et al.*, 2017; Zhang *et al.*, 2022).

L'étude de Dayan *et al.* (2019) menée en Ontario compare 11 500 grossesses survenues à la suite de traitements de procréation assistée (dont l'induction de l'ovulation, l'insémination artificielle et la FIV avec ou sans ICSI) à plus de 47 500 grossesses spontanées. Le nombre de femmes ayant vécu une complication grave s'élève à 30,8 sur 1 000 pour les grossesses issues de la procréation assistée, comparativement à 22,2 sur 1 000 pour les autres. Par ailleurs, le risque de développer trois complications graves ou plus était plus élevé avec la FIV qu'avec les traitements non invasifs (c'est-à-dire l'induction de l'ovulation ou l'insémination artificielle). Si l'équipe de recherche n'a pas été en mesure d'isoler la source du problème, l'étude « suggère un risque légèrement plus élevé lié au traitement lui-même » (CUSM, 2019).

Les risques pour la femme enceinte et l'enfant à naître peuvent aussi varier selon le type de traitement employé. Plusieurs travaux mettent notamment en relief les risques auxquels s'exposent les receveuses d'un don d'ovules. Sont ainsi observés des taux plus élevés de prééclampsie⁹¹ et d'hypertension chez celles-ci que chez les femmes ayant eu recours à la FIV autologue, c'est-à-dire chez celles qui reçoivent un embryon formé à partir de leur propre ovule (Al Shammary *et al.*, 2020; Klatsky *et al.*, 2010; Levron *et al.*, 2014; Masoudian *et al.*, 2016; Schwarze *et al.*, 2018; Tarlatzi *et al.*, 2017). L'hypothèse d'une réaction du système immunitaire est avancée : puisque le fœtus est créé à partir des gènes d'une autre femme, il pourrait être moins « reconnaissable » par le système immunitaire de celle qui le porte, ce qui pourrait entraîner des effets indésirables (Schwarze *et al.*, 2018, p. 18, traduction libre). D'autres facteurs pourraient aussi avoir une incidence sur le déroulement de la grossesse, par exemple le recours à l'ICSI⁹² ou le moment auquel l'embryon est transféré⁹³ (Banica, Popescu et Vladareanu, 2021).

Aucune donnée disponible à l'échelle du Québec ou du Canada ne permet d'évaluer si une femme porteuse s'expose aux mêmes risques que les autres patientes qui ont recours à la procréation assistée. À tout le moins, des études relatent le cas de femmes porteuses ayant rencontré des complications pendant leur grossesse (Fantus, 2020; Kashmeri, 2008; Lavoie, 2019). Celle de Dar *et al.* (2015), en particulier, révèle que 13 des 133 GPA⁹⁴ effectuées dans une clinique ontarienne entre 1998 et 2012 ont entraîné des complications pour la femme porteuse, dont une complication majeure, soit une hystérectomie à la suite d'une hémorragie sévère survenue lors d'une césarienne. Pour les bébés issus

90. Comme l'affirment Stewart et Hart (2015, p. 7, traduction libre), « les études qui comparent des femmes ayant subi des traitements de FIV avec la population générale comparent en fait l'effet de la FIV combiné à celui de la parité, de l'âge lors du premier accouchement, de l'infertilité, du statut socioéconomique et d'une foule d'autres facteurs ». À titre indicatif, la parité désigne le « nombre d'accouchements après 20 semaines de grossesse » (Artal-Mittelmark, 2021).

91. La prééclampsie désigne « l'apparition ou l'aggravation d'une hypertension artérielle, associée à la présence excessive de protéines dans les urines, qui se développe après la 20^e semaine de grossesse » (Dulay, 2020b).

92. Par exemple, la FIV avec ICSI, telle que définie à la section 3, a été associée à des risques plus élevés d'anomalies congénitales que la FIV sans ICSI (Davies *et al.*, 2012, cité dans Banica, Popescu et Vladareanu, 2021).

93. Le transfert d'un embryon 5 ou 6 jours après la fécondation a notamment été associé à un risque plus élevé de placenta praevia que le transfert d'un embryon 2 ou 3 jours après la fécondation (Spangmose *et al.*, 2020, cité dans Banica, Popescu et Vladareanu, 2021). Le placenta praevia correspond à l'implantation du placenta dans la partie inférieure de l'utérus qui peut entraîner des problèmes pour le fœtus, comme un retard de croissance intra-utérine ou une rupture prématurée des membranes (Dulay, 2020a).

94. Un taux d'environ 10 %, qualifié de « bas » par l'équipe de recherche (Dar *et al.*, 2015, traduction libre, p. 345).

de ces grossesses, des complications (ex. : prématurité et faible poids à la naissance) sont observées dans 12 % des cas où un seul fœtus s'est développé, pour 67 % des bébés issus de grossesses gémellaires et pour tous les triplés (n = 6).

De plus amples travaux réalisés ailleurs en Occident permettent toutefois de mieux cerner les risques de la procréation assistée pour les femmes porteuses et les fœtus. En particulier, des études comparent l'ensemble des FIV à celles qui concernent une femme porteuse (Phillips *et al.*, 2019). À ce propos, il importe de souligner que les femmes porteuses sont souvent choisies par les parents d'intention et les équipes médicales en raison de leur capacité à devenir enceintes facilement ou de leur historique de grossesses sans complication. Certains spécialistes estiment qu'elles ont un « environnement utérin sain »⁹⁵. Les écrits scientifiques ne permettent toutefois pas d'établir avec certitude si cet avantage les prémunit contre tout risque. Des spécialistes soutiennent que les risques pour les femmes porteuses sont plus élevés que pour les autres femmes qui recourent à la FIV (Peters *et al.*, 2018; Rasouli *et al.*, 2020) ou semblables (Söderström-Anttila *et al.*, 2016). Ces résultats, brièvement présentés au tableau 7, doivent néanmoins être interprétés avec prudence, en raison de leurs limites et des contextes dans lesquels ils ont été obtenus :

- Certaines études portent sur des grossesses gémellaires et de singleton⁹⁶, alors que d'autres se focalisent uniquement sur les secondes; si les grossesses gémellaires sont associées à des risques plus élevés de complications, comme il a été vu au tableau 6, elles seraient relativement peu fréquentes au Québec grâce à la ligne directrice sur le TSE.
- L'âge des femmes n'est pas toujours contrôlé, alors qu'il s'agit d'un facteur déterminant du déroulement de la grossesse (CHU Sainte-Justine, 2019a).
- Certaines études datent et les techniques ou médications utilisées dans les lieux examinés ne sont peut-être pas les mêmes que celles employées au Québec.
- Certaines études portent sur les données d'une seule clinique, alors que des études multicentriques seraient plus représentatives.
- Les réalités pourraient différer selon que la GPA se déroule dans un contexte commercial (comme aux États-Unis) ou à titre gratuit, notamment pour ce qui est du profil des femmes porteuses (Lahl *et al.*, 2022).

Pour mieux cerner les risques associés à la GPA, deux études menées aux États-Unis comparent les grossesses des femmes porteuses à leurs précédentes grossesses et suggèrent des risques plus élevés lors d'une GPA avec FIV (voir le tableau 8). En raison des limites associées à ces études, des spécialistes mettent en relief l'intérêt de mener des travaux de plus grande envergure (Pavlovic *et al.*, 2020; Spandorfer, 2017). Il reste que des résultats semblables ressortent de l'étude de Lahl *et al.* (2022), basée sur les témoignages de 96 femmes porteuses états-uniennes. De fait, des tests statistiques révèlent que ces femmes étaient plus susceptibles de déclarer avoir eu une grossesse à risque lors d'une GPA avec FIV que lors de leurs précédentes grossesses, indépendamment de leur âge ou du nombre de grossesses antérieures. L'équipe de recherche admet néanmoins les limites de son étude, du fait qu'elle s'appuie sur des données auto-rapportées.

95. L'expression « healthy uterine environment » est employée par Pavlovic *et al.* (2020) et Woo *et al.* (2017).

96. Grossesse où se développe un seul fœtus.

Tableau 7
Aperçu de quelques travaux sur les risques liés à la procréation assistée
pour les femmes porteuses

Provenance des données	Synthèse des résultats
Scène internationale	Selon la synthèse de Söderström-Anttila <i>et al.</i> (2016) de cinq études menées aux États-Unis (3), au Canada (1) et en Finlande (1) parues entre 1990 et 2015⁹⁷, les taux rapportés de troubles hypertensifs de la grossesse (THG) (ex. : prééclampsie) et de complications liées au positionnement ou au décollement du placenta sont similaires pour les GPA avec FIV et pour l'ensemble des FIV. Les taux de THG enregistrés pour les femmes porteuses sont cependant plus faibles que ceux rapportés pour les autres FIV avec don d'ovules. La grande majorité des grossesses et des accouchements rapportés se sont déroulés sans problème majeur. Des complications graves ont toutefois été signalées pour quelques femmes porteuses, dont trois cas d'hystérectomie. Sur la base de leur synthèse de cinq études menées en Australie et en Nouvelle-Zélande (1), en Finlande (1), au Royaume-Uni (1) et dans deux lieux non spécifiés, et publiées entre 1998 et 2017⁹⁸, Attawet <i>et al.</i> (2022) montrent que plus d'un embryon a été transféré chez une femme porteuse dans 52 % des 895 cas répertoriés. Des accouchements avec naissances multiples ont eu lieu dans 1 % des cas où un seul embryon a été transféré et dans 52 % des cas où plus d'un embryon l'a été. Davantage de complications pour le fœtus (fausses couches, prématurité et faible poids à la naissance) ont été enregistrées pour les grossesses multiples.
États-Unis	Sur la base d'un registre national non exhaustif, l'analyse de Murugappan <i>et al.</i> (2018) compare 24 269 GPA à 1 313 452 cycles de FIV qui ne concernaient pas de femmes porteuses. Pour tous les types de FIV analysés, les taux de naissances vivantes étaient plus élevés pour les femmes porteuses. L'équipe conclut par ailleurs que « le fait d'agir comme femme porteuse augmente le risque de donner naissance à des jumeaux ou des jumelles, probablement en raison d'un taux d'implantation des embryons plus élevé », précisant que « plus de deux embryons ont été transférés en moyenne par cycle » (traduction libre, p. 426). L'étude de Rasouli <i>et al.</i> (2020) compare les données concernant 30 grossesses de femmes porteuses à celles concernant 60 grossesses issues de FIV autologue chez les femmes du même âge qui ont été suivies dans une clinique de 2011 à 2020. Les femmes porteuses se distinguent par des taux plus élevés d'accouchement par césarienne (77 % vs 41 %) et de mort fœtale en fin de grossesse (11,7 % vs 0,0 %). Un plus grand nombre d'anomalies liées au placenta ont aussi été observées (ex. : placenta praevia). Segal <i>et al.</i> (2018) comparent les singletons nés de femmes porteuses et conçus grâce à un don d'ovules (n = 716) à ceux nés de femmes ayant reçu un don d'ovules (n = 5 632) en 2014. Les premiers présentaient des taux moindres de prématurité (17,5 % vs 25,4 %) et de faible poids à la naissance (6,4 % vs 12,1 %).
Pays-Bas	S'intéressant à 34 GPA de singletons entre 2006 et 2017, Peters <i>et al.</i> (2018) constatent des taux plus élevés de troubles hypertensifs (7/34 ou 20,6 %) et d'hémorragie post-partum (> 500 ml) (8/34 ou 23,5 %) chez les femmes porteuses, comparativement à ceux généralement observés.

97. Il s'agit des études publiées par Dar *et al.* en 2015, par Duffy *et al.* en 2005, par Parkison *et al.* en 1998, par Reame et Parker en 1990 et par Söderström-Anttila *et al.* en 2002.

98. Il s'agit des études publiées par Coates *et al.* en 2017, par Corson *et al.* en 1998, par Rodgers *et al.* en 2014, par Söderström-Anttila *et al.* en 2002 et par Wang *et al.* en 2016.

