



Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes 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*

 **FMSQ**

Spécialistes de vous

Table des matières

INTRODUCTION	3
GESTATION POUR AUTRUI ET SON ENCADREMENT	4
Préparation à la démarche.....	5
Conditions de la gestation pour autrui.....	7
Consentement quant au lien de filiation	9
Procréation assistée : attestation au préalable	10
Conditions médicales de la mère porteuse	11
Exigence d'une première grossesse	12
Enfants naissants avec une condition médicale particulière	13
Données en lien avec la gestation pour autrui	14
CONNAISSANCE DES ORIGINES ET CONFIDENTIALITÉ	15
Protection de l'adopté	16
IDENTITÉ DE GENRE ET CHANGEMENT DE SEXE	17
Sexe et affirmation du genre	17
Demande de changement à la mention du sexe et identité de genre	19
Demande d'ajout ou de changement d'identité de genre pour les mineurs	22
Ambiguïté sexuelle	23
INTÉRÊT DE L'ENFANT	25
Violence familiale.....	25
Parentalité.....	26
CONCLUSION.....	27

Introduction

La Fédération des médecins spécialistes du Québec souhaite remercier la Commission des institutions de l'Assemblée nationale du Québec de lui permettre de commenter 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*.

La Fédération regroupe 59 spécialités médicales représentant plus de 10 000 médecins spécialistes québécois de toutes les disciplines médicales, chirurgicales, d'imagerie et de laboratoire.

L'encadrement juridique du modèle familial est au cœur du travail des médecins, et plus particulièrement des médecins spécialistes.

Comme professionnels de la santé, les pédiatres, internistes, généticiens, psychiatres, plasticiens, obstétriciens-gynécologues et gériatres, pour ne nommer que ceux-là, composent tous les jours avec les dynamiques familiales, la recherche de connaissance des origines, les questions d'identité de genre et plus spécifiquement les chirurgies d'affirmation du genre.

C'est pourquoi nous nous sentons aujourd'hui interpellés par cette pièce législative et voulons faire quelques commentaires et recommandations à l'intention des parlementaires dans leur rôle de législateur.

Ces commentaires sont issus de réflexions interdisciplinaires qu'a conduites la Fédération en collaboration avec les spécialités concernées.

Ces réflexions se veulent apolitiques et avant tout basées sur la science et l'expertise concrète des médecins spécialistes qui œuvrent auprès de patientèles particulières qui sont visées par des volets importants de ce projet de loi.

Nous aborderons donc dans ce document quatre thèmes : la gestation pour autrui et son encadrement, la connaissance des origines et la confidentialité du dossier médical, la question de l'identité de genre et du changement de sexe et enfin, la primauté de l'intérêt de l'enfant.

La Fédération soumet dans ce document 18 recommandations afin de bonifier la pièce législative.

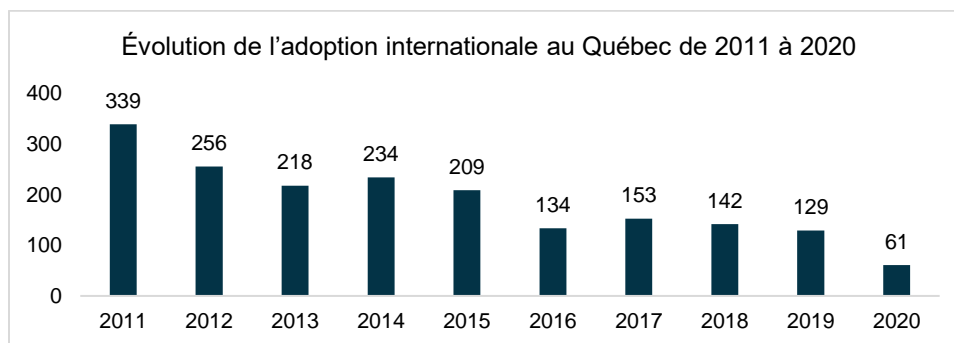
Gestation pour autrui et son encadrement

D'emblée, la Fédération salue la mise en place d'un cadre législatif autour du projet de gestation pour autrui (« **GPA** »)¹.

Cet encadrement est, selon nous, à la fois bénéfique pour les parents d'intention, l'enfant à naître et la mère porteuse. Les médecins spécialistes constatent depuis maintenant de nombreuses années la nécessité d'un encadrement législatif en matière de gestation pour autrui étant confrontés à la réalité de ce type de projet parental dans leur pratique médicale et aux défis et enjeux qu'il implique.

Le recours à la GPA est en croissance au Canada et il est important de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit ce changement. Grâce aux avancées technologiques, les médecins spécialistes en fertilité et reproduction accompagnent les parents ne pouvant mener à bien un projet parental naturellement. Selon Statistique Canada, c'est un couple sur six qui est touché par l'infertilité.

Cette tendance est conjuguée à une diminution graduelle, mais stable de l'adoption internationale.



Il y a donc un urgent besoin d'une réforme du droit de la famille pour venir créer des balises et ajuster le Code civil du Québec (« **C.c.Q.** ») à cette réalité.

¹ Dans le cadre de ce mémoire, « la personne seule ou les conjoints ayant formé le projet parental » seront désignés comme étant les « **parents d'intention** » et « la femme ou la personne qui a accepté de donner naissance à l'enfant » sera désignée comme étant la « **mère porteuse** » afin de faciliter la lecture.

L'évolution des modèles familiaux est, selon nous, la seconde raison qui vient militer pour une réforme en profondeur du droit de la famille.

La position de la Fédération relativement à la GPA est basée sur trois critères : celui du respect des couples à mener à bien un projet parental, le respect de l'intégrité de la mère porteuse et l'intérêt de l'enfant une fois qu'il sera né.

Il faut savoir qu'il n'existe que très peu de statistiques sur la GPA au Canada. Selon les informations des publications spécialisées en la matière, 2% des fécondations *in vitro* (« FIV ») seraient effectuées auprès de mères porteuses. De ce nombre, 21% seraient pour des pères de même sexe ou des pères seuls.²

Les critères de gestation pour autrui

1. Respect des couples à mener à bien un projet parental
2. Respect de l'intégrité de la mère porteuse
3. Intérêt de l'enfant une fois qu'il sera né

Il existe encore plusieurs contraintes qui sont, de notre avis, assez majeures dans le cadre de la gestation pour autrui. Peu de ressources de consultation spécialisée sont disponibles; les cliniques de fertilité offrent elles-mêmes certains services, conseils et accompagnements dans le cadre de la réalisation d'un tel projet parental; le nombre de cliniques offrant ce service est limité et n'est que peu accessible en région.

