



Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec – Projet de loi n° 12

*Loi portant sur la réforme du droit de la
famille en matière de filiation et visant la
protection des enfants nés à la suite d'une
agression sexuelle et des personnes
victimes de cette agression ainsi que les
droits des mères porteuses et des enfants
issus d'un projet de grossesse pour autrui*



Spécialistes de vous

Introduction	3
Grossesse pour autrui et son encadrement	4
Préparation à la démarche	5
Conditions de la GPA	6
Consentement quant au lien de filiation	8
Procréation assistée : attestation au préalable	9
Conditions médicales de la mère porteuse	10
Exigence d’une première grossesse.....	11
Enfants naissants avec une condition médicale particulière	11
Données en lien avec la GPA.....	12
Connaissance des origines	13
Intérêt de l’enfant.....	14
Parentalité	14
Conclusion.....	15

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° 12 – Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et visant la protection des enfants nés à la suite d’une agression sexuelle et des personnes victimes de cette agression ainsi que les droits des mères porteuses et des enfants issus d’un projet de grossesse pour autrui* (ci-après, le « **projet de loi** »).

Le projet de loi reprend les volets sur la grossesse pour autrui et la connaissance des origines du projet de loi n° 2¹, qui n’avait pu être adopté dans son intégralité lors de la dernière législature. La Fédération souhaite, par ailleurs, saluer l’initiative du ministre de la Justice d’ajouter un nouveau pan à la réforme du droit de la famille, soit celui de protéger les enfants nés à la suite d’une agression sexuelle.

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, généticiens, psychiatres et obstétriciens-gynécologues, pour ne nommer que ceux-là, composent tous les jours avec les dynamiques familiales, la recherche de connaissance des origines et le suivi de grossesse de leurs patientes.

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 patients(es) qui sont visés par des volets importants de ce projet de loi.

Nous aborderons donc dans ce mémoire trois principaux sujets qui soulèvent, à notre avis, des enjeux cruciaux: la grossesse pour autrui et son encadrement, la connaissance des origines et l’intérêt de l’enfant.

La Fédération soumet dans ce document 11 recommandations afin de bonifier la pièce législative.

¹ 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*, 2^e sess., 42^e lég., Québec, 2021.

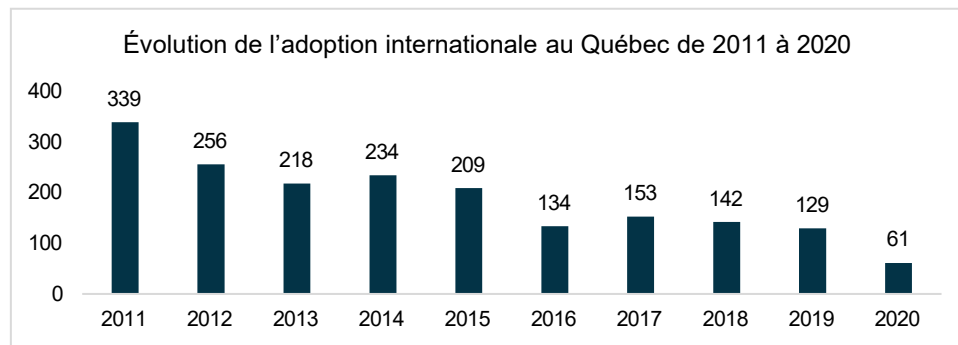
Grossesse pour autrui et son encadrement

D’emblée, la Fédération salue la mise en place d’un cadre législatif autour du projet de grossesse 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 GPA 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. Au Canada, entre 10 % et 15 % des couples sont aux prises avec des problèmes d’infertilité.

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



Il y a donc un besoin urgent 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.

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

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.

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 GPA

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 GPA. 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 accompagnée 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 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 désigné par le ministre de la Justice.

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.

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 GPA 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 GPA 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 GPA

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 maîtresse 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 GPA. 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 les patients peuvent 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.

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, parfois dès les premières minutes 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 GPA, 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 GPA, 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 GPA 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 GPA.

Recommandation 5.

Retirer l’exigence pour le médecin d’obtenir, avant d’exercer toute activité de procréation assistée impliquant une grossesse pour autrui, une attestation du notaire confirmant l’existence d’une convention de grossesse pour autrui notariée prévue à l’article 29 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 quelque 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 grossesse 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 et hormonaux 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 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 GPA 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 GPA

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 grossesse pour autrui.

Connaissance des origines

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 génitrice 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 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 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 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 de l’article 542.18 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 issue d’une procréation impliquant la contribution d’un tiers.

Intérêt de l’enfant

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.

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 11.

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 en accord avec les orientations du projet de loi et de la modernisation de certains volets du modèle familial, allant de l’encadrement de la GPA, de la consécration au droit à la connaissance des origines à la protection des enfants nés à la suite d’une agression sexuelle.

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.

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.