

Avis sur le nombre maximum de dons d'ovules ou de sperme par personne

Comité central d'éthique clinique en
procréation médicalement assistée

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du Comité central d'éthique clinique en procréation médicalement assistée. Son contenu n'engage que ses auteurs.

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-01795-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2025

Auteurs – comité de travail du Comité central d'éthique clinique en procréation médicalement assistée

- Isabel Côté, professeure titulaire au Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux
- Belina Carranza-Mamane, obstétricienne-gynécologue en endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité à la Clinique de fertilité de l'Estrie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et membre associée au Centre de procréation assistée du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)
- Annie Janvier, pédiatre néonatalogiste, éthicienne clinique au CHU Sainte-Justine, professeure en pédiatrie et éthique clinique à l'Université de Montréal
- Louise Langevin, avocate et professeure en droit à la Faculté de droit, Université Laval
- Julie Boulianne, représentante du public ayant déjà obtenu des services de procréation médicalement assistée
- Alana Cattapan, membre invitée, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en politique de la reproduction, Université de Waterloo

Avec la collaboration des membres du Comité central d'éthique clinique en procréation médicalement assistée

- Anne-Marie Laberge, présidente du comité central d'éthique clinique en procréation médicalement assistée, généticienne au CHU Sainte-Justine
- Cynthia Langevin, infirmière à la Clinique de fertilité de l'Hôpital de Chicoutimi, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean
- Bartha Knoppers, professeure et directrice du Centre de génomique et politiques, Faculté de médecine au Département de génétique humaine, Université McGill
- Catherine Dagenais, obstétricienne-gynécologue en médecine fœto-maternelle au Centre mère-enfant Soleil, CHU de Québec
- Véronique Babineau, obstétricienne-gynécologue à la Clinique de fertilité de Trois-Rivières, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
- Neal Mahutte, obstétricien-gynécologue EGRI au Centre de fertilité de Montréal

Coordination des travaux au ministère de la Santé et des Services sociaux

- Sabrina Fortin, directrice, Direction Santé mère-enfant, sous-ministériat à la santé physique et au pharmaceutique
- Geneviève Pepin, conseillère en procréation médicalement assistée, Direction Santé mère-enfant, sous-ministériat à la santé physique et au pharmaceutique
- Karyn Latour, agente de recherche pour le Comité central d'éthique clinique en procréation médicalement assistée, Direction Santé mère-enfant, sous-ministériat à la santé physique et au pharmaceutique
- Guillaume Sillon, conseiller en dépistage de maladies chroniques, Direction de la planification, du développement et des mandats transversaux en santé publique, sous-ministériat à la prévention et santé publique

Table des matières

1. Rôle du Comité central d'éthique clinique en procréation médicalement assistée	1
2. Mandat déposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	1
3. Contexte	1
4. Enjeux d'ordre éthique	2
5. Encadrement législatif du nombre de dons par personne.....	3
5.1. Au Québec	3
5.2. Ailleurs en Occident.....	3
6. Facteurs à considérer	4
6.1. Conséquences génétiques	5
6.2. Conséquences psychosociales.....	5
6.3. L'accès aux dons	6
7. Avis du Comité.....	6
8. Limites des mesures recommandées	7
Réflexions sur les dons hors CPA.....	9
Références	11
I. Annexe – Lois, règlements et exigences techniques encadrant l'utilisation des gamètes .	13

Rôle du Comité central d'éthique clinique en procréation médicalement assistée

Le Comité central d'éthique clinique en procréation médicalement assistée, ci-après « le Comité », est institué par le ministre de la Santé en vertu de l'article 8.1 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01) veille à la dignité, à la sécurité et au bien-être des personnes qui ont recours à la procréation assistée et particulièrement des enfants qui en sont issus.

Il a pour mandat de conseiller tout professionnel qui travaille en centre de procréation assistée (CPA) sur des questions d'ordre éthique liées aux activités cliniques en matière de procréation assistée. Le Comité ne se substitue pas aux comités d'éthique locaux des CPA, mais vise plutôt à les supporter en offrant des recommandations d'envergure nationale.

Le Comité peut également être mandaté par le ministre de la Santé pour donner un avis sur toute question d'ordre éthique liée aux activités cliniques en matière de procréation assistée. Dans ce contexte, le Comité participe à l'harmonisation des pratiques au Québec en proposant des protocoles standardisés, lorsqu'il y a lieu.

Il est important de noter que le Comité formule des recommandations basées sur une évaluation éthique. Le rôle du Comité ne se substitue pas à celui des professionnels engagés dans les soins, n'émet pas d'avis médical et n'émet pas d'avis juridique. Ainsi, les présentes recommandations du Comité ne peuvent pas se substituer à l'autonomie professionnelle des cliniciens et à leur jugement clinique.