Également, la mise en place de ce changement législatif devra être accompagné de formation du personnel à cette nouvelle réalité, de l'adaptation des formulaires hospitaliers, de documentation pour les mères porteuses n'ayant pas d'enfant à charge, etc.

Ce sont là des recommandations émanant d'expériences d'autres provinces canadiennes ayant fait le choix d'encadrer la pratique de GPA.

Préparation à la démarche

La Fédération est satisfaite que le gouvernement du Québec propose une démarche de prise de conscience des enjeux et des défis que peut poser la GPA, tant pour la mère

² *Fantus S. A Report on the Supports and Barriers of Surrogacy in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2020 Jun;42(6):803-805. doi: 10.1016/j.jogc.2020.01.016. Epub 2020 Mar 21. PMID: 32205049.*

porteuse en devenir que pour les parents d'intention, en mettant en place une participation obligatoire à une rencontre d'information préalable à la grossesse.

Il s'agit, selon nous, d'une démarche essentielle et d'un investissement en temps relativement limité pour toute personne étant intéressée par ce processus.

Nous avons cependant certains questionnements en ce qui concerne la désignation d'un professionnel, membre d'un ordre professionnel par le ministre de la Justice.

Le gouvernement devrait divulguer clairement ses intentions relativement aux professionnels qui seront sollicités pour la dispensation de ces rencontres d'information, à plus forte raison si les médecins spécialistes sont sollicités.

Nous croyons déduire qu'il s'agit d'intervenants dans le domaine psychosocial, soit des travailleurs sociaux ou des psychologues. Si tel est le cas, il est important de rappeler que ce type de professionnels est déjà fortement sollicité et que, dans un contexte de pénurie de personnel et de besoins accrus créés par la pandémie mondiale de la COVID-19, cela pourrait avoir un impact sur l'accessibilité de ces ressources offrant des soins de santé au Québec.

Nous recommandons donc au gouvernement d'envisager, avec l'aide de divers professionnels de la santé, l'élaboration de sources d'information et d'outils pour guider la prestation des rencontres d'information obligatoires. Sur une base volontaire, il pourrait également être intéressant d'offrir la possibilité d'une séance d'information groupée ou encore d'une formation en ligne lorsque le contexte peut s'y prêter.

Nous suggérons d'ailleurs fortement qu'un accompagnement psychosocial soit rendu disponible, en cas de besoin, pour la mère porteuse et pour les parents d'intention pendant l'ensemble du processus et pour un certain moment après la naissance de l'enfant. Nous croyons aussi que ces échanges et ces formations en matière de gestation pour autrui doivent faire partie intégrante du parcours interdisciplinaire lequel inclut le médecin omnipraticien, le médecin spécialiste, le personnel infirmier, le pharmacien, le travailleur social, le psychothérapeute, etc. L'encadrement juridique de la gestation pour autrui revêt une importance majeure en matière de consentement aux soins dans le domaine médical et l'ensemble des professionnels de la santé doit y être sensibilisé.

Recommandation 1.

Envisager, avec l'aide de divers professionnels de la santé, dont les médecins spécialistes concernés, l'élaboration de sources d'information et d'outils didactiques pour guider la prestation des rencontres d'information obligatoires.

Recommandation 2.

Rendre disponible un accompagnement psychosocial pendant l'ensemble du processus du projet parental de gestation pour autrui et pour un certain moment après la grossesse.

Conditions de la gestation pour autrui

Globalement, la Fédération est satisfaite de l'encadrement proposé dans le projet de loi. En effet, nous croyons que le législateur a su adéquatement protéger à la fois les droits de la mère porteuse, mais aussi ceux des parents d'intention.

La convention de GPA est, selon nous, un outil essentiel qui est en adéquation au cadre législatif entourant ce processus. Cet outil est d'ailleurs une pratique courante dans plusieurs autres provinces canadiennes comme l'Ontario ou la Colombie-Britannique.

Toujours en gardant en tête que la femme doit pouvoir être maître de son corps, nous saluons le fait qu'elle seule puisse mettre fin à la grossesse.

Un règlement devra déterminer les renseignements concernant le profil de la mère porteuse et les autres éléments que devra contenir la convention. Les modalités particulières que devra respecter la convention seront également déterminées par règlement à être édicté. À l'heure actuelle, il n'est donc pas possible de connaître les balises précises qui encadreront la rédaction de la convention de gestation pour autrui. Dans ce contexte, nous sommes inquiets que, dans le cadre de la convention de GPA, des indications cliniques puissent peut-être être précisées et venir créer des obligations ou des contraintes pour la patiente et son soignant.

La relation entre le médecin et sa patiente est avant tout une relation individuelle protégée par le secret professionnel et basée sur la confiance et le respect. La confidentialité des informations et des décisions médicales pendant la grossesse appartient à la mère porteuse et doit être préservée en tout temps.

Les médecins spécialistes œuvrent parfois dans des contextes difficiles où la patiente peut refuser légalement des soins, et ce, malgré leur extrême nécessité. Dans d'autres contextes, le médecin aura accès à certaines informations médicales qui pourraient potentiellement avoir un impact sur l'enfant à naître.

À titre d'exemple, si une mère porteuse venait à être en contravention avec sa convention de GPA pour consommation de substances et que cette information n'était pas connue

des parents d'intention, nous croyons qu'il n'est pas le rôle du médecin de venir effectuer cette délation. Le rôle du médecin est avant tout de comprendre la patiente et de l'aider à se sevrer et aller chercher les aides thérapeutiques, médicamenteuses et psychosociales en conséquence.

Un autre exemple serait qu'un médecin recommande une thérapie médicamenteuse à une patiente qui est une mère porteuse, mais que sa convention de GPA l'interdise. C'est pourquoi la Fédération demande au gouvernement dans ses prises de position de protéger ce lien professionnel entre soignant et patient. Toute information relative à l'état de santé de la mère au cours de la grossesse et de l'accouchement devrait être tenue confidentielle, sous réserve du consentement de la mère, et toute décision devrait être préservée par le secret professionnel.

Dans le cas qui nous occupe, rien n'empêche, dans la pièce législative, et subsidiairement, dans la convention de GPA, les parents d'intention de faire certaines demandes, sous réserve du consentement de la mère porteuse, allant jusqu'à accompagner la mère porteuse à certaines rencontres avec son médecin, à dévoiler certaines données médicales, etc. Toutefois, la mère porteuse ne doit subir aucune pression de la part des parents d'intention relativement à la prise d'une décision médicale qui lui appartient. La confidentialité des informations médicales pendant la grossesse devrait d'ailleurs obligatoirement être abordée lors de la rencontre d'information préalable.