Tableau 8
Aperçu des études états-uniennes comparant les grossesses de femmes porteuses
à leurs grossesses précédentes

Provenance des données	Synthèse des résultats
Californie	Réalisée par Woo <i>et al.</i> (2017), l'analyse des données concernant 124 femmes porteuses de la Californie et leurs 494 grossesses, soit 312 grossesses spontanées et 182 GPA, met en lumière des risques plus élevés pour les GPA et les bébés qui en sont issus. De fait, comparativement à leurs grossesses précédentes, les femmes porteuses étaient plus susceptibles d'avoir une grossesse multiple (33 % vs 1 %), de développer un diabète gestationnel (6,8 % vs 1,2 %), de faire de l'hypertension (6,8 % vs 2,8 %), d'avoir besoin d'une amniocentèse (6,8 % vs 0 %), d'avoir un placenta praevia (4,9 % vs 1,2 %), d'avoir besoin d'antibiotiques durant le travail (6,2 % vs 0,5 %) et d'accoucher par césarienne (19,0 % vs 8,7 %)99. De plus, comparativement aux bébés issus des précédentes grossesses, ceux issus d'une GPA avec FIV présentaient un âge gestationnel moyen plus bas (38,8 semaines ± 2,1 vs 39,7 semaines ± 1,4), en plus de s'exposer à un plus grand risque de naître prématurément (10,7 % vs 3,1 %) et d'enregistrer un faible poids à la naissance (7,8 % vs 2,4 %). Tout en soulignant les mérites de cette étude, le spécialiste Spandorfer (2017) relève certaines de ses limites, dont le fait que l'âge de la femme n'a pas été considéré.
Illinois	Pavlovic <i>et al.</i> (2020) examinent 78 grossesses de singletons100 de 66 femmes porteuses de l'Illinois pour des couples d'hommes en les comparant à leurs 71 grossesses précédentes, en tenant compte de leur âge. L'équipe en arrive à la conclusion que 25,6 % des GPA avec FIV ont été associées à une complication sur le plan périnatal, un taux qualifié de « bas » (traduction libre, p. 960), mais plus élevé que celui observé pour les grossesses spontanées de ces mêmes femmes (9,9 %). Les probabilités de complications périnatales dans le cas d'une GPA avec FIV étaient 3,3 fois plus élevées, et ce, en tenant compte de l'âge des femmes lors de leur grossesse. De plus, les GPA avec FIV ont été associées à un âge gestationnel moyen plus faible que les grossesses spontanées (38,7 semaines ± 1,5 vs 39,4 semaines ± 0,9).

5.1.3 Risques à long terme

Parmi les études menées hors Canada qui s'intéressent aux effets à long terme de la procréation assistée chez les femmes, l'une conclut à un risque plus élevé de cancer du sein chez celles qui ont subi des traitements de FIV (Reigstad *et al.*, 2015), alors que des travaux plus récents suggèrent que la procréation assistée n'est pas associée à des risques plus élevés de cancers du sein (Cullinane *et al.*, 2022; van den Belt-Dusebout *et al.*, 2016) ou de cancers gynécologiques (Schwarze *et al.*, 2017).

En revanche, aucune étude s'intéressant aux effets de la procréation assistée à long terme sur les femmes porteuses n'a été repérée. Quelques travaux ont toutefois été conduits sur les risques à long terme pour les donneuses d'ovules, mais ils comportent des limites méthodologiques importantes101 (Cattapan, 2016a; Tober *et al.*, 2021; Woodriff, Sauer et Klitzman, 2014). Selon Tober *et al.* (2021), la majorité des études sur la stimulation ovarienne réalisées jusqu'à présent se focalisent sur les femmes qui ont recours à la FIV dans le but de devenir elles-mêmes enceintes, des données qui sont ensuite extrapolées aux donneuses d'ovules. Or, selon ces spécialistes, les deux groupes de femmes ne seraient pas identiques : les donneuses d'ovules sont généralement plus jeunes et pourraient répondre différemment au protocole de stimulation, produire plus d'ovules par cycle et se soumettre au

99. Les résultats rapportés sont significatifs sur le plan statistique.

100. L'équipe a écarté les grossesses multiples, en raison de leurs risques intrinsèques.

101. Woodriff, Sauer et Klitzman (2014) relèvent les limites suivantes pour ce qui est des quatre études recensées : échantillons de petite taille, données auto-rapportées, période écoulée depuis le don insuffisamment longue.

processus plus fréquemment¹⁰². À leurs yeux, l'absence d'information fiable soulève un enjeu relatif au caractère éclairé du consentement des donneuses d'ovules. C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'un comité de l'American Society for Reproductive Medicine recommande de faire preuve de prudence et de limiter à six le nombre de dons d'ovules par femme au cours de sa vie (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2020). Cette limite ne semble pas faire l'objet d'un certain contrôle, puisque des études rendent compte de femmes ayant dépassé ce nombre de dons, y compris au Canada. Par exemple, Hammond (2022) relate le cas d'une Canadienne, sollicitée à plusieurs reprises par un médecin des États-Unis, qui a traversé la frontière pour réaliser une quinzaine de dons.

Pour ce qui est des enfants, certaines études associent le fait d'avoir été conçu grâce à un traitement de procréation assistée à un risque accru de développer un cancer¹⁰³ (Hargreave *et al.*, 2019; Luke *et al.*, 2020; Sargisian *et al.*, 2022; Spector *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2018; Zhang *et al.*, 2020), contrairement à d'autres (Gilboa *et al.*, 2019; Williams *et al.*, 2018). Dans plusieurs études, le risque de cancer dont il est fait mention est significatif sur le plan statistique, bien que relativement faible¹⁰⁴. Des équipes de recherche souhaitent que davantage de travaux soient réalisés afin d'étudier l'effet de variables liées, par exemple, à l'origine des problèmes de fertilité des parents de ces enfants qui pourraient également être à la source des cancers pédiatriques (Sargisian *et al.*, 2022; Spector *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2018).

102. En particulier, les spécialistes ignorent si des prélèvements répétitifs pourraient affecter la réserve ovarienne future des donneuses, bien que des données préliminaires indiquent que ce ne soit pas le cas (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2020).

103. Certaines études observent une association pour la FIV en général (Luke *et al.*, 2020; Spector *et al.*, 2019), alors que d'autres en relèvent une pour un traitement en particulier, par exemple la FIV avec transfert d'embryons congelés (Hargreave *et al.*, 2019; Sargisian *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2020).

104. Par exemple, analysant près de 8 millions de naissances, dont 2,2 % sont issues de la procréation assistée, l'étude de Sargisian *et al.* (2022) menée dans quatre pays scandinaves conclut à un risque plus élevé de cancer infantile chez les enfants conçus après le transfert d'un embryon congelé, par rapport à ceux issus de la procréation naturelle ou de la FIV avec transfert d'un embryon frais. L'équipe de recherche invite toutefois à interpréter ces résultats avec prudence, en raison du faible nombre d'enfants ayant développé un cancer dans le sous-groupe considéré, soit 48.

5.1.4 Information transmise sur les procédures et les risques associés

Les femmes porteuses et les donneuses d'ovules sont-elles bien informées des procédures médicales qu'elles subissent et des risques qui leur sont associés? Divers travaux menés dans l'ensemble du Canada, basés sur le point de vue des principales intéressées ou sur l'analyse des formulaires de consentement, permettent d'en rendre compte.

D'une part, des femmes porteuses interrogées estiment avoir été mal informées. À titre d'exemple, les six femmes porteuses canadiennes ayant participé à l'étude qualitative de Fantus (2020) affirment qu'elles auraient souhaité plus de transparence et de renseignements sur les procédures médicales de même que sur leurs effets secondaires possibles. Certaines rapportent que le personnel médical leur avait fourni des explications jugées insuffisantes ou employait un jargon médical difficilement compréhensible. La totalité de ces femmes (6/6) a par ailleurs signalé avoir vécu des complications non anticipées sur le plan de leur santé physique ou mentale, mais des précisions sur la nature de celles-ci ne sont pas fournies (Fantus, 2020). Dans l'étude de Lavoie (2019), une Canadienne ayant utilisé les services d'une agence de GPA et qui a subi une ablation de l'utérus à la suite de l'accouchement d'un enfant porté pour autrui, estime que l'information sur les risques liés à la FIV n'est pas suffisamment communiquée. Selon son point de vue, cette lacune serait tributaire du faible nombre de femmes volontaires pour porter un enfant pour autrui (voir l'encadré ci-contre).

« J'avais fait mes recherches, j'étais prête à accepter les risques. Mais c'est une information [que le personnel qui intervient dans des cas de GPA] ne partag[e] pas assez. Ils ne veulent pas faire peur aux mères porteuses qu'ils recrutent. Il y a une grosse pénurie de mères porteuses au Canada – on a tellement de gens qui viennent de partout dans le monde – qu'ils ne veulent pas prendre la chance qu'il y a quelqu'un qui prenne peur et qui revire de bord. Ça fait qu'ils ne partagent pas ça. Ils te donnent un petit pamphlet plié en mille morceaux pour ne pas que tu puisses l'ouvrir, genre » (femme porteuse citée dans Lavoie, 2019, p. 249).

D'autre part, l'information transmise aux donneuses d'ovules serait insuffisante. C'est du moins ce qui ressort de l'analyse de Cattapan (2016a) réalisée sur la base des formulaires de consentement devant être signés par les donneuses d'ovules dans huit cliniques canadiennes : aucun formulaire ne fournit assez de renseignements pour satisfaire les « standards minimaux » établis par Cattapan¹⁰⁵. Dans une perspective semblable, l'étude de Tober *et al.* (2021) révèle que 55 % des 353 donneuses d'ovules sondées à l'échelle internationale (dont 18 du Canada) estiment ne pas être bien informées des risques à long terme, et environ le tiers d'entre elles en pensent autant pour ce qui est des risques à court terme.

105. Étaient considérés l'information concernant la nature et les objectifs de la procédure, les risques et les inconvénients du don d'ovules, les considérations liées à la vie privée et à l'anonymat, la possibilité de se retirer du processus, la possibilité de recevoir des conseils avant et après le don, les questions de nature financière, la possibilité de l'échec de la procédure et les utilisations possibles des ovules prélevés.

5.2 Le bien-être psychologique à long terme

Si des études menées ailleurs en Occident s'intéressent au bien-être psychologique des personnes concernées par un projet de GPA, de tels travaux ne sont pas encore disponibles pour le Québec ou l'ensemble du Canada. Dans les circonstances, les tendances qui émergent des études conduites hors Canada sont brièvement exposées dans ce qui suit¹⁰⁶.

Quelques études se penchent sur le bien-être psychologique des femmes porteuses à long terme. De façon générale, les femmes porteuses interrogées disent se porter bien et n'avoir aucun regret (Jadva *et al.*, 2003; Jadva, Imrie et Golombok, 2015). Plusieurs affirment ressentir de la fierté et un sentiment d'accomplissement, en plus d'émettre le souhait de porter à nouveau un enfant pour autrui. À rebours, leur expérience se révèle donc, la plupart du temps, positive (Imrie et Jadva, 2014). Quoi qu'il en soit, certaines femmes porteuses rapportent des répercussions négatives :

- Sur 34 mères porteuses britanniques interrogées, 11 ont affirmé avoir vécu des problèmes psychologiques dans les semaines suivant la remise de l'enfant et une déclarait vivre de telles difficultés après 12 mois (Jadva *et al.*, 2003). Dix ans plus tard, aucune des 20 femmes alors sondées n'a affirmé vivre des conséquences psychologiques négatives associées à leur GPA (Jadva, Imrie et Golombok, 2015).
- Dans une autre étude menée auprès de 34 femmes porteuses du Royaume-Uni ayant porté un enfant pour autrui, 8 ont affirmé avoir vécu des problèmes psychologiques, comme de l'anxiété et une dépression. Pour trois d'entre elles, la dépression n'était pas réglée au moment de l'étude, soit en moyenne sept ans après la GPA (Imrie et Jadva, 2014).