Mandat déposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Le Comité a été mandaté par le MSSS afin de formuler des recommandations sur les actions à mettre en place pour favoriser l'accès aux dons de gamètes (sperme et ovules) et d'embryons tout en prévenant les situations préjudiciables. Ce mandat cible plus spécifiquement les enjeux d'ordre d'éthique des trois volets suivants :

1. L'accès aux dons de gamètes et d'embryons.
2. Le nombre maximum de dons d'ovules ou de sperme par personne ou toute autre limite à considérer.
3. La disposition des gamètes et des embryons surnuméraires.

Le présent avis porte plus spécifiquement sur le nombre maximum de dons d'ovules ou de sperme par personne. Les autres volets seront étudiés par le Comité au cours de l'année 2025.

Contexte

Au cours de la dernière année, plusieurs journalistes ont relevé l'existence de trois donneurs de sperme reliés génétiquement, qui semblent être à l'origine de la naissance de centaines d'enfants. La situation rapportée soulève des préoccupations quant aux conséquences sur la santé des femmes qui ont eu recours à des donneurs de sperme ayant fait de multiples dons et des enfants qui en sont issus. Des préoccupations quant aux choix reproductifs futurs des enfants issus des dons de même que concernant leur santé psychologique sont aussi rapportées. Plus largement, cette situation suscite un débat de société sur l'accès sécuritaire et l'encadrement des dons de gamètes, notamment pour les personnes qui ne sont pas infertiles et donc qui ne requièrent pas nécessairement de prise en charge médicale.

Le MSSS souhaite agir face aux enjeux émergents d'utilisation de gamètes d'un tiers et ainsi explorer les voies d'encadrement, notamment quant au nombre maximum de dons de gamètes par personne. Cependant, les questions entourant les dons de gamètes sont complexes,

sensibles et en constante évolution. Plusieurs enjeux d'ordre éthique sont à prendre en considération, en plus des risques pour la santé des femmes et des enfants, ainsi que de la protection de l'autonomie procréative. C'est pourquoi le MSSS a mandaté le Comité, afin de formuler des recommandations sur les limites en nombre de dons.

Différents experts ont été consultés, dont Dr Simon Philips, directeur scientifique régional et chef embryologiste de la clinique OVO et Claudia Savard, conseillère scientifique spécialisée de l'Institut national de santé publique du Québec. Les experts consultés n'ont ni relu ni endossé la version finale de l'avis du Comité.

Le présent mandat découle de la situation rapportée par des dizaines de mères ayant eu recours à des donneurs de sperme ayant effectué de multiples dons, dont la majorité en dehors des CPA. Contrairement aux dons effectués en CPA, les dons effectués en dehors des CPA avec insémination dite « *artisanale* », ne sont pas des pratiques encadrées. Les dons effectués en dehors d'un CPA ne peuvent être que des dons de sperme puisque les dons d'ovules requièrent, dans tous les cas, une prise en charge médicale. Ceux-ci comprennent les dons provenant :

- d'une personne connue provenant de l'entourage;
- d'une personne inconnue souvent trouvée par le biais de plateformes en ligne (ex. : des médias sociaux tels que Facebook et des applications telles que « Just a baby »).

Un don de gamètes effectué en CPA est une activité clinique encadrée par des lois et des règlements fédéraux et provinciaux et comprend des traitements d'insémination artificielle ou de fécondation *in vitro*, selon les besoins. Les dons en CPA comprennent :

- le don provenant d'une banque du Québec ou hors Québec;
- le don dirigé (donneur ou donneuse connue provenant de l'entourage).

Dans le présent document, les termes « don de gamètes » comprennent les dons d'ovules et les dons de sperme. Les termes « donneur de gamète » comprennent les donneuses d'ovules et les donneurs de sperme. De plus, les termes « donneuse d'ovules » ou « donneur de sperme » sont utilisés dans le présent document lorsque la situation s'applique à l'un ou l'autre de manière distincte.

Il est important de noter que le Comité peut formuler des recommandations sur le nombre maximal de dons de sperme et d'ovules par personne, ainsi que toute autre limite pertinente applicable en CPA. Cependant, le Comité ne peut pas se prononcer sur l'encadrement des dons hors CPA, car ce sont des activités personnelles effectuées en dehors des CPA.

Enjeux d'ordre éthique

Quels sont les principales valeurs en jeu et les défis d'ordre éthique, selon les différents acteurs concernés? Quelles sont les principales valeurs justifiant une prise de position du Comité? Le Comité s'est appuyé sur un certain nombre de valeurs qui ont guidé et inspiré ses réflexions, dont l'autonomie procréative, la non-commercialisation du corps, la dignité, l'équité d'accès, la bienveillance, la non-malfaisance et l'altruisme. De plus, les principes fondamentaux qui ont guidé la réflexion sont l'intérêt et le bien-être de l'enfant.

Au Québec, l'intention du gouvernement est de favoriser un accès sécuritaire aux dons de sperme et d'ovules, afin de protéger les personnes bénéficiaires de ces dons de même que les enfants qui en naîtront des effets potentiels.

Du point de vue des médecins et des professionnels de la santé reproductive, considérant leur responsabilité professionnelle, les