Le législateur devrait, selon nous, protéger la primauté de la relation patient-soignant sur toute disposition prévue par convention de GPA et faire primer la santé et l'intégrité physique de la femme. Nous sommes d'avis que le projet de loi devrait énoncer clairement que toute décision médicale devant être prise pendant la grossesse ou l'accouchement appartient à la mère porteuse et est protégée par le secret professionnel.

En effet, les soignants ne peuvent pas –et ne doivent pas– se retrouver au centre d'un litige qui pourrait opposer une mère porteuse et des parents d'intention. Cela viendrait effriter la confiance du patient et potentiellement affecter la relation de soins.

Recommandation 3.

Ajouter une disposition énonçant clairement que toute décision médicale devant être prise pendant la grossesse ou l'accouchement appartient à la mère porteuse et est protégée par le secret professionnel, et ce, malgré toute disposition contraire de la convention de gestation pour autrui.

Consentement quant au lien de filiation

Le projet de loi prévoit que le consentement de la mère porteuse à l'effet que son lien de filiation à l'égard de l'enfant soit réputé n'avoir jamais existé et à ce qu'un lien de filiation soit établi à l'égard des parents d'intention doit être donné au plus tard 30 jours à compter de la naissance de l'enfant, mais pas avant que 7 jours ne se soient écoulés depuis sa naissance.

On prévoit également que, dès la naissance, l'enfant est confié aux parents d'intention, sauf s'il y a opposition de la mère porteuse et que le fait de confier l'enfant emporte de plein droit la délégation de l'autorité parentale. Il est toutefois prévu que cette délégation peut être constatée dans un acte notarié ou dans un écrit fait devant deux témoins.

Si cette délégation s'opère de plein droit, est-ce que le législateur sous-entend ici la possibilité pour la mère porteuse de ne déléguer que certains attributs de l'autorité parentale ?

Dans tous les cas, il est primordial de porter une attention particulière à la nécessité pour les professionnels de la santé d'être en mesure de déterminer immédiatement après la naissance de l'enfant à qui appartient le consentement aux soins requis par l'état de santé du nouveau-né.

En matière de soins de santé du nouveau-né, aucune ambiguïté ne doit subsister pour les professionnels de la santé quant au détenteur de l'autorité parentale au moment de la naissance.

Les cas de complications entre la naissance du nouveau-né et les 30 premiers jours ne sont pas rares et ne sont pas théoriques. Particulièrement dans les cas de fécondation in vitro qui peuvent engendrer des risques comme la grossesse multiple.

Des décisions d'urgence, parfois très invasives, doivent être prises, et ce, dès les premières minutes parfois de la naissance de l'enfant.

Que ce soit une hypoxie du nouveau-né, un cas de réanimation néonatale, une anémie, une atteinte au cerveau, une malformation cardiaque ou une jaunisse, ce sont des pathologies qui nécessitent une intervention immédiate et un consentement explicite du parent.

Dans le cadre législatif actuel et en l'absence de reconnaissance de la validité d'une convention de gestation pour autrui, lorsque les médecins sont confrontés à la naissance de l'enfant, une ambiguïté subsiste quant à l'exercice de l'autorité parentale. Ambiguïté qui survient malheureusement très souvent dans des circonstances qui peuvent être extrêmement difficiles pour la mère porteuse et les parents d'intention.

Nous croyons donc que le nouveau cadre législatif doit absolument permettre aux professionnels de la santé d'identifier rapidement qui est légalement autorisé à prendre les décisions médicales relatives à la santé du nouveau-né et aucune ambiguïté ne doit subsister à cet égard au moment de la naissance.

Nous jugeons d'ailleurs absolument nécessaire que ces enjeux relatifs à l'autorité parentale soient abordés lors de la rencontre d'information préalable.

Dans le même ordre d'idée, nous nous interrogeons sur la nécessité du délai de 30 jours octroyé à la mère porteuse pour donner son consentement.

Recommandation 4.

Modifier le projet de loi afin que les parents d'intention bénéficient d'emblée de l'autorité parentale à l'égard du nouveau-né dès sa naissance pour toute décision médicale que son état pourrait nécessiter.

Procréation assistée : attestation au préalable

Le projet de loi prévoit qu'avant d'exercer toute activité de procréation assistée dans le cadre d'un projet parental impliquant une GPA, le médecin doit avoir obtenu, au préalable, une attestation du notaire confirmant l'existence d'une convention notariée entre la mère porteuse et les parents d'intention.

Bien que nous reconnaissons l'intention du législateur d'assurer la conformité des projets de gestation pour autrui, nous croyons respectueusement qu'il n'est pas le rôle du médecin d'agir à titre d'extension administrative de l'État afin de valider la documentation qui pourrait exister entre la mère porteuse et les parents d'intention. Nous demandons donc le retrait de cette exigence à l'égard des médecins exerçant en centre de procréation assistée.

À l'égard de cette nouvelle exigence, nous nous questionnons d'ailleurs quant à la possibilité pour le médecin d'être préalablement informé dans tous les cas de figure de l'existence d'un projet de gestation pour autrui et quant à la marche à suivre en cas de prise de connaissance de ce projet en cours de processus. En tout temps, la relation entre

le médecin et sa patiente doit être préservée et centrée sur des impératifs de santé.

Pour cette raison, il nous apparaît inacceptable d'assujettir cette exigence à toute forme d'infraction ou de pénalité. Selon nous, le médecin ne devrait d'aucune façon pouvoir être tenu responsable quant à l'obtention de ladite attestation puisque malgré sa diligence, la patiente peut omettre volontairement de divulguer qu'il s'agit d'une gestation pour autrui.

Recommandation 5.

Retirer l'exigence pour le médecin d'obtenir, avant d'exercer toute activité de procréation assistée impliquant une gestation pour autrui, une attestation du notaire confirmant l'existence d'une convention notariée prévue à l'article 143 du projet de loi.

Subsidiairement, retirer la disposition pénale prévue pour les médecins spécialistes n'ayant pu confirmer l'existence d'une convention notariée entre la mère porteuse et les parents d'intention.

Conditions médicales de la mère porteuse

Le projet de loi est également peu détaillé sur les conditions médicales de la mère porteuse. Nous comprenons que le programme de procréation médicalement assistée (« **PMA** ») assuré par l'État prévoit des critères et des balises quant aux services qui sont couverts, de même que des critères d'admissibilité.

Or, dans le cas d'un service de procréation financé par les parents d'intention, le projet de loi ne prévoit que peu d'encadrement des conditions cliniques des mères porteuses. Plus inquiétant encore, il ne prévoit pas de disposition pouvant donner au ministre le pouvoir d'intervenir de quelconque façon dans le futur si la situation le nécessitait.

Ainsi, une mère porteuse pourrait, au-delà de sa période cible de fertilité, vouloir porter l'enfant d'un couple de parents d'intention.