Par ailleurs, deux études ont été menées auprès d'enfants dont la mère a agi comme femme porteuse. Les opinions des enfants sont partagées, de sorte que, comme le souligne Riddle (2017), un plus grand nombre de travaux sont nécessaires pour comprendre les facteurs qui peuvent influencer les expériences des enfants dont la mère porte un enfant pour autrui.

- La première, conduite aux États-Unis auprès de 13 enfants âgés de 7 à 17 ans, révèle que cinq d'entre eux ont exprimé des opinions négatives sur la GPA de leur mère et trois ont exprimé de telles opinions à propos de la remise de l'enfant à des parents d'intention (Riddle, 2017).
- La seconde étude, conduite au Royaume-Uni, montre que la majorité des 36 personnes âgées de 12 à 25 ans au moment de la collecte de données (Jadva et Imrie, 2014) expriment un point de vue positif sur la participation de leur mère à un projet de GPA (31/35) et sur leur vie familiale (32/35). Les résultats qu'elles obtiennent aux questionnaires d'évaluation de la santé psychologique et de l'estime de soi se situent dans la normale, étant entendu que certains se situaient en dessous de celle-ci, et d'autres au-dessus.

D'autres travaux se sont penchés sur les familles créées à la suite d'une GPA. Entre autres choses, une étude britannique, intitulée la *U.K. Longitudinal Study of Assisted Reproduction Families*, compare une cohorte de 42 familles créées à la suite d'une GPA à des familles créées à la suite d'un don d'ovules (n = 51), d'un don de sperme (n = 50) ou d'une procréation naturelle (n = 80)¹⁰⁷ afin d'évaluer l'adaptation psychologique des parents et des enfants, les relations parents-enfants et le point de vue

106. La plupart des constats présentés dans ce qui suit sont issus d'une recension réalisée par le CSF en 2016, laquelle a été mise à jour, notamment grâce à la récente synthèse réalisée par Jadva (2020).

107. Une diminution du nombre de familles est observable pour chaque phase de l'étude. Lors de la plus récente phase de l'étude, le nombre de familles avait diminué respectivement à 28, 27, 32 et 54 (Golombok *et al.*, 2017).

de ces derniers sur la GPA. Les familles, toutes fondées par des parents hétérosexuels, ont été observées à six reprises, alors que l'enfant était âgé de 1 an, 2 ans, 3 ans, 7 ans, 10 ans et 14 ans (Golombok *et al.*, 2004, 2006a, 2006b, 2011, 2013, 2017). De manière globale, les chercheuses observent que les familles créées à la suite d'une GPA présentent très peu de différences par rapport aux autres familles, comme en témoignent les constats suivants :

- Pour ce qui est des enfants en bas âge (1, 2 et 3 ans), le recours à la GPA n'a pas eu d'effets négatifs sur leur développement psychologique et cognitif et leurs relations avec leurs parents (Golombok *et al.*, 2004, 2006a, 2006b).
- Plus de problèmes d'adaptation psychologique étaient observables chez les enfants âgés de 7 ans nés d'une femme porteuse que chez les autres enfants, bien que les enfants issus d'une GPA se trouvaient tout de même dans la normale. Cette tendance n'était plus observable lorsque les enfants étaient âgés de 10 ans (Golombok *et al.*, 2011, 2013).
- Pour ce qui est des enfants âgés de 14 ans, aucune différence n'a été observée entre les jeunes des différentes familles en ce qui concerne l'estime de soi, l'adaptation psychologique et le bien-être psychologique (Golombok *et al.*, 2017).
- Des différences ont été observées du côté des mères : comparativement à celles ayant eu recours à un don de gamètes, les mères évoluant dans une famille créée à la suite d'une GPA ont fait preuve d'un comportement parental moins négatif. Elles ont également rapporté des relations familiales plus harmonieuses (Golombok *et al.*, 2017).

À partir de ces mêmes données britanniques, d'autres publications se sont intéressées à l'information fournie aux enfants sur la méthode de leur conception et à leur point de vue sur le sujet.

- Pour ce qui est des enfants âgés de 10 ans, la quasi-totalité des familles (30/33) avait abordé la GPA avec ceux-ci (Jadva *et al.*, 2012). La transparence était moins grande en ce qui concerne la provenance de l'ovule dans les cas de GPA génétique. Parmi les familles ayant eu recours à ce type de GPA (19/33), les parents ont révélé à l'enfant que l'ovule utilisé était celui de la femme porteuse dans la majorité des cas (11/19). Pour les autres, la plupart (6/19) avaient l'intention de lui dire, alors qu'une minorité (2/19) n'avait pas l'intention de le faire. Selon les chercheuses, ces résultats suggèrent qu'il pourrait être plus difficile de révéler l'absence d'un lien génétique que l'absence d'un lien gestationnel (Jadva *et al.*, 2012).
- Interrogés sur leur point de vue concernant la GPA, les 22 jeunes nés d'une femme porteuse, lorsqu'ils étaient âgés de 14 ans, se sont révélés majoritairement indifférents à propos de leur conception (Zadeh *et al.*, 2018). Parmi les 14 enfants en contact avec la femme qui les a portés, 12 ont exprimé une opinion positive à son égard et ont utilisé des termes pour la désigner qui témoignaient d'une proximité avec elle, comme « amie de la famille », « tante » ou « marraine ». En revanche, une opinion ambiguë (« ambivalent ») au sujet de la femme porteuse a été exprimée dans un cas et, dans un autre, une opinion négative a été rapportée (dans ce second cas, il n'y avait plus de relation entre la femme porteuse et le jeune) (Zadeh *et al.*, 2018, p. 1104). Enfin, parmi les 8 adolescentes et adolescents qui n'étaient pas en contact avec la femme porteuse, 5 ont formulé le souhait de la rencontrer.

Par ailleurs, une série de travaux ont été menés ces dernières années sur les familles formées par un ou deux pères d'intention à la suite d'une GPA. Jadva (2020) en recense six qui ont été conduits dans cinq pays occidentaux¹⁰⁸ et menant, globalement, à des constats positifs :

- Les familles présentent un bon fonctionnement familial et les enfants qui évoluent dans celles-ci sont équilibrés sur le plan psychologique.
- Dans l'étude menée aux États-Unis par Golombok *et al.* (2018, cité dans Jadva, 2020), des niveaux d'adaptation psychologique élevés ont été mesurés chez des enfants âgés de 3 à 9 ans dont les parents sont des couples d'hommes ayant eu recours à la GPA (n = 40) ou des couples de femmes ayant eu recours à un don de sperme (n = 55), et aucune différence n'a été observée entre les deux groupes en ce qui a trait à la qualité de l'éducation parentale ou aux interactions parents-enfants.
- Dans l'étude internationale de Van Rijn-van Gelderen *et al.* (2018, cité dans Jadva, 2020) comparant des familles ayant à leur tête des couples d'hommes devenus parents grâce à une femme porteuse (n = 38), des couples de femmes devenues mères grâce à un don de sperme (n = 61) et des couples hétérosexuels ayant eu recours à la FIV (n = 41), aucune différence n'a été observée entre les groupes en ce qui a trait au stress parental, à la dépression, à l'anxiété ou à la satisfaction à l'égard de la relation de couple.
- L'étude de Carone *et al.* (2020, cité dans Jadva, 2020) qui compare des familles dirigées par des pères célibataires (dont 35 hommes gais et 30 hommes hétérosexuels) à celles dirigées par des couples d'hommes et des couples hétérosexuels, toutes ayant été formées grâce à une GPA, sauf les couples hétérosexuels qui ont eu recours à la FIV, révèle un niveau de stress parental plus élevé chez les pères célibataires que chez les familles formées de deux parents.

Réalisée par Pereira (2022), la synthèse des travaux disponibles sur les enfants de pères célibataires qui ont eu recours à une femme porteuse souligne aussi que ces enfants font preuve d'une bonne adaptation psychologique.

En somme, les travaux empiriques menés jusqu'à présent sur le bien-être psychologique des personnes ayant pris part à un projet de GPA sont globalement positifs. Toutefois, non seulement ils ont été réalisés dans un contexte socioculturel différent du Québec et du Canada, mais ils comportent des limites qui méritent d'être relevées :

- Le nombre d'études réalisées demeure, somme toute, relativement faible.
- Les échantillons sont généralement de petite taille.
- Certains enfants ayant participé à des études sont issus d'une même famille (Zadeh *et al.*, 2018).
- Les enfants nés d'une GPA qui ont participé aux enquêtes empiriques étaient en général assez jeunes; aucun n'avait atteint l'âge de la majorité au moment des entretiens.
- La plupart des travaux disponibles ont été réalisés par une même équipe de recherche, soit celle chargée de la *U.K. Longitudinal Study of Assisted Reproduction Families*.

108. Il s'agit des travaux menés aux États-Unis, en France, au Royaume-Uni, en Italie ou aux Pays-Bas publiés par Baiocco *et al.* en 2015, par Van Rijn-van Gelderen *et al.* en 2018, par Golombok *et al.* en 2018, par Carone *et al.* en 2018 et 2019 et par Green *et al.* en 2019.

Conclusion : un phénomène complexe qui soulève des enjeux cruciaux

À l'heure où le gouvernement du Québec s'apprête à encadrer les GPA, la présente étude met à jour les connaissances sur ce phénomène en contexte québécois. D'abord, les données et les écrits qu'elle rassemble montrent non seulement que des GPA ont lieu au Québec, mais que cette pratique connaît un certain essor ces dernières années dans l'ensemble du Canada. Les enquêtes empiriques sur le sujet demeurent toutefois peu nombreuses à l'échelle québécoise et canadienne, et la plupart d'entre elles sont exploratoires, basées sur quelques témoignages de femmes porteuses, de parents d'intention ou de donneuses d'ovules recrutés par l'entremise d'agences de GPA ou de réseaux sociaux. Une seule enquête se penche sur l'expérience de quelques centaines de femmes porteuses, et une autre s'attarde à la perspective de vue d'une vingtaine d'avocates ou d'avocats œuvrant dans le domaine. De ce corpus limité émergent néanmoins deux principaux constats. D'une part, la majorité des femmes porteuses et des parents d'intention qui ont participé à une enquête empirique rendent compte d'une expérience globalement positive. D'autre part, les difficultés rapportées dans une minorité de cas sont susceptibles d'entraîner des conséquences déléatoires sur les personnes concernées.

Qui plus est, la description du cadre légal et des parcours empruntés par les femmes porteuses et les parents d'intention en territoire québécois soulève un certain nombre de préoccupations qui se doivent d'être relevées.

L'industrie de la GPA. Alors que la LFPA interdit les GPA et le don d'ovules sous leurs formes commerciales, force est d'admettre la présence d'une industrie de la GPA au Canada, comme aux États-Unis (Allied Market Research, 2020). En témoignent la présence d'agences de GPA qui facturent des frais aux parents d'intention, la possibilité d'acheter en ligne des gamètes et les frais juridiques encourus pour obtenir les services d'avocates ou d'avocats. La situation est telle que cette industrie canadienne fait l'objet de prévisions économiques (Global Market Insights, 2022). Des spécialistes soulèvent d'ailleurs des contradictions avec le modèle actuellement en vigueur dans l'ensemble du Canada. Le crédit d'impôt du gouvernement canadien peut aussi susciter un questionnement, dans la mesure où il couvre une partie des frais des parents d'intention qui achètent des gamètes, lesquels proviennent souvent de banques des États-Unis par le biais desquels les donneuses et les donneurs reçoivent une rétribution. C'est dans cette perspective que des groupes revendiquent un resserrement des contrôles (Pour les droits des femmes du Québec, 2021) ou réfléchissent à des moyens de repenser le système en place, par exemple en créant une banque d'ovules au Québec (Société des néonatalogistes du Québec et Association des pédiatres du Québec, 2020).