Cette personne ne pourrait être admissible au programme précité, mais serait néanmoins considérée comme une grossesse à risque entraînant une prise en charge sérieuse par un obstétricien-gynécologue et un suivi de grossesse conséquent.

Dans tous les cas, cela pose certaines questions éthiques sur les coûts, les soins de santé, la disponibilité des ressources et les risques inhérents à une telle démarche à développer une pathologie maternelle comme le diabète de grossesse, un risque accru de fausse couche, une malformation utérine, de l'hypertension artérielle, un décès, etc.

Bien que ces situations puissent être très rares et anecdotiques, nous croyons que le

gouvernement devrait tout de même se réserver le pouvoir réglementaire de légiférer en la matière s'il advenait que les statistiques démontrent une situation problématique en lien avec les critères d'admissibilité des mères porteuses autorisées à entreprendre une convention de GPA.

Recommandation 6.

Ajouter la possibilité pour le ministre de venir, par règlement, statuer sur les critères d'admissibilité d'une personne pouvant conclure une convention de gestation pour autrui.

Exigence d'une première grossesse

Le projet de loi prévoit actuellement que toute femme domiciliée au Québec depuis plus d'un an ayant 21 ans puisse devenir une candidate comme mère porteuse.

Nous croyons qu'afin de pouvoir pleinement consentir au projet de GPA et comprendre les implications pour autrui d'un tel acte d'abnégation, une femme devrait avoir expérimenté une première grossesse avant d'être éligible à pouvoir le faire pour autrui.

Cette réflexion se base sur plusieurs principes. Le premier est l'aptitude à consentir à une grossesse alors que la mère porteuse en devenir ne l'aurait jamais vécu. Le second est l'expérience, une mère porteuse ayant déjà vécu une grossesse sera plus en mesure de comprendre les changements corporels, hormonaux, etc. de la grossesse et serait d'emblée mieux outillée et habilitée à le faire pour une tierce personne. C'est vrai pour l'ensemble du processus de gestation ainsi que dans le continuum de soins offert à la patiente. En troisième lieu, la question de l'attachement, sans qu'il n'y ait d'étude probante sur la question des liens affectifs entre la mère porteuse et l'enfant qu'elle porte, nous vous soumettons que la GPA représente en soi une épreuve importante et nous jugeons que d'avoir déjà eu un enfant permet à la mère porteuse de mieux comprendre l'acte qu'elle posera, à savoir, de renoncer à son lien de filiation avec l'enfant à naître. Enfin, dans le cas d'une mère porteuse ayant déjà porté un enfant, il y a une confirmation implicite de sa fertilité, les risques inhérents en sont donc d'autant diminués en plus d'avoir évacué toute condition médicale qui aurait pu empêcher la grossesse.

Pour toutes ces raisons, nous croyons qu'il serait sage de prévoir que seules les femmes ayant déjà porté une grossesse à terme puissent être candidates comme mères porteuses.

Recommandation 7.

Ajouter comme modalité encadrant la gestation pour autrui un critère d'admissibilité relatif au fait d'avoir déjà complété une grossesse avec succès.

Enfants naissants avec une condition médicale particulière

Le projet de loi est également silencieux sur une réalité bien présente, soit celle des enfants nés avec différentes conditions médicales particulières, allant du retard de croissance au handicap ou à une déficience intellectuelle ou à une pathologie génétique.

On estime à quatre pour cent (4%) les enfants qui sont touchés par une de ces conditions. Comme personnel soignant, nous côtoyons, soignons et aidons ces petits patients qui ont besoin de niveaux de soins plus importants que la plupart des enfants.

Nous sommes sensibles à leur réalité et à leur prise en charge adéquate.

La médecine moderne permet d'identifier certaines maladies grâce à des examens fœtopathologiques *in utero*.

Nous rappelons que seule la mère porteuse peut prendre la décision de recourir à une interruption de grossesse et les informations médicales relatives à la grossesse sont de nature confidentielle, à moins du consentement de la mère porteuse de les divulguer aux parents d'intention.

Conséquemment, nous vous soumettons que ces éléments devraient obligatoirement être discutés entre la mère porteuse et les parents d'intention préalablement à tout projet de gestation pour autrui afin que tous soient informés de leurs droits et obligations. Il nous apparaît essentiel que le projet de loi soit clair en indiquant que les parents d'intention acceptent tous les risques inhérents à la santé de l'enfant à naître. Cette décision doit être éclairée, et pour ce faire, les parents d'intention doivent être informés qu'ils ne pourront pas suppléer aux décisions médicales de la mère porteuse au cours de la grossesse. Cette information devrait également être traitée dans le cadre de la rencontre d'information préalable.

En contrepartie de l'acceptation des risques par les parents d'intention, nous croyons toutefois qu'il est tout à fait légitime que ces derniers bénéficient de l'autorité parentale à l'égard du nouveau-né dès sa naissance pour toute décision médicale que son état pourrait nécessiter, comme nous l'avons recommandé plus haut.

Recommandation 8.

Ajouter une disposition énonçant clairement que les parents d'intention acceptent tous les risques inhérents à la santé de l'enfant à naître, et ce, malgré toute disposition contraire de la convention de gestation pour autrui.

Données en lien avec la gestation pour autrui

Les médecins spécialistes effectuent différentes études et divers suivis de la santé populationnelle. Le projet de loi est actuellement muet sur les indicateurs de suivi qui vont être mis en place dans le cadre de projets parentaux de GPA.

Afin d'effectuer un suivi rigoureux des cas de GPA et de permettre aux médecins spécialistes qui effectuent de la recherche scientifique de pouvoir colliger des données et de bien conseiller leurs patients(es), nous jugeons que différentes données devraient être déclarées et recensées auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux comme le profil des patientes qui sont des mères porteuses, leur âge, leur situation socio-économique, leur origine, leur région de domicile, le profil du nouveau-né, les complications après la naissance, etc. Un suivi des coûts afférents à cette nouvelle réalité devrait également être fait.

Ces données permettront aux chercheurs et experts de juger si des balises doivent être mises en place et mieux conseiller le gouvernement en la matière.

Aujourd'hui la plupart des études scientifiques s'entendent pour dire qu'il existe un manque criant de données au sujet de la GPA, des mères porteuses et des conditions du nouveau-né.

Recommandation 9.

Mettre en place un profil de déclaration au moment d'une naissance et un an suivant cette dernière, issue d'une gestation pour autrui.

Connaissance des origines et confidentialité

La Fédération se réjouit de la consécration d'un nouveau droit à la connaissance des origines reconnaissant ainsi à toutes les Québécoises et tous les Québécois le droit de connaître tous les pans de leur histoire, incluant l'identité de leur géniteur et gestatrice ou, selon le cas, du tiers ayant fourni les forces génétiques auxquelles ils doivent leur conception.

S'il est vrai que la connaissance des origines d'un individu peut s'avérer essentielle pour construire son identité, c'est tout aussi vrai pour le patrimoine génétique de cet individu qui pourrait avoir des impacts significatifs sur sa santé.

Le projet de loi, tel que présenté, prévoit que la communication de renseignements de santé peut se faire par les autorités médicales concernées grâce à l'attestation écrite du médecin déclarant que la santé de l'adopté, du parent biologique, de la personne issue d'une procréation impliquant la contribution d'un tiers, de ce tiers ou de l'un de leurs proches liés génétiquement le justifie. Considérant la nature confidentielle et sensible de ces renseignements, l'exigence d'une justification pour leur communication nous apparaît tout à fait adéquate.

Nous nous interrogeons toutefois à savoir si le désir d'une personne de connaître ses antécédents médicaux à des fins préventives seulement pourrait constituer une justification suffisante permettant au médecin d'en obtenir communication. La question n'est pas sans intérêt pour les enfants adoptés ou issus d'un don d'un tiers puisque les antécédents médicaux familiaux permettent de prévenir plusieurs maladies pour lesquelles ces enfants seraient génétiquement ou biologiquement prédisposés, allant des risques de maladies héréditaires ou génétiques à la possibilité de développer des maladies courantes telles que les maladies cardiovasculaires, l'asthme, l'obésité, etc.

Dans les cas où le statut d'un porteur d'une mutation génétique est identifié précocement, les professionnels de la santé peuvent mieux adapter le parcours de soins et prévenir certains facteurs de risques comme le cancer en jeune âge ou des malformations congénitales. Il permet aussi l'identification de maladies monogéniques comme la fibrose kystique.

Tous ces exemples mettent en lumière l'impact substantiel que la connaissance de l'information médicale ou génétique peut avoir sur la santé d'une personne.

La méconnaissance d'un patient quant à son historique médical et génétique risque fort bien de rendre toute prévention de la maladie impossible. La sécurité du patient pourrait ainsi être compromise en ce qu'il pourrait être empêché d'obtenir des soins de santé en temps opportun pour une condition cliniquement significative pour sa santé.

Nous vous soumettons donc que le libellé devrait être modifié de façon à prévoir la possibilité pour l'adopté ou la personne issue d'une procréation impliquant la contribution d'un tiers d'avoir accès aux renseignements médicaux à des fins de prévention considérant l'importance que la connaissance de ses renseignements peut avoir sur la santé de cet individu.

Recommandation 10.

Modifier le libellé des articles 542.14 et 584 C.c.Q. et 71.3.13 et 71.15.2 de la *Loi sur la protection de la jeunesse* afin de permettre la communication de renseignements médicaux à des fins préventives considérant que ces renseignements pourraient aider à l'identification précoce d'une maladie et d'un traitement pour la personne adoptée ou issue d'une procréation impliquant la contribution d'un tiers.

Protection de l'adopté

En matière d'adoption, le projet de loi promeut la levée de la confidentialité autant au profit de l'adopté que de la famille d'origine, en ce que le législateur reconnaît le droit de l'enfant à la connaissance de ses origines, mais également le droit pour la famille d'origine, lorsque l'adopté est majeur, de connaître l'identité et les renseignements de contact de ce dernier.

Nous comprenons les restrictions d'accès imposées aux parents d'origine lorsque l'enfant est mineur. En effet, il convient de préserver la quiétude de l'environnement familial dans lequel évolue l'enfant.

Nous nous préoccupons toutefois quant aux risques psychologiques que peuvent entraîner les retrouvailles entre la famille d'origine et l'adopté, et ce même lorsque ce dernier atteint l'âge de la majorité.

Bien qu'à l'âge de 18 ans l'enfant soit reconnu comme majeur légalement, il n'a cependant pas terminé le développement de sa personnalité. Effectivement, les fonctions exécutives les plus complexes (la planification, l'anticipation, l'inhibition comportementale, la flexibilité mentale, les capacités d'adaptation, la solidité identitaire, etc.) continuent de se développer, le cerveau humain n'atteignant la maturité qu'à l'âge de 25 ans.

Ainsi, le désir pour un membre de la famille d'origine de vouloir s'immiscer dans la sphère privée de l'adopté peut être des plus perturbant pour ce dernier. Par conséquent, nous voulons nous assurer qu'un filet de sécurité adéquat entoure l'adopté lorsque sa famille d'origine tente d'entrer en contact avec lui, notamment à l'égard de la communication faite à l'adopté et des services d'accompagnement psychosocial qui lui sont offerts. Une telle intervention s'avère très délicate et nécessite la plus grande attention provenant des

professionnels des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. Nous pouvons simplement penser au choc et l'ébranlement que provoquerait une situation où l'adopté apprenait de la bouche d'un professionnel la vérité sur ses origines. Par ailleurs, l'adolescence et l'âge de jeune adulte étant les moments où l'on forme son identité, et que la formation identitaire peut être plus complexe psychologiquement pour une personne adoptée, une intrusion non souhaitée des géniteurs dans sa vie pourrait sérieusement compromettre cette tâche développementale.

Nous souhaitons qu'il soit davantage précisé que l'adopté puisse refuser ou retarder les retrouvailles avec les géniteurs si celles-ci ne sont pas opportunes pour son développement. En outre, il devra pouvoir bénéficier d'un accompagnement professionnel adéquat qui saura lui servir d'intermédiaire et de facilitateur lors des retrouvailles. Ces services psychosociaux devraient ainsi viser à clarifier et soutenir la prise de décision de l'adopté, l'informer de sa possibilité d'exprimer un refus à la divulgation de son identité ou de ses renseignements de contact ou le préparer à la rencontre avec sa famille d'origine.

Nous croyons ainsi que le projet de loi devrait venir préciser davantage l'étendue des services d'accompagnement psychosocial qui pourraient minimalement être offerts à l'adopté.

Recommandation 11.

Préciser la portée de l'accompagnement psychosocial de l'adopté.

Préciser davantage le droit de l'adopté de refuser ou de retarder les retrouvailles avec ses géniteurs.

Identité de genre et changement de sexe

Sexe et affirmation du genre

La Fédération souhaite saluer le recul annoncé par le ministre de la Justice du Québec relativement aux aspects du projet de loi touchant l'identité de genre et le changement de sexe, particulièrement quant au retrait de l'obligation pour une personne de subir une chirurgie génitale pour pouvoir changer la mention du sexe sur son acte de naissance.

Nous demeurons cependant prudents quant aux amendements qui sont toujours, au

moment d'écrire ces lignes, à être déposés par le ministre.