La légalité des agences de GPA. Considérant la LFPA, des avocates et avocats interrogés par Carsley (2020) estiment que les agences de GPA opèrent dans une « zone grise ». Certaines agences revendiquent leur légalité du fait qu'elles offrent gratuitement le jumelage entre femmes porteuses et parents d'intention, ne facturant que les autres services.

Mais l'acceptation de paiements pour ces autres services pourrait être interprétée comme contrevenant à la LFPA (voir l'encadré ci-contre). Certains centres de procréation assistée du Québec soutiennent d'ailleurs que de telles agences agissent illégalement (Procréa Fertilité, s.d.b; Centre de la reproduction, CUSM, s.d.a). Il reste que des femmes porteuses et des parents d'intention du Québec y ont recours, estimant d'ailleurs qu'elles répondent à leurs besoins en matière d'information, d'accompagnement ou de gestion des remboursements versés aux femmes porteuses.

« Les agences opèrent dans une étrange [...] zone artificielle [...] où elles disent : “nous ne sommes pas payées pour organiser (« to arrange ») les grossesses pour autrui parce que nous ne sommes pas autorisées à le faire, mais nous allons être payées pour tous ces autres services périphériques que nous allons fournir”. Mais tout le monde sait que la seule raison pour laquelle les gens se tourment vers une agence, c'est pour qu'elles organisent leur projet de grossesse pour autrui » (avocate citée dans Carsley, 2020, p. 243, traduction libre).

La sollicitation des femmes et l'information qui leur est transmise. Les sources recensées pour la présente étude révèlent que certaines femmes sont sollicitées pour porter un enfant pour autrui ou pour faire un don d'ovules, notamment par l'entremise de publications sur les réseaux sociaux qui sont parfois rattachés à des agences de GPA. Certaines donneuses d'ovules interrogées ont également affirmé avoir ressenti une certaine pression à effectuer un don, pouvant même provenir du corps médical, dans le contexte de pénurie de candidates pour combler l'ampleur des demandes exprimées par de potentiels parents d'intention. Cette situation est d'autant plus préoccupante, sachant que certaines femmes qui ont donné leurs ovules ou porté un enfant pour autrui ont été trop peu ou mal informées sur le processus et les risques qui y sont associés pour leur santé, de même que sur leurs droits, par exemple en matière de réduction embryonnaire ou d'avortement.

Les coûts de société. Les GPA entraînent des coûts de société en raison notamment des traitements de FIV qui font l'objet d'une certaine couverture publique. La situation suscite particulièrement des préoccupations, dans la mesure où des parents d'intention d'autres régions du monde se tournent vers le Canada pour trouver une femme porteuse précisément en raison des mesures sociales qui y sont en place (voir l'encadré ci-contre).

Plusieurs des 135 professionnelles et professionnels en soins périnataux de l'Alberta et de la Colombie-Britannique sondés par Rahim *et al.* (2020) estiment que le fait que des parents d'intention étrangers ont recours à une femme porteuse du Canada représente un abus des ressources en matière de soins de santé (78 %), entraîne des conséquences économiques pour les prestataires de soins de santé et le système de soins de santé (68 %) et détourne les ressources des citoyennes et des citoyens qui résident au Canada (55 %).

En somme, la réflexion sur les grossesses pour autrui doit se poursuivre, en considérant tout particulièrement la santé et la dignité des femmes. Elle doit pouvoir s'appuyer sur de plus amples travaux permettant de documenter plus solidement l'expérience des personnes concernées et d'évaluer les risques et les conséquences à long terme, tant sur les femmes porteuses et les donneuses d'ovules que sur les enfants nés d'une GPA ou sur ceux dont la mère a porté un enfant pour autrui. Elle doit en outre se loger, comme le suggère la sociologue Céline Lafontaine, non pas uniquement à l'échelle du vécu des personnes concernées, mais dans une perspective sociétale (Fouron, 2022). Le Conseil du statut de la femme souhaite que la présente étude puisse servir d'assise à une telle réflexion, dans l'intérêt de l'ensemble de la société québécoise.

Annexe :
Caractéristiques des 9 études empiriques recensées
sur les expériences de GPA dans l'ensemble du Canada

Étude	Publications repérées	Région couverte	Méthode	Personnes considérées et taille de l'échantillon
1	Carsley (2022) Carsley (2020)	Canada incluant explicitement le Québec	Entretiens	26 avocates/avocats ¹
2	Lavoie et Côté (2021) Lavoie (2019) Lavoie et Côté (2018a) Lavoie et Côté (2018b)	Canada incluant explicitement le Québec	Entretiens	15 femmes porteuses 7 mères d'intention ² 3 donneuses d'ovules ²
			Analyse des messages diffusés sur un groupe Facebook	Personnes ayant concrétisé un projet de GPA ou de don d'ovules ou aspirant à le faire
3	Yee, Hemalal et Librach (2020) Yee, Goodman et Librach (2019) Yee et Librach (2019) Yee <i>et al.</i> (2017)	Canada incluant explicitement le Québec	Questionnaire (quantitatif et qualitatif)	184 femmes porteuses ¹
4	Côté et Sallafranque St-Louis (2018) Côté et Sauvé (2016)	Canada incluant explicitement le Québec	Entretiens	17 pères d'intention
5	Fantus (2021a) Fantus (2021b) Fantus (2020) Fantus et Newman (2019) Fantus (2017)	Canada, sans précision sur la région de provenance	Entretiens	6 femmes porteuses 15 pères d'intention
6	Dar <i>et al.</i> (2015)	Canada, sans précision sur la région de provenance	Analyse de dossiers d'une clinique de procréation assistée	333 cycles de FIV en contexte de GPA auxquels ont pris part 247 femmes porteuses et 256 parents d'intention
7	Grover <i>et al.</i> (2013)	Canada, sans précision sur la région de provenance	Analyse de dossiers d'une clinique de procréation assistée	82 pères d'intention
8	Fisher et Hoskins (2013) Fisher (2011)	Ontario et Colombie-Britannique	Entretiens	8 femmes porteuses
9	Kashmeri (2008)	Ontario	Entretiens	2 femmes porteuses ³ 2 pères d'intention 2 avocates/avocats

¹ Une seule personne interrogée réside au Québec.

² Les femmes interrogées qui ont pris part à un projet de don d'ovules en dehors d'une GPA n'ont pas été prises en compte.

³ Dont une femme des États-Unis qui a porté un enfant pour des parents d'intention canadiens.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada (2013a). *Un embryon, un bébé : transfert d'un seul embryon*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/naissances-multiples/embryon-bebe-transfert-seul-embryon.html>
- Agence de la santé publique du Canada (2013b). *Risques pour la santé liés à la procréation assistée*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/risques-pour-sante-lies-procreation-assistee.html>
- Agence du revenu du Canada (2022). *Crédit d'impôt pour frais médicaux (CIFM) à la maternité de substitution et autres frais*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/programmes/a-propos-agence-revenu-canada-arc/budgets-gouvernement-federal/budget-2022-plan-faire-croitre-notre-economie-rendre-vie-plus-abordable/credit-impot-frais-medicaux-maternite-substitution-autres-frais.html>
- Akin, James W., et al. (2007). Initial experience with a donor egg bank. *Fertility and Sterility*, 88(2), 497.e1-497.e3. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.11.058>
- Al Shammery, Mofeedah, et al. (2020). Risk of lower birth weight and shorter gestation in oocyte donation pregnancies compared with other assisted reproductive technology methods: Systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(7), 889-899.E1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.08.045>
- Allied Market Research (2020). *Surrogacy market by type and technology: Global opportunity analysis and industry forecast, 2016-2025*. ReportLinker. <https://www.reportlinker.com/p05955116/Surrogacy-Market-by-Type-and-Technology-Global-Opportunity-Analysis-and-Industry-Forecast-.html>
- Archambault, Héloïse (2012, 6 septembre). Cauchemar d'une mère porteuse. *Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2012/09/06/cauchemar-dune-mere-porteuse>
- Artal-Mittelmark, Raul (2021). *Évaluation de la patiente obstétricale*. Le manuel Merck. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/%C3%A9valuation-de-la-patiente-obst%C3%A9tricale>
- Assemblée nationale du Québec (2021, 10 novembre). *Conférence de presse de M. Lionel Carmant, ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, et M. Eric Girard, ministre des Finances. Annonce importante concernant les services de procréation médicalement assistée (version finale)*. <http://m.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-78659.html>
- Association of Ontario Midwives (s.d.). *Surrogates & Parentage*. Récupéré le 12 décembre 2022 de <https://www.ontariomidwives.ca/surrogates-parentage>
- Attawet, Jutharat, et al. (2022). Pregnancy and birth outcomes of single versus multiple embryo transfer in gestational surrogacy arrangements: A systematic review and meta-analysis. *Human Fertility*, 25(2), 217-227. <https://doi.org/10.1080/14647273.2020.1785643>
- Banica, Andreea Madalina, Simona Daniela Popescu et Simona Vladareanu (2021). Obstetric and perinatal complications associated with assisted reproductive techniques: Review. *Maedica (Bucur)*, 16(3), 493-498. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8643550/>
- Barreau du Québec (2021). *Mémoire du Barreau du Québec : projet de loi n° 2 - Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil*. <https://www.barreau.qc.ca/media/3016/2021-memoire-pl2.pdf>
- BC Women's Hospital + Health Center (2022). *Surrogacy Protocol (C-06-13-60015)*. <http://policyandorders.cw.bc.ca/resource-gallery/Documents/BC%20Women's%20Hospital%20-%20Fetal%20Maternal%20Newborn/C-06-13-60015%20Surrogacy%20Protocol.pdf>
- Belleville General Hospital (2016). *Surrogacy information*. <https://www.qhc.on.ca/photos/custom/1-News/SURROGACY%20INFORMATION%202017.pdf>
- Bissonnette, François, et al. (2019). Impact of government health coverage for ART: The results of a 5-year experience in Quebec. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 8, 32-37. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405661819300036>

- Blackwell, Tom (2010, October 6). Couple urged surrogate mother to abort fetus because of defect. *National Post*. <https://nationalpost.com/holy-post/couple-urged-surrogate-mother-to-abort-fetus-because-of-defect>
- BORN Ontario (2014). *Canadian assisted reproductive technologies register plus (CARTR Plus)* [communication]. Canadian Fertility and Andrology Society, 60th Annual Meeting, Quebec City.
- BORN Ontario (2015). *Canadian assisted reproductive technologies register plus (CARTR Plus)* [communication]. Canadian Fertility and Andrology Society, 61st Annual Meeting, Halifax.
- BORN Ontario (2016). *Canadian assisted reproductive technologies register plus (CARTR Plus)* [communication]. Canadian Fertility and Andrology Society, 62nd Annual Meeting, Toronto.
- BORN Ontario (2017). *Canadian assisted reproductive technologies register plus (CARTR Plus)* [communication]. Canadian Fertility and Andrology Society, 63rd Annual Meeting, Vancouver.
- BORN Ontario (2018). *Canadian assisted reproductive technologies register plus (CARTR Plus)* [communication]. Canadian Fertility and Andrology Society, 64th Annual Meeting, Montreal.
- BORN Ontario (2019). *Canadian assisted reproductive technologies register plus (CARTR Plus)* [communication]. Canadian Fertility and Andrology Society, 65th Annual Meeting, Ottawa.
- BORN Ontario (2020). *Canadian assisted reproductive technologies register plus (CARTR Plus)* [communication]. Canadian Fertility and Andrology Society, SIG Summit 2021.
- BORN Ontario (2021). *Canadian assisted reproductive technologies register plus (CARTR Plus)* [communication]. Canadian Fertility and Andrology Society, 67th Annual Meeting, Vancouver.
- BORN Ontario (2022). *Number of cycles among Quebec IVF clinics from 2013 to 2020*. [Document inédit].
- Bosdou, Julia K., et al. (2020). Risk of gestational diabetes mellitus in women achieving singleton pregnancy spontaneously or after ART: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 26(4), 514-544. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7317285/>
- Bouchard, Élodie (2016). *Médecine de reproduction et sélection génétique : la mise en acte d'un idéal de corporéité* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/18840>
- Brunet, Laurence, et al. (2017). *Le recours transnational à la reproduction assistée avec don : perspective franco-qubécoise et comparaison internationale. Rapport final*. Mission de recherche Droit et Justice. <http://www.gip-recherche-justice.fr/wp-content/uploads/2017/11/14-20-Rapport-final-Novembre-2017.pdf>
- Bureau, Marie-France et Édith Guilhermont (2011). Maternité, gestation et liberté : réflexions sur la prohibition de la gestation pour autrui en droit québécois. *Revue de droit et de santé de McGill*, 4(2), 45-76.
- Busby, Karen et Pamela M. White (2018). Desperately seeking surrogates: Thoughts on Canada's emergence as an international surrogacy destination. Dans Vanessa Gruben, Alana Cattapan et Angela Cameron (dir.), *Surrogacy in Canada: Critical perspectives in law and policy* (p. 213-243). Irwin Law.
- Can-Am Cryoservices (s.d.). *Clients Québécois – RAMQ*. Récupéré le 29 novembre 2022 de <https://www.canamcryo.com/fr/help-center/centre-d-aide-clients-quebecois>
- Canadian Breastfeeding Association (2009). *Breastfeeding your adopted baby or baby born by surrogate/gestational carrier*. https://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/induced/adoptive_breastfeeding.shtml
- Canadian Fertility & Andrology Society (2013). *Guidelines on the number of embryos transferred* (Clinical Practice Guidelines). https://cfas.ca/Library/clinical_practice_guidelines/CFAS_CPG_Embryo_Transfer_2013.pdf
- Carone, Nicola, et al. (2021). Sensitivity and rough-and-tumble play in gay and heterosexual single-father families through surrogacy: The role of microaggressions and fathers' rumination. *Psychology of Men & Masculinities*, 22(3), 476–487. <https://doi.org/10.1037/men0000267>
- Carone, Nicola, Roberto Baiocco et Vittorio Lingiardi (2017). Single fathers by choice using surrogacy: Why men decide to have a child as a single parent. *Human Reproduction*, 32(9), 1871-1879. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex245>
- Carsley, Stefanie (2020). *Surrogacy in Canada: Lawyers' experiences, practices and perspectives* [thèse de doctorat, Université McGill, Montréal]. eScholarship. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/4x51hq07h>

- Carsley, Stefanie (2022). Surrogacy in Canada: Lawyers' experiences and practices. *Canadian Journal of Women and the Law/Revue femmes et Droit*, 34(1), 41-81. <https://doi.org/10.3138/cjwl.34.1.02>
- Cattapan, Alana (2016a). Good eggs? Evaluating consent forms for egg donation. *Journal of Medical Ethics*, 42(7), 455-459. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26951214/>
- Cattapan, Alana (2016b). Precarious labour: On egg donation as work. *Studies in Political Economy*, 97(3), 234-252. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07078552.2016.1249125?journalCode=rsor20>
- Centre de fertilité de Montréal (s.d.a). *Dons d'ovules*. <https://www.montrealfertility.com/fr/service-fertilite/don-dovules/>
- Centre de fertilité de Montréal (s.d.b). *Dons d'ovules – Questions & Réponses*. <https://www.montrealfertility.com/fr/dons-dovules-faq/>
- Centre de fertilité de Montréal (s.d.c). *Fécondation in vitro (FIV)*. <https://www.montrealfertility.com/fr/service-fertilite/fecondation-in-vitro-fiv/#:~:text=Le%20transfert%20d'embryons%20aura,le%20transfert%20le%20cinqui%C3%A8me%20jour.>
- Centre de la reproduction, Centre universitaire de santé McGill (s.d.a). *Gestation pour autrui*. https://cusc.ca/sites/default/files/users/user187/SUR_Surrogacy_Booklet_FR_042318_0.pdf
- Centre de la reproduction, Centre universitaire de santé McGill (s.d.b). *Information sur le traitement de fécondation in vitro (FIV)* [diaporama]. https://cusc.ca/sites/default/files/2020-10/IVF_Teaching_05292020_FR.pdf
- Centre de la reproduction, Centre universitaire de santé McGill (s.d.c). *Le recours à une banque d'ovules – FAQ*.
- Centre de la reproduction, Centre universitaire de santé McGill (2017). *Guide d'information à l'intention des donneuses d'ovules potentielles : des réponses à vos questions*. https://cusc.ca/sites/default/files/micro/m-ReproductiveCentre/EDD_Booklet_FR_070417.pdf
- Centre universitaire de santé McGill (2019, 4 février). *Lien entre le traitement de l'infertilité et un risque légèrement plus élevé de complications pendant la grossesse* [communiqué de presse]. <https://cusc.ca/newsroom/nouvelles/lien-entre-traitement-l%E2%80%99infertilit%C3%A9-et-risque-l%C3%A9g%C3%A8rement-plus-%C3%A9lev%C3%A9-complications-pendant->
- Chaire en fiscalité et en finances publiques (2022). *Crédit d'impôt pour frais médicaux*. Dans *Guide des mesures fiscales : année d'imposition 2021* [Cahier de recherche 2022/04]. https://cftp.recherche.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2022/02/cr_2022-04_guide_mesures_fiscales_final-1-1.pdf
- Châteauneuf, Doris, Geneviève Pagé et Béatrice Decaluwe (2021). La double appartenance familiale de l'enfant placé en famille d'accueil Banque-mixte : un équilibre fragile. *Enfances, Familles, Générations*, (37). <https://doi.org/10.7202/1082327ar>
- CHU Sainte-Justine (2013). *Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) : feuillet conseil*. https://www.chusj.org/getmedia/efab0132-d508-4dd2-83aa-1c53ec205ed5/procreation-assistee_fiche-syndrome_hyperstimulation_ovarienne_fr.pdf.aspx
- CHU Sainte-Justine (2019a). *Âge maternel avancé : complications de grossesse chez la mère*. <https://www.chusj.org/fr/soins-services/C/complications-de-grossesse/complications-mere/Complications/age-avance>
- CHU Sainte-Justine (2019b). *Fécondation in vitro : procréation assistée (clinique de fertilité)*. <https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/clinique-fertilite-procreation-assistee/Traitements/clinique-fertilite-fecondation-fiv>
- CIUSSS de la Capitale-Nationale (s.d.). *Adopter un enfant*. Récupéré le 14 décembre 2022 de <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/famille-enfants-parents/adoption-famille-accueil/adopter>
- Clinique OriginElle (s.d.a). *Dons et mères porteuses*. Récupéré le 6 octobre 2022 de <https://originelle.com/fr/traitements/dons-et-m%C3%A8res-porteuses.html>
- Clinique OriginElle (s.d.b). *Fécondation in vitro (FIV)*. Récupéré le 6 octobre 2022 de <https://originelle.com/fr/traitements/f%C3%A9condation-in-vitro-fiv.html>
- Clinique OriginElle (s.d.c). *Transfert d'embryon(s)*. Récupéré le 6 octobre 2022 de <https://originelle.com/fr/transfert-d%E2%80%99embryon-s.html>

- Clinique OVO (s.d.a). *Devenir une personne donneuse*. Récupéré le 6 octobre 2022 de <https://www.cliniqueovo.com/services/services-de-don/devenir-une-personne-donneuse>
- Clinique OVO (s.d.b). *Tarifs - Don d'ovules et mères porteuses*. Récupéré le 6 octobre 2022 de <https://www.cliniqueovo.com/services/services-fertile/tarifs>
- Coalition des familles LGBT+ (2021). *Petit guide sur la gestation pour autrui* (1^{er} éd.). https://familieslgbt.org/wp-content/uploads/2022/03/Guide-2021_Gestation_pour_autrui.pdf
- Collège des médecins du Québec (2015). *Les activités de procréation médicalement assistée : démarche clinique et thérapeutique. Guide d'exercice*.
- Collège des médecins du Québec (2019). *Portrait de l'usage des médicaments utilisés pour la stimulation ovarienne chez les personnes couvertes par le régime public : rapport produit dans le cadre des obligations inscrites dans la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*. <http://www.cmq.org/pdf/procreation-medic-assistee/rap-mso-pma-final-v-ministre-20190401-def.pdf?t=1665580572255>
- Collège des médecins du Québec (2020). *Un bilan rassurant de la pratique de la médecine reproductive au Québec : le Collège diffuse un rapport global sur les soins de procréation médicalement assistée*. <http://www.cmq.org/page/fr/un-bilan-rassurant-de-la-pratique-de-la-medecine-reproductive-au-quebec.aspx>
- Collège des médecins du Québec (2022). *Nouvelle loi sur la procréation assistée : les faits saillants*. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2022-06-15-fr-loi-sur-la-procreation-assistee.pdf>
- Comité consultatif sur le droit de la famille (2015). *Pour un droit de la famille adapté aux nouvelles réalités conjugales et familiales*. Ministère de la Justice. https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais /centredoc/rapports/couple-famille/droit_fam7juin2015.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Avis synthèse sur les activités de procréation assistée au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Procreation_assistee/CSBE_PA_Synthese_2014.pdf
- Conseil du statut de la femme (1989a). *Les grossesses sous contrat*. <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/avis-les-grossesses-sous-contrat.pdf>
- Conseil du statut de la femme (1989b). *Les nouvelles technologies de la reproduction : avis synthèse du Conseil du statut de la femme*. <https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/avis-les-nouvelles-technologies-de-la-reproduction.pdf>
- Conseil du statut de la femme (1991). *Commentaires du Conseil du statut de la femme sur le projet de loi 125 : Code civil du Québec*.
- Conseil du statut de la femme (1996). *La procréation médicalement assistée : une pratique à encadrer*. <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/allocation-la-procreation-medicalement-assistee-une-pratique-en-encadrer.pdf>
- Conseil du statut de la femme (2006). *Mémoire sur le projet de loi n° 89, Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*. <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/memoire-sur-le-projet-de-loi-89.pdf>
- Conseil du statut de la femme (2016). *Mères porteuses : réflexions sur des enjeux actuels*. https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/maternite_pour_autrui_web.pdf
- Conseil du statut de la femme (2020). *Quand la procréation assistée implique une maternité pour autrui : mémoire sur le projet de loi n° 73, Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée*. https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/Mem_procreation_20201208_final.pdf
- Conseil du statut de la femme (2021). *Mémoire sur le projet de loi n° 2, Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil*. <https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/memoire-projet-de-loi-2.pdf>
- Côté, Isabel et François Sallafranque St-Louis (2018). *La gestation pour autrui comme technique de procréation relationnellement assistée*. Dans Isabel Côté, Kevin Lavoie et Jérôme Courdurières (dir.), *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 51-68). Presses de l'Université du Québec.

- Côté, Isabel et Jean-Sébastien Sauvé (2016). Homopaternité, gestation pour autrui : no man's land? *Revue générale de droit*, 46(1), 27-69.
https://id.erudit.org/iderudit/1036573/aradresse_copiéeune_erreur_s'est_produite
- Courduriès, Jérôme (2016). Ce que fabrique la gestation pour autrui. *Journal des anthropologues* (144-145), 53-79.
<https://doi.org/10.4000/jda.6364>
- Courduriès, Jérôme (2018). La gestation pour autrui. Faire naître des mères et des pères. Dans Isabel Côté, Kévin Lavoie et Jérôme Courduriès (dir.), *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 123-141). Presses de l'Université du Québec.
- Couture, Vincent (2018). *Les vases communicants : une ethnographie des services reproductifs transfrontaliers au Canada* [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoir UdeS.
<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/11862>
- Cullinane, Carolyn, et al. (2022). Fertility treatment and breast-cancer incidence: Meta-analysis. *BJS Open*, 6(1).
<https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrab149>
- Custeau, Jonathan (2022, 5 avril). Femmes porteuses. Le Canada, terre fertile pour les couples étrangers. *Le Soleil*.
<https://www.lesoleil.com/2022/04/05/femmes-porteuses-le-canada-terre-fertile-pour-les-couples-etrange-fad5cac0ec4af82ade8a97cff0917b00>
- Dar, Shir, et al. (2015). Assisted reproduction involving gestational surrogacy: An analysis of the medical, psychosocial and legal issues: Experience from a large surrogacy program. *Human Reproduction*, 30(2), 345–352. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu333>
- Dayan, Natalie, et al. (2019). Infertility treatment and risk of severe maternal morbidity: A propensity score-matched cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 191(5), E118-E127.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.181124>
- De Koninck, Maria (2018). Afterword: Legitimizing surrogacy. A social setback. Dans Vanessa Gruben, Alana Cattapan et Angela Cameron (dir.), *Surrogacy in Canada: Critical perspectives in law and policy* (p. 273-282). Irwin Law.
- De Koninck, Maria (2019). *Maternité dérobée : mère porteuse et enfant sur commande*. Éditions MultiMondes.
- Delaï de Parseval, Geneviève et Chantal Collard (2007). La gestation pour autrui : un bricolage des représentations de la paternité et de la maternité euro-américaines. *L'Homme*, 2007/3(183), 29-53.
<https://journals.openedition.org/lhomme/25131?file=1>
- Denicourt, Shan (2018, 3 décembre). Fécondation *in vitro* : jusqu'à combien s'élève la facture? *Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2018/12/03/fecondation-in-vitro-jusqua-combien-seleve-la-facture-avec-sunlife>
- Duchaine, Hugo (2021, 16 juillet). Un an après la mort de ses fillettes, la mère de Norah et Romy veut redevenir maman. *Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2021/07/16/un-an-apres-la-mort-de-ses-fillettes-elle-veut-encore-etre-maman>
- Dulay, Antonette T. (2020a). *Placenta prævia*. Le manuel Merck. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/complications-de-la-grossesse/placenta-pr%C3%A6via?query=placenta>
- Dulay, Antonette T. (2020b). *Prééclampsie et éclampsie*. Le manuel Merck. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/complications-de-la-grossesse/pr%C3%A9-%C3%A9clampsie-et-%C3%A9clampsie?query=Pr%C3%A9-%C3%A9clampsie%20et%20%C3%A9clampsie>
- Duggan, Scott John (2007). *Factors relating to parenting by non-heterosexual fathers* [thèse de doctorat, University of Toronto, Canada]. TSpace. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/122849>
- Éducaloi (s.d.). *Procréation assistée : du projet parental à la naissance de l'enfant*. Récupéré le 6 octobre 2022 de <https://educaloi.qc.ca/capsules/procreation-assistee-du-projet-parental-a-la-naissance-de-lenfant/>
- Extraordinary Conceptions (s.d.). *Programme canadien de maternité de substitution*. Récupéré le 2 novembre 2022 de <https://www.extraconceptions.com/fr/intended-parents/choosing-a-surrogacy-program/canada/>
- Fantus, Sophia (2017). *The path to parenthood isn't always straight: A qualitative exploration of the experiences of gestational surrogacy for gay men in Canada – Perspectives of gay fathers and surrogates* [thèse de doctorat, University of Toronto]. TSpace. <https://hdl.handle.net/1807/80680>

- Fantus, Sophia (2020). A report on the supports and barriers of surrogacy in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(6), 803-805. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.01.016>
- Fantus, Sophia (2021a). Experiences of gestational surrogacy for gay men in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 23(10), 1361-1374. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1784464>
- Fantus, Sophia (2021b). Two men and a surrogate: A qualitative study of surrogacy relationships in Canada. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Science*, 70(1). <https://doi.org/10.1111/fare.12450>
- Fantus, Sophia et Peter A. Newman (2019). Motivations to pursue surrogacy for gay fathers in Canada: A qualitative investigation. *Journal of GLBT Family Studies*, 15(4), 342-356. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2018.1546156>
- Fertilys (s.d.a). *Comment ça fonctionne ? : la fécondation in vitro expliquée*. Récupéré le 7 décembre 2022 de <https://www.fertilys.org/services-offerts/fecondation-in-vitro-fiv/comment-ca-fonctionne/>
- Fertilys (s.d.b). *FAQ : les réponses à vos questions*. Récupéré le 7 décembre 2022 de <https://www.fertilys.org/faq/>
- Fertilys (s.d.c). *Services offerts : la différence Fertilys*. Récupéré le 9 décembre 2022 de <https://www.fertilys.org/services-offerts/>
- Fisher, Ann Muriel (2011). *A narrative inquiry: How surrogate mothers make meanings of the gestational surrogacy experience* [mémoire de maîtrise, University of Victoria, Canada]. <https://dspace.library.uvic.ca:8443/handle/1828/3820>
- Fisher, Ann Muriel et Marie L. Hoskins (2013). A good surrogate: The experiences of women who are gestational surrogates in Canada. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 47(4), 500-518. <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/60809>
- Fisher, Jane et Karin Hammarberg (2020). Infertility, new reproductive technologies, and women's mental health. Dans Prabha S. Chandra et al. (dir.), *Mental Health and Illness of Women* (p. 127-145). Springer. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-981-10-2369-9_16
- Fortin, Isabelle (2020). *Le vécu des hommes et des femmes souffrant ou ayant souffert de difficultés de procréation au Saguenay-Lac-Saint-Jean* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi]. https://constellation.uqac.ca/id/eprint/5748/1/Fortin_uqac_0862N_10675.pdf
- Fouron, Sophie (animatrice) (2022, 22 septembre). Comment mieux encadrer la procréation assistée? (épisode 4, saison 3) [vidéo]. Dans *[Re]penser le monde*. Savoir. Média. <https://savoir.media/repenser-le-monde-saison-3/clip/comment-mieux-encadrer-la-procreation-assistee>
- Gerbet, Thomas (2014, 25 avril). *Mères porteuses remboursées : Joël Legendre n'est pas le premier*. Radio-Canada – Info. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/664273/naissances-meres-porteuses-ramq>
- Gezinski, Lindsay B., et al. (2016). Exploring motivations, awareness of side effects, and attitudes among potential egg donors. *Health & Social Work*, 41(2), 75-83. <https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/41/2/75/2356229#no-access-message>
- Gibson, Hannah Grace (2021). "Doing it our way": Participation and kinship in traditional surrogacy narratives in Aotearoa New Zealand. *Medicine Anthropology Theory*, 8(3), 1-26. <https://doi.org/10.17157/mat.8.3.5093>
- Gilboa, Daniella, et al. (2019). Assisted reproductive technology and the risk of pediatric cancer: A population based study and a systematic review and meta analysis. *Cancer Epidemiology*, 63. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.101613>
- Giroux, Michelle (2011). Le recours controversé à l'adoption pour établir la filiation de l'enfant né d'une mère porteuse : entre ordre public contractuel et intérêt de l'enfant. *Revue du Barreau*, 70, 509-544.
- Giroux, Michelle (2018). Les conventions de procréation ou de gestation pour autrui au Québec : entre solution jurisprudentielle et réforme du droit. Dans Véronique Boillet, Marta Roca i Escoda et Estelle de Luze (dir.), *La gestation pour autrui : approches juridiques internationales* (p. 125-142). Anthemis. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3610213
- Global Market Insights (2019, December 16). *Surrogacy market revenue to cross \$27.5 billion by 2025: Global Market Insights, Inc.* [communiqué de presse]. <https://www.globenewswire.com/news-release/2019/12/16/1960684/0/en/Surrogacy-Market-revenue-to-cross-27-5-billion-by-2025-Global-Market-Insights-Inc.html>
- Global Market Insights (2022). *Surrogacy Market: [Summary]* (report GMI4469). <https://www.gminsights.com/industry-analysis/surrogacy-market>

- Golombok, Susan, *et al.* (2004). Families created through surrogacy arrangements: Parent-child relationships in the 1st year of life. *Developmental Psychology*, 40(3), 400-411.
<https://psycnet.apa.org/record/2004-13591-007>
- Golombok, Susan, *et al.* (2006a). Non-genetic and non-gestational parenthood: Consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human Reproduction*, 21(7), 1918-1924. <https://doi.org/10.1093/humrep/del039>
- Golombok, Susan, *et al.* (2006b). Surrogacy families: Parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(2), 213-222.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01453.x>
- Golombok, Susan, *et al.* (2011). Families created through surrogacy: Mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Developmental Psychology*, 47(6), 1579-1588.
<https://doi.org/10.1037/a0025292>
- Golombok, Susan, *et al.* (2013). Children born through reproductive donation: A longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 653-660.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12015>
- Golombok, Susan, *et al.* (2017). A longitudinal study of families formed through reproductive donation: Parent-adolescent relationships and adolescent adjustment at age 14. *Developmental Psychology*, 53(10), 1966-1977. <https://doi.org/10.1037/dev0000372>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick (s.d.). *Adoption – Adoption privée*. Récupéré le 2 décembre de https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.200988.Adoption_-_Adoption_priv%C3%A9e.html
- Gouvernement du Québec (2020). *Adoption au Québec*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-et-parentalite/adoption/adoption-au-quebec>
- Gouvernement du Québec (2022a). *Centres de procréation assistée*. Récupéré le 25 octobre 2022 de [https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-et-parentalite/procreation-medicalement-assistee/description-des-services/centres-de-procreation-assistee#:~:text=le%20Centre%20hospitalier%20universitaire%20de,%2DCentre%2Ddu%2DQu%C3%A9bec\)%3B](https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-et-parentalite/procreation-medicalement-assistee/description-des-services/centres-de-procreation-assistee#:~:text=le%20Centre%20hospitalier%20universitaire%20de,%2DCentre%2Ddu%2DQu%C3%A9bec)%3B)
- Gouvernement du Québec (2022b). *Démarche d'accès aux services de procréation médicalement assistée*. Récupéré le 25 octobre 2022 de <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-et-parentalite/procreation-medicalement-assistee/description-des-services/demarche-acces-services-pma#:~:text=Don%20d'ovules,dans%20des%20banques%20d'ovules>
- Gouvernement du Québec (2022c). *Programme de procréation médicalement assistée*. Récupéré le 25 octobre 2022 de <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-et-parentalite/procreation-medicalement-assistee/programme-pma>
- Grover, Stephanie A., *et al.* (2013). Assisted reproduction in a cohort of same-sex male couples and single men. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(2), 217-221. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.05.003>
- Gruben, Vanessa (2013). Women as patients, not spare parts: Examining the relationship between the physician and women egg providers. *Canadian Journal of Women and the Law / Revue Femmes et Droit*, 25(2), 249-283. <https://doi.org/10.3138/cjwl.25.2.249>
- Hammond, Kathleen (2016). *What money can buy: Tracing egg transactions in Canada* [thèse de doctorat, University of Cambridge, Royaume-Uni].
<https://static1.squarespace.com/static/6141f647d955fe2ba7a7574e/t/615b12b8fe45141c63feda59/1633358523211/KHammond+FINAL+PHD+with+corrections.pdf>
- Hammond, Kathleen (2022). Not worth the wait: Why the long-awaited regulations under the AHRA don't address egg donor concerns. *Canadian Journal of Law and Society / La Revue Canadienne Droit et Société*, 37(1), 113-133. <https://doi.org/10.1017/cls.2021.26>
- Hargreave, Marie, *et al.* (2019). Association between fertility treatment and cancer risk in children. *Journal of the American Medical Association*, 322(22), 2203-2210.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2757228>
- Haynes, Venus, *et al.* (2022). Surrogate pregnancy during the COVID-19 pandemic. *Canadian Medical Association Journal*, 194(13), E492-E494. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211069>

- Health Canada (2020). *Prohibitions related to surrogacy*. Government of Canada. Récupéré le 2 décembre de <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/biologics-radiopharmaceuticals-genetic-therapies/legislation-guidelines/assisted-human-reproduction/prohibitions-related-surrogacy.html>
- Hélie, Patricia (2022, 2 février). *Mère porteuse : un don de soi, un don de vie*. TVA Nouvelles. <https://www.tvanouvelles.ca/2022/02/02/mere-porteuse-un-don-de-soi-un-don-de-vie>
- HIROC (2017). *Surrogacy – Practical considerations (Ontario)*. <https://www.hiroc.com/resources/risk-notes/surrogacy-practical-considerations-ontario>
- Horsey, Kirsty, et al. (2015). *Surrogacy in the UK: Myth busting and reform. Report of the Surrogacy UK Working Group on Surrogacy Law Reform*. Surrogacy UK. https://www.familylaw.co.uk/docs/pdf-files/Surrogacy_in_the_UK_report.pdf
- Horsey, Kirsty, et al. (2022). First clinical report of 179 surrogacy cases in the UK: Implications for policy and practice. *Reproductive BioMedicine Online*, 45(4), 831-838. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.05.027>
- Imrie, Susan et Vasanti Jadva (2014). The long-term experiences of surrogates: Relationships and contacts with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive Biomedecine Online*, 29(4), 424-435. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.06.004>
- Jadva, Vasanti (2020). Postdelivery adjustment of gestational carriers, intended parents, and their children. *Fertility and Sterility*, 113(5), 903-907. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.03.010>
- Jadva, Vasanti, et al. (2003). Surrogacy: The experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction*, 18(10), 2196-2204. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq397>
- Jadva, Vasanti, et al. (2012). Surrogacy families 10 years on: Relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human Reproduction*, 27(10), 3008-3014. <https://doi.org/10.1093/humrep/des273>
- Jadva, Vasanti et Susan Imrie (2014). Children of surrogate mothers: Psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human Reproduction*, 29(1), 90-96. <https://doi.org/10.1093/humrep/det410>
- Jadva, Vasanti, Susan Imrie et Susan Golombok (2015). Surrogate mothers 10 years on: A longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human Reproduction*, 30(2), 373-379. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu339>
- Kashmeri, Shireen (2008). *Unraveling surrogacy in Ontario, Canada: An ethnographic inquiry of the influence of Canada's Assisted Human Reproduction Act (2004) on surrogacy contracts, parentage laws, and gay fatherhood* [mémoire de maîtrise, Université Concordia, Montréal]. Spectrum. <https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/975999/>
- Kashmeri, Shireen D. (2020). *Relative entitlements: Reckoning recipients' access to publicly-funded assisted reproductive technologies (ARTs) & cultural understandings of kinship and Gender in Quebec (Canada)* [thèse de doctorat, University of Toronto, Canada]. TSpace. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/101305>
- Klatsky, Peter C., et al. (2010). The role of embryonic origin in preeclampsia: A comparison of autologous *in vitro* fertilization and ovum donor pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 116(6), 1387-1392. https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2010/12000/The_Role_of_Embryonic-Origin_in_Preeclampsia_A.23.aspx
- Lahl, Jennifer, et al. (2022). A comparison of American women's experiences with both gestational surrogate pregnancies and spontaneous pregnancies. *Dignity: A Journal of Analysis of Exploitation and Violence*, 7(3), Art. 1. <https://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1311&context=dignity>
- Lanes, Andrea, et al. (2020). CARTR Plus: The creation of an ART registry in Canada. *Human Reproduction Open*, 2020(3). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa022>
- Langevin, Louise (2016). La Cour d'appel du Québec et la maternité de substitution dans la décision Adoption-1445 : quelques lumières sur les zones d'ombre et les conséquences d'une « solution la moins insatisfaisante ». *Revue juridique Thémis*, 49(2), 451-485. https://ssl.editionsthemis.com/uploaded/revue/article/2254_RJTUM-49-2-LANGEVIN.PDF
- Langevin, Louise (2020). *Le droit à l'autonomie procréative des femmes : entre liberté et contrainte*. Éditions Yvon Blais.

- Larouche, Andréanne (2022, 18 octobre). *Un couple qui a fait appel à une mère porteuse se dit victime d'une injustice*. Radio-Canada Ici Saguenay – Lac-Saint-Jean. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1925767/parentalite-mere-porteuse-conge-parental-injustice>
- Lavoie, Kévin (2019). *Médiation procréative et maternités assistées : vers une approche relationnelle et pragmatique de la gestation pour autrui et du don d'ovules au Canada* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/22625>
- Lavoie, Kévin et Isabel Côté (2018a). La gestation pour autrui et les réseaux socionumériques : la mise en relation et la négociation des ententes au sein d'une communauté en ligne. Dans Isabel Côté, Kévin Lavoie et Jérôme Courdurières (dir.), *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 207-224). Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, Kévin et Isabel Côté (2018b). Naviguer en eaux troubles : les enjeux légaux découlant de l'absence d'encadrement de la gestation pour autrui au Québec. Dans Vanessa Gruben, Alana Cattapan et Angela Cameron (dir.), *Surrogacy in Canada: Critical perspectives in law and policy* (p. 1-20). Irwin Law.
- Lavoie, Kévin et Isabel Côté (2021). La maternité à l'épreuve du don : secret et dévoilement dans les récits de conception par don d'ovules. *Revue des sciences sociales*, (66), 88-95. <https://doi.org/10.4000/revss.7404>
- Legault, Jean-Benoit (2021, 20 février). L'univers parallèle des dons de sperme en ligne. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/societe/famille/2021-02-20/l-univers-parallele-des-dons-de-sperme-en-ligne.php>
- Lemyre, Brigitte, Ann L. Jefferies et Pat O'Flaherty (2018). Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatrics & Child Health*, 23(8), 515-522. <https://cps.ca/en/documents/position/facilitating-discharge-from-hospital-of-the-healthy-term-infant#ref2>
- Levine, Aaron D., et al. (2017). Assessing the use of assisted reproductive technology in the United States by non-United States residents. *Fertility and Sterility*, 108(5), 815-821. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.07.1168>
- Levron, Yacov, et al. (2014). The 'immunologic theory' of preeclampsia revisited: A lesson from donor oocyte gestations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(4), 383.e1-383.e5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937814002725>
- Luke, Barbara, et al. (2020). Assessment of birth defects and cancer risk in children conceived via *in vitro* fertilization in the US. *JAMA Network Open*, 3(10). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2772342>
- Martinovich, Milenko (2020, March). Uncovering the long-term health outcomes for egg donors. *Science of Caring*. <https://scienceofcaring.ucsf.edu/research/uncovering-long-term-health-outcomes-egg-donors>
- Marvel, Stewart Donnell (2015). *Tracking queer kinships: Assisted reproduction, family law and the infertility trap* [thèse de doctorat, York University, Toronto, Canada]. Osgoode Digital Commons. <https://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/phd/16/>
- Masoudian Pourya, et al. (2016). Oocyte donation pregnancies and the risk of preeclampsia or gestational hypertension: A systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 214(3), 328-339. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.11.020>
- Mercier, Marie-Pier (2021, 9 octobre). *La fécondation in vitro couverte par la RAMQ d'ici novembre*. Radio-Canada - Ici Québec. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1830518/fecondation-in-vitro-gouvernement-quebec-projet-loi-73-vigueur-cycle-fiv>
- Michaud, Josélito (animateur et producteur) (2020, 19 septembre). Quand on prête son corps [vidéo]. Dans *Josélito au cœur du monde*. Radio-Canada – Ici télé. <https://ici.radio-canada.ca/tele/joselito-au-coeur-du-monde/site/episodes/481531/grossesse-corps-adoption-mere-porteuse-parent>
- Min, Jason K., Ed Hughes et David Young (2010). Elective single embryo transfer following *in vitro* fertilization. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(4), 363-377. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34482-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34482-6)
- Miner, Skye A. (2019a). Demarcating the dirty work: Canadian Fertility professionals' use of boundary-work in contentious egg donation. *Social Science & Medicine*, 221, 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.11.039>
- Miner, Skye A. (2019b). *Not bought but sold: Navigating Canada's Assisted Human Reproduction Act abroad and at home* [thèse de doctorat, Université McGill, Montréal]. eScholarship. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/qz20sz23x>

- Miner, Skye A. (2021). "I would want to pay her": Challenging altruistic egg exchanges in Canada through moral patchworks. *Social Science & Medicine*, 272. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113733>
- Ministère des Finances (2021). Modification au crédit d'impôt remboursable pour le traitement de l'infertilité. *Bulletin d'information*, (2021-7). http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Bulletins/fr/BULFR_2021-7-f-b.pdf
- Murugappan, Gayathree, et al. (2018) Gestational carrier in assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 109(3), 420-428. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.11.011>
- Noël, Raphaële, Marie-Alexia Allard et Gabrielle Pelletier (2021). Le don d'ovules dirigé : conjuguer narratif de don et narratif de conception pour penser les origines. *Enfances, Familles, Générations*, (37). <https://www.erudit.org/fr/revues/efg/2021-n37-efg06451/1082325ar/>
- Nguyen, Thi Thanh Yen (2017). Quel est le rôle du pharmacien communautaire dans les protocoles de traitement d'infertilité? *Québec Pharmacie*. http://synergyxconsulting.ca/wp-content/uploads/2017/08/QC-pharmacie_201707_article-sur-infertilit%C3%A9_YN.pdf
- Okun, Nanette et Sony Sierra (2014). Pregnancy outcomes after assisted human reproduction. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, (302), 64-83. [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30685-X/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30685-X/pdf)
- Ontario Hospital Association (2018). *Surrogacy arrangements in Ontario: Guidance for hospitals* (2nd Ed). <https://www.oha.com/learning/product/Surrogacy-Arrangements-in-Ontario-Guidance-for-Hospitals-Second-Edition-11812016137400>
- Overall, Christine (2018). Whose child is this?: "surrogacy", authority, and responsibility. Dans Vanessa Gruben, Alana Cattapan et Angela Cameron (dir.), *Surrogacy in Canada: Critical perspectives in law and policy* (p 29-49). Irwin Law.
- Öztürk, Ruşen, et al. (2021). "The worst time of my life": Treatment-related stress and unmet needs of women living with infertility. *Journal of Community Psychology*, 49(5), 1121-1133. <https://doi.org/10.1002/jcop.22527>
- Parenteau, Marie-Emma (2022, 4 novembre). *L'expérience mémorable de deux pères québécois et d'une mère porteuse terre-neuvienne*. Radio-Canada – Ici Terre-Neuve-et-Labrador. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1930413/mere-porteuse-terre-neuve-montreal-naissance-papas>
- Pavlovic, Zoran, et al. (2020). Comparison of perinatal outcomes between spontaneous vs. commissioned cycles in gestational carriers for single and same-sex male intended parents. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 37, 953-962. <https://doi.org/10.1007/s10815-020-01728-3>
- Payne, Jenny Gunnarsson, Elzbieta Korolczuk et Signe Mezinska (2020). Surrogacy relationships: A critical interpretative review. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 125(2), 183-191. <https://doi.org/10.1080/03009734.2020.1725935>
- Pelletier Gabrielle et Raphaële Noël (2021). Jargon médical : marqueur et médiateur du vécu des couples en procréation médicalement assistée. *Enjeux et société*, 8(1), 84–114. <https://doi.org/10.7202/1076537ar>
- Pennings, Guido, et al. (2014). Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction*, 29(5), 1076-1089. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24626802/>
- Pereira, Henrique (2022). Children of single fathers created by surrogacy: Psychosocial adjustment considerations and implications for research and practice. *Children*, 9(11),1644. <https://doi.org/10.3390/children9111644>
- Peters, Henrike E. et al. (2018). Gestational surrogacy: Results of 10 years of experience in the Netherlands. *Reproductive BioMedicine Online*, 37(6), 725-731. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.09.017>
- Phillips, Amy, et al. (2019). Surrogacy and pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 74(9), 539-545. https://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2019/09000/Surrogacy_and_Pregnancy.18.aspx
- Pour les droits des femmes du Québec (2021). *Le recours aux mères porteuses remet en cause les principes humanistes de la société québécoise : mémoire sur le projet de loi 2, Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil*. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=110134
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2020). Repetitive oocyte donation: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 113(6), 1150-1153. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.03.030>

- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2021). Evidence-based outcomes after oocyte cryopreservation for donor oocyte *in vitro* fertilization and planned oocyte cryopreservation: A guideline. *Fertility and Sterility*, 116(1), 36-47. [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(21\)00142-4/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(21)00142-4/fulltext)
- Procrea Fertilité (s.d.a). *Bienvenue à Procrea de Québec*. <https://procrea.ca/fr/nos-cliniques/quebec/>
- Procrea Fertilité (s.d.b). *Informations importantes et ressources*. Récupéré le 12 octobre 2022 de <https://procrea.ca/fr/informations-importantes-et-ressources/>
- Procrea Fertilité (s.d.c). *Pour la Femme*. Récupéré le 9 décembre 2022 de <https://procrea.ca/fr/traitements-possibles-de-linfertile/pour-la-femme/>
- Prosser, Helen et Natalie Gamble (2016). Modern surrogacy practice and the need for reform. *Journal of Medical Law and Ethics*, 4(3), 257-274. <https://www.ngalaw.co.uk/wp-content/uploads/2022/10/Modern-surrogacy-practice-and-the-need-for-reform-Journal-of-Medical-Law-and-Ethics-2016.pdf>
- Quaas, Alexander M. et Guido Pennings (2018). The current status of oocyte banks: Domestic and international perspectives. *Fertility and Sterility*, 110(7), 1203-1208. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.07.013>
- Radio-Canada (2022, 14 septembre). *Procréa Gatineau prévoit ouvrir son laboratoire au début de l'année 2023*. Radio-Canada – Ici Ottawa-Gatineau. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1914463/procrea-gatineau-fertile-fecondation-in-vitro-permis>
- Rahim, Hannah, et al. (2020). Maternity care providers' perceptions of the implications of birth and gestation tourism for patients, health care providers, and the Canadian health care system. *Canadian Public Policy*, 46(4), 492-507. <https://doi.org/10.3138/cpp.2019-055>
- Rasouli, Melody, et al. (2020). *Pregnancy outcomes with gestational surrogacy compared to non-surrogacy for in-vitro fertilization conception* [résumé de la communication]. ASRM Scientific Congress& Expo. <https://asrm.confex.com/asrm/2020/meetingapp.cgi/Paper/7701>
- Rebar, Robert W. (2020). *Techniques de procréation médicalement assistée*. Le manuel Merck. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/st%C3%A9rilité%C3%A9/techniques-de-procr%C3%A9ation-m%C3%A9dicale-assist%C3%A9e>
- Reigstad, Marte Myhre, et al. (2015). Risk of breast cancer following fertility treatment: A registry based cohort study of parous women in Norway. *International Journal of Cancer*, 136(5), 1140-1148. <https://doi.org/10.1002/ijc.29069>
- Riddle, Mary P. (2017). An investigation into the psychological well-being of the biological children of surrogates. *Cogent Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1305035>
- Romundstad, Liv Bente, et al. (2008). Effects of technology or maternal factors on perinatal outcome after assisted fertilisation: A population-based cohort study. *Lancet*, 372(9640), 737-743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61041-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61041-7)
- Rooney, Kristin L. et Alice D. Domar (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41-47. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/krooney>
- Santé Canada (2019). *Ligne directrice : règlement sur le remboursement relatif à la procréation assistée*. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/programs/consultation-reimbursement-assisted-human-reproduction/r-regulations-guidance-document-fra.pdf>
- Santé Canada (2020). *Interdictions liées à la maternité de substitution*. Gouvernement du Canada. Récupéré le 30 novembre 2022 de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/produits-biologiques-radiopharmaceutiques-therapies-genetiques/legislation-lignes-directrices/procreation-assistee/interdictions-liees-substitution.html>
- Sargisian, Nona, et al. (2022). Cancer in children born after frozen-thawed embryo transfer: A cohort study. *Plos Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004078>
- Schwarze, Juan Enrique, et al. (2017). Do women offered assisted reproduction technologies have a higher incidence of gynecologic cancer? A systematic review and meta-analysis. *JBRA Assisted Reproduction*, 21(2), 115-119. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473704/>
- Schwarze, Juan Enrique, et al. (2018). Is the risk of preeclampsia higher in donor oocyte pregnancies? A systematic review and meta-analysis. *JBRA Assisted Reproduction*, 22(1), 15-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844654/>

- Segal, Thalia, et al. (2018). How much does the uterus matter? Perinatal outcomes are improved when donor oocyte embryos are transferred to gestational carriers compared to intended parent recipients. *Fertility and Sterility*, 110(5), 888-895. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.06.015>
- La Société des néonatalogistes du Québec et l'Association des pédiatres du Québec et Association des pédiatres du Québec (2020). *Consultation sur le projet de loi 73, Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée*. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=107101
- Söderström-Anttila, Viveca, et al. (2016). Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families - a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260-276. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv046>
- Spandorfer, Steven (2017). Unlocking the cause of increased adverse singleton pregnancy outcomes: The role of the assisted reproductive technology derived embryo. *Fertility and Sterility*, 108(6), 953-954. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.10.030>
- Spector, Logan G., et al. (2019). Association of *in vitro* fertilization with childhood cancer in the United States. *JAMA Pediatrics*, 173(6). <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2729182>
- Statistique Canada (2017). Les couples de même sexe au Canada en 2016. *Recensement en bref*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016007/98-200-x2016007-fra.cfm>
- Stewart, Louise M. et Roger Hart (2015). Long-term cancer risks in women after treatment with IVF: Do we have any answers yet? *Womens Health*, 11(1), 7-10. <https://doi.org/10.2217/WHE.14.58>
- Stuvøy, Ingvill (2018). Accounting for the money-made parenthood of transnational surrogacy. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 280-295. <https://doi.org/10.1080/13648470.2017.1392100>
- Szymusik, Iwona, et al. (2019). Perinatal outcome of *in vitro* fertilization singletons - 10 years' experience of one center. *Archives of Medical Science*, 15(3), 666-672. <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.82670>
- Takehara, Isao, et al. (2014). Dizygotic twin pregnancy after single embryo transfer: A case report and review of the literature. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 31(4), 443-446. <https://doi.org/10.1007/s10815-013-0170-3>
- Tarlatzi, Theoni B., et al. (2017). Does oocyte donation compared with autologous oocyte IVF pregnancies have a higher risk of preeclampsia? *Reproductive BioMedicine Online*, 34(1), 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.10.002>
- Tober, Diane, et al. (2021). Alignment between expectations and experiences of egg donors: What does it mean to be informed? *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 12, 1-13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33024845/>
- Toledano, Sarah Jane et Kristin Zeiller (2017). Hosting the others' child? Relational work and embodied responsibility in altruistic surrogate motherhood. *Feminist Theory*, 18(2), 159-175. <https://doi.org/10.1177/1464700117700048>
- Van den Belt-Dusebout, Alexandra, et al. (2016). Ovarian stimulation for *in vitro* fertilization and long-term risk of breast cancer. *JAMA*, 316(3), 300-312. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27434442/>
- Vukets, Cynthia (2011, September 9). Surrogate mother's nightmare. *Toronto Star*. https://www.thestar.com/news/canada/2011/09/09/surrogate_mothers_nightmare.html
- Wang, Ning, et al. (2021). Sudden death due to severe ovarian hyperstimulation syndrome: An autopsy-centric case report. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 42(1), 88-91. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33186129/>
- Wang, Tingting, et al. (2018). Cancer risk among children conceived by fertility treatment. *International Journal of Cancer*, 144(12), 3001-3013. <https://doi.org/10.1002/ijc.32062>
- White, Pamela M. (2017). Canada's surrogacy landscape is changing: Should Canadians care? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(11), 1046-1048. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.017>
- White, Pamela M. (2018a) Commercialization, altruism, clinical practice: Seeking explanation for similarities and differences in Californian and Canadian gestational surrogacy outcomes. *Women's Health Issues*, 28(3), 239-250. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.01.004>

- White, Pamela M. (2018b). "Why we don't know what we don't know" about Canada's surrogacy practices and outcomes. Dans Vanessa Gruben, Alana Cattapan et Angela Cameron (dir.), *Surrogacy in Canada: critical perspectives in law and policy* (p. 51-80). Irwin Law.
- Williams, C. L., et al. (2018). Cancer risk in children born after donor ART. *Human reproduction*, 33(1), 140-146. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex333>
- Woo, Irene, et al. (2017). Perinatal outcomes after natural conception versus *in vitro* fertilization (IVF) in gestational surrogates: a model to evaluate IVF treatment versus maternal effects. *Fertility and Sterility*, 108(6), 993-998. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.09.014>
- Woodriff, Molly, Mark V. Sauer et Robert Klitzman (2014). Advocating for longitudinal follow-up of the health and welfare of egg donors. *Fertility and Sterility*, 102(3), 662-666. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.05.037>
- Yee, Samantha, Carly V. Goodman et Clifford L. Librach (2019). Determinants of gestational surrogates' satisfaction in relation to the characteristics of surrogacy cases. *Reproductive Biomedecine Online*, 39(2), 249-261. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.04.001>
- Yee, Samantha, Eric Blyth et A. Ka Tat Tsang (2011). Oocyte donors' experiences of altruistic known donation: A qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 404-415. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.611938>
- Yee, Samantha, et al. (2017). The experience of canadian gestational carriers (GC) with the surrogacy process. *Fertility and Sterility*, 108(3) Supplement. [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(17\)31403-6/fulltext#relatedArticles](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(17)31403-6/fulltext#relatedArticles)
- Yee, Samantha et Clifford L. Librach (2019). Analysis of gestational surrogates' birthing experiences and relationships with intended parents during pregnancy and post-birth. *Birth*, 46(4), 628-637. <https://doi.org/10.1111/birt.12450>
- Yee, Samantha, Shilini Hemalal et Clifford L. Librach (2020). "Not my child to give away": A qualitative analysis of gestational surrogates' experiences. *Women and Birth*, 33(3), e256-e265. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.02.003>
- Zadeh, Sophie, et al. (2018) The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*, 33(6), 1099-1106. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey088>
- Zhang, Yaoyao, et al. (2020). The association between fertility treatments and the incidence of paediatric cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, 138, 133-148. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.08.001>
- Zhang, Youzhen, et al. (2022). Assisted reproductive technology treatment, the catalyst to amplify the effect of maternal infertility on preterm birth. *Frontiers in Endocrinology*. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.791229>

Législation et réglementation

Code civil du Québec.

Loi sur la procréation assistée, LC 2004, c 2.

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c P-34.1.

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, RLRQ, c A-5.01.

PL 2, *Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil*, 2ème sess., 42e lég., Québec, 2021.

Règlement sur le remboursement relatif à la procréation assistée, DORS/2019-193.

Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée, RLRQ, c A-5.01, r. 1.

Jurisprudence

Adoption — 1445, 2014 QCCA 1162

Adoption — 161, 2016 QCCA 16

Québec (Protection de la jeunesse) c X, 2017 QCCQ 15359



**Conseil du statut
de la femme**

Québec