Bien que nous ne doutions pas de la sincérité du gouvernement dans cette démarche, nous souhaitons tout de même amener un éclairage quant aux motifs qui sous-tendent la position de la Fédération à l'effet qu'un retrait pur et simple de cette portion du projet de loi était nécessaire.

Considérant la société post-moderne dans laquelle nous évoluons aujourd'hui, nous nous interrogeons également quant à la pertinence, l'utilité et la nécessité de la mention du sexe à l'état civil et sur les autres documents d'identification d'un individu, tels que le permis de conduire, le passeport, la carte d'assurance maladie, etc. Nous croyons qu'il s'agit d'une réflexion légitime sur laquelle le ministre devrait se pencher.

Demande de changement à la mention du sexe et identité de genre

Le projet de loi, tel que présenté, semble à la fois aller à l'encontre de la volonté même exprimée par les personnes transgenres et non binaires dans leur expression du genre de même que ne pas être en cohérence avec les avancées des dernières années des personnes LGBTQ+.

Le projet de loi établit une nette distinction entre la mention du sexe et la mention du genre en modifiant notamment les conditions requises pour obtenir un changement de la mention de sexe sur les documents de l'état civil.

La loi prévoit actuellement que les individus peuvent présenter une demande de changement de mention de sexe et de prénom au directeur de l'état civil sans avoir préalablement subi de chirurgie génitale ni même avoir obtenu une lettre de recommandation d'un professionnel de la santé.

L'exigence d'une intervention chirurgicale génitale avait d'ailleurs été jugée discriminatoire par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et avait été abolie du C.c.Q. en 2013.

Considérant la société post-moderne dans laquelle nous évoluons aujourd'hui, nous nous interrogeons également quant à la pertinence, l'utilité et la nécessité de la mention du sexe à l'état civil et sur les autres documents d'identification d'un individu, tels que le permis de conduire, le passeport, la carte d'assurance maladie, etc. Nous croyons qu'il s'agit d'une réflexion légitime sur laquelle le ministre devrait se pencher.

Demande de changement à la mention du sexe et identité de genre

Le projet de loi, tel que présenté, semble à la fois aller à l'encontre de la volonté même exprimée par les personnes transgenres et non binaires dans leur expression du genre de même que ne pas être en cohérence avec les avancées des dernières années des personnes LGBTQ+.

Le projet de loi établit une nette distinction entre la mention du sexe et la mention du genre en modifiant notamment les conditions requises pour obtenir un changement de la mention de sexe sur les documents de l'état civil.

La loi prévoit actuellement que les individus peuvent présenter une demande de changement de mention de sexe et de prénom au directeur de l'état civil sans avoir préalablement subi de chirurgie génitale ni même avoir obtenu une lettre de recommandation d'un professionnel de la santé.

L'exigence d'une intervention chirurgicale génitale avait d'ailleurs été jugée discriminatoire par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et avait été abolie du C.c.Q. en 2013.

Or, le Projet de loi vient à nouveau limiter l'obtention d'un changement de sexe à l'acte de naissance aux seules personnes ayant eu des traitements médicaux et des interventions chirurgicales impliquant une modification structurale de ses organes sexuels et destinés à changer ses caractères sexuels apparents de façon permanente.

Ces traitements et interventions doivent être prouvés au moyen d'un certificat du médecin traitant les confirmant et d'une attestation du succès des soins établie par un autre médecin exerçant au Québec.

C'est en réaction d'un jugement rendu en janvier dernier par la Cour supérieure que le projet de loi propose de distinguer le sexe et le genre sur les documents civils. Ainsi, les personnes qui ne procèdent pas à la chirurgie d'affirmation de genre, mais qui s'identifient à un genre opposé à leur sexe déclaré à l'acte de naissance, peuvent y ajouter une mention de l'identité de genre sans toutefois que la mention de sexe soit changée en conséquence.

Nous ne pouvons que soulever notre grande préoccupation face à ces nouvelles exigences. Le projet de loi, tel que présenté, ne vient en rien régler la problématique soulevée par le juge Moore dans son jugement, mais génère plutôt l'effet inverse en ce qu'il ouvre dorénavant la porte à une discrimination autant à l'égard des personnes transgenres, qui ne souhaiteraient pas ou qui ne sont pas candidats aux chirurgies des organes génitaux externes, qu'aux personnes non binaires.

Dans le cadre du projet de loi, le législateur vient selon nous créer deux catégories de personnes transgenres : ceux ayant effectué la chirurgie de leurs organes génitaux et ceux qui ne l'ont pas fait. Cette distinction ne fait que renforcer l'idée selon laquelle les personnes transgenres et non binaires doivent recourir aux chirurgies pour pouvoir avoir le droit de vivre selon le genre ressenti. L'accent est donc mis sur l'apparence des organes génitaux de la personne visée, alors que dans la société civile, ceux-ci demeurent cachés par des vêtements et n'influent pas sur les interactions sociales quotidiennes.

La réintroduction de la nécessité de procéder à une chirurgie génitale pour obtenir un changement de la mention du sexe et l'introduction d'un marqueur d'identité de genre à l'acte de naissance ne fait que perpétuer et accentuer la stigmatisation subie par les communautés transgenres et non binaires en ce que ces dernières sont ainsi tenues de conserver une assignation de naissance qui ne reflète ni leur identité de genre, ni leur apparence, ni leur réalité.

Qui plus est, l'ajout d'une mention de genre en parallèle à la mention de sexe force un « *coming-out* » des personnes transgenres et non binaires; lesquels seront les seuls vivant une incongruence nécessitant cette démarche administrative.

Le jugement avait pourtant clairement statué qu'une législation qui ne reconnaît pas l'identité des personnes transgenres ou non binaires les empêche d'avoir une existence légale et leur nie le droit à la dignité.³

En outre, cette réponse au jugement nous semble mal fondée en ce qui concerne les connaissances scientifiques que nous avons aujourd'hui sur les personnes transgenres et non binaires. En effet, plusieurs personnes transgenres trouvent une paix intérieure lorsqu'ils sont perçus et traités comme des personnes du genre ressenti, et ce, souvent sans recours à une chirurgie de réassignation des sexes (communément appelée « chirurgie du bas »). Les hommes transgenres, par exemple, ressentent leur dysphorie grandement soulagée par une masculinisation du torse (« chirurgie du haut »), et ce sans avoir recours à la phalloplastie.

Subordonner la reconnaissance légale de l'identité de genre d'une personne à une intervention chirurgicale ne tient pas compte des effets stérilisants et irréversibles qu'elle est susceptible d'entraîner sur les gamètes et organes reproductifs ou du fait qu'elle n'est pas toujours médicalement possible ou techniquement réalisable.

³ *Id.* par. 140.

La transition d'identité de genre est complexe et variera selon les sources de dysphorie, qu'elles soient plutôt sociales ou corporelles, selon la fluidité de l'identité, et selon sa binarité ou non. Il y a plusieurs éléments à la transition : sociale, hormonale, esthétique, légale et chirurgicale. Les patients n'auront pas tous les mêmes besoins de transition pour vivre en harmonie avec leur identité. Subordonner la transition légale et sociale à la transition chirurgicale est archaïque et va à l'encontre de la pratique médicale spécialisée dans le domaine.

Les médecins spécialistes travaillent auprès d'une clientèle qui se situe sur l'ensemble du spectre LGBTQ+ et sur l'ensemble des âges - de l'enfance aux personnes âgées. Ils offrent, au long de ce processus, diverses interventions selon les besoins de chaque patient qui sont uniques. Celles-ci peuvent inclure la psychothérapie, la thérapie psychiatrique, des traitements hormonaux, ou des chirurgies comme la féminisation faciale, la masculinisation du torse ou la pose d'implants mammaires, la phalloplastie ou la vaginoplastie, bien que celles-ci sont les moins susceptibles d'affecter la présentation de son genre au quotidien. Notons aussi que certaines chirurgies, pourtant utiles, ne sont pas couvertes par la RAMQ et d'autres sont non offertes en raison de l'âge des patients. Nous craignons que ces nouvelles contraintes légales les poussent à prendre des décisions sous pression et à recourir à la chirurgie sans qu'elle soit initialement désirée ou indiquée médicalement. Il s'agit là d'une décision des plus intimes qui ne devrait faire l'objet d'aucune pression extérieure, surtout pas une pression provenant de l'État lui-même. Nous réitérons que toute personne devrait selon nous pouvoir disposer de son corps comme bon lui semble.

Considérant ce qui précède, et au surplus, ajoutons les longs délais et le peu de professionnels hautement spécialisés dans ce type de chirurgie, nous sommes inquiets des impacts de ce projet de loi sur la santé mentale et physique de nos patients transgenres et non binaires.

Pour toutes ces raisons, nous sommes d'avis que la discussion sociale entourant l'identité de genre doit éviter d'être médicalisée. Le recours à une chirurgie génitale devrait, avant tout, être le fruit d'une démarche volontaire et non la soumission à une contrainte légale. Nous demandons ainsi le retrait de l'obligation de subir une opération pour la demande de changement de sexe à l'acte de naissance ainsi que le retrait de toute la portion du projet de loi instaurant l'identité de genre. Nous proposons également que le sexe d'une personne puisse être désigné sur son acte de naissance comme non binaire et représenté par le symbole littéral « X ».

Recommandation 12.

Nous recommandons le retrait de l'obligation de chirurgies génitales imposée aux personnes désirant se prévaloir d'un changement de la mention de sexe sur leur acte de naissance considérant son caractère discriminatoire pour les personnes transgenres et non binaires.

Recommandation 13.

Nous croyons que toute référence à l'identité de genre devrait être retirée du projet de loi et que le ministre devrait présenter un nouveau volet de ce projet de loi à la suite de consultations des spécialistes en la matière, soit des médecins, des groupes représentant les communautés transgenres et non binaires et des légistes.

Recommandation 14.

Permettre à toute personne de changer la mention de sexe figurant sur l'acte de naissance pour une mention d'identité de genre masculine, féminine ou non binaire et représentée par les symboles littéraux suivants : « M », « F » ou »X ».

Demande d'ajout ou de changement d'identité de genre pour les mineurs

Le projet de loi précise qu'une demande d'ajout ou de changement de l'identité de genre est possible pour un mineur sous réserve que ce dernier accompagne sa demande d'une lettre d'un professionnel déclarant l'avoir évalué ou suivi et étant d'avis que l'ajout ou le changement d'une telle mention est appropriée. Le juge Moore dans son jugement s'était pourtant clairement opposé à cette condition dans le cadre d'un mineur désirant changer la mention du sexe sur son acte de naissance. Le juge en avait même demandé le retrait au motif qu'elle était discriminatoire comparativement à la personne majeure qui doit plutôt présenter une déclaration sous serment d'une personne majeure la connaissant depuis au moins un an et confirmant le caractère sérieux de son désir de changer la mention de son sexe.

Nous sommes d'avis que cette obligation de fournir une déclaration d'un professionnel de la santé n'a également pas sa place pour l'ajout ou le changement de l'identité de genre d'un mineur.

Le fait d'être transgenre ou non binaire n'est pas un problème de santé et aucun test médical ne permet de confirmer l'identité de genre.

L'obtention d'une déclaration d'un professionnel ne fait que rendre la démarche encore plus ardue et pénible pour le mineur et la possibilité d'ajouter ou de changer son identité de genre encore plus incertaine.

Nous y voyons clairement une discrimination à l'égard des personnes mineures qui verront leur demande de changement refusée s'ils ne trouvent, ne rencontrent, ne payent ou ne se confient à aucun professionnel de la santé familier avec les questions transgenres.

Dans cette optique, notre recommandation est à l'effet de soumettre les jeunes demandeurs aux mêmes exigences que les demandeurs adultes en ce que leur demande d'ajout ou de changement de leur identité de genre doit être accompagnée de la déclaration sous serment décrite ci-haut.

Recommandation 15.

Modifier l'article 23.2 du *Règlement relatif à l'ajout d'une mention d'identité de genre, au changement de certaines qualités de l'état civil et à la substitution du prénom usuel* afin que la demande d'ajout ou de changement d'une mention de l'identité de genre à l'acte de naissance d'un enfant mineur soit soumise aux mêmes exigences que celle d'une personne majeure.

Ambiguïté sexuelle

Le projet de loi vient faire en sorte que la déclaration de naissance doit dorénavant indiquer le sexe de l'enfant correspondant à celui indiqué dans le constat de naissance.

Dans le cas d'une mention du sexe indéterminée, une telle déclaration pourra énoncer une mention de l'identité de genre masculine ou féminine, au choix du déclarant.

Nous croyons qu'il s'agit là d'une méconnaissance des cas de malformations fœtales menant à des ambiguïtés sexuelles.

Les ambiguïtés sexuelles peuvent être la résultante de plusieurs problèmes de santé touchant les organes génitaux internes ou externes, la génétique, le système endocrinien, etc. Elles peuvent être liées à différentes pathologies comme l'hyperplasie surrénale congénitale, la dysgénésie testiculaire, un syndrome d'insensibilité aux androgènes, etc.

Ainsi, nous jugeons dans ce cas d'espèce qu'il ne s'agit tout simplement pas d'une conception d'identité de genre, mais bien de pouvoir identifier adéquatement le sexe de l'enfant en examinant deux choses 1) l'ensemble du système reproducteur du nouveau-né, incluant notamment par l'utilisation de techniques d'imagerie et 2) les pathologies grâce à des tests génétiques, hormonaux, etc.

Il est nécessaire de garder en tête qu'il existe plusieurs évidences scientifiques voulant que le sexe génétique n'est que de très faible utilité dans ces cas d'espèce et que le soignant doit davantage se pencher sur la perception naturelle de la personne pour déterminer son sexe.

Ce processus peut parfois être long et nécessiter des explications extensives à la famille qui vit inéluctablement une détresse de ne pouvoir identifier son enfant selon un sexe à sa naissance. Il peut aussi ne survenir qu'à la puberté de l'enfant, et ce, nonobstant ce que les résultantes hormonales ou génétiques peuvent nous avoir donné comme information.

D'exiger aux personnes intersexuées de venir identifier « dès que possible » leur sexe sur leur acte de naissance, et ce, par l'accompagnement d'un certificat du médecin traitant confirmant la détermination de leur sexe, nous apparaît peu opportun considérant les éléments mentionnés ci-haut.

Cette nouvelle exigence ne viendrait que forcer ces personnes intersexuées à faire un choix qui ne représenterait pas nécessairement leur identité. Qui plus est, les personnes intersexuées ne développeront peut-être jamais de sentiment à s'identifier comme un homme ou une femme, et ce même en ayant subi une chirurgie.

Tel que présenté, le projet de loi lance un message clair à savoir qu'une personne intersexuée est nécessairement rattachée à un sexe masculin ou féminin, ce que nous déplorons.

Nous croyons que la décision de procéder à un changement de la mention du sexe devrait résulter de la volonté des personnes intersexuées à procéder à un tel changement et n'être soumise à aucune contrainte légale ni assortie d'aucune contrainte de temps.

Nous jugeons que la mention de sexe « X » demeure la méthode scientifiquement correcte.

Dans tous les cas, nous aimerions soulever que la santé de l'enfant naissant est largement prioritaire à l'identification de son sexe. À titre d'exemple, une hyperplasie surrénale congénitale peut résulter d'une instabilité hypertensive ou déficit en glucocorticoïdes qui doivent être urgemment traités par les professionnels de la santé qui ne pourront identifier rapidement le sexe du nouveau-né.

Recommandation 16.

Retirer toute mention d'identité de genre en lien avec les ambiguïtés sexuelles.

Recommandation 17.

Retirer l'exigence de demander un changement de la mention du sexe assortie d'une attestation médicale et d'une contrainte de temps pour une personne dont le sexe est indéterminé à la naissance, en ce que cette dernière ne devrait pas bénéficier d'un traitement différent des personnes transgenres ou non binaires effectuant la même demande.

Permettre à une personne intersexuée de conserver la désignation « X » sa vie durant, si elle le désire.

Intérêt de l'enfant

Violence familiale

La Fédération souhaite saluer l'intention claire du gouvernement du Québec de reconnaître dans ses textes de loi que les parents doivent exercer leur autorité parentale sans aucune violence et que la violence familiale peut, dans certaines situations et dans l'intérêt de l'enfant, justifier la déchéance de l'autorité parentale ou le retrait de certains de ses attributs.

S'il s'agit là d'une évolution naturelle des mœurs québécoises et d'une tendance ferme des tribunaux, il est nécessaire cependant de rappeler que le *Code criminel* à son article 43 prévoit toujours la possibilité d'une utilisation de force raisonnable à des fins de correction. Cette utilisation est pour nous rétrograde, contreproductive et peut avoir des impacts psychologiques importants sur les enfants.

Les médecins sont les professionnels qui peuvent être sollicités dans leurs conseils de l'exercice du rôle parental, ils sont formés pour prodiguer des conseils pratiques sur les méthodes disciplinaires à employer auprès des enfants, ils sont aussi au cœur de plusieurs signalements auprès de la Direction de la protection de la jeunesse en cas d'abus du rôle parental.

Une telle modification législative est donc plus qu'opportune et souhaitée et permettra assurément de faciliter la justification lors de prises de décisions relatives à l'enfant dans divers contextes et nous nous en réjouissons.

Parentalité

Nous sommes également satisfaits de plusieurs modifications législatives venant mettre l'intérêt de l'enfant au cœur de certaines décisions, notamment en matière de filiation, de maintien de certaines relations personnelles significatives et de désignation d'un tuteur supplétif.

La reconnaissance des origines, la présomption de paternité du conjoint de fait, la protection des enfants dans le cadre de l'utilisation de matériel génétique d'un tiers sont autant de sujets qui viennent faire primer le droit des enfants et ajouter une protection pour leur santé et leur bien-être tant physique que psychologique.

Nous sommes cependant perplexes quant au fait que le projet de loi vienne faire référence à de nombreuses reprises au terme « conjoints ». Le législateur semble déjà avoir pris position dans le cadre d'une réforme à venir du volet conjugalité du droit de la famille. Nous croyons que dans le respect de l'esprit du projet de loi, l'intérêt de l'enfant devrait primer et que la pièce législative devrait prévoir la pluriparentalité.

Recommandation 18.

Modifier l'article 541.1 du projet de loi afin de remplacer les termes « des conjoints » par « deux personnes » ou même plus, selon le consensus social.

Conclusion

La Fédération remercie la Commission des institutions de l'Assemblée nationale du Québec et ses membres de lui avoir donné la chance de pouvoir s'exprimer sur un sujet d'importance pour les médecins spécialistes, soit celui du droit familial.

Nous sommes globalement satisfaits du projet de loi et de la modernisation de certains volets du modèle familial, de l'encadrement de la gestation pour autrui, de la consécration au droit à la connaissance des origines et de la mise en place de la primauté de certains droits de l'enfant.

Nous demeurons cependant inquiets de l'impact du projet de loi sur l'exercice de certains médecins spécialistes, particulièrement les médecins œuvrant en fertilité et reproduction, et les spécialistes de divers horizons œuvrant auprès des personnes transgenres et non binaires.

Nous croyons que le projet de loi, pour ce dernier volet, doit être adapté à la réalité contemporaine.

Concernant les ambiguïtés sexuelles, nous croyons fermement que la vision présentée dans le projet de loi est trop simple et trop tranchée. La science ne nous permet pas d'être catégorique de la sorte, pas plus qu'elle nous permet de trouver toutes les réponses pour les familles et les nouveau-nés.

Nos recommandations sont basées sur la science et sur la pratique médicale active de médecins spécialistes œuvrant dans 59 différentes surspécialités médicales.

Nous espérons qu'elles seront utiles au travail des parlementaires et demeurons disponibles si des précisions étaient nécessaires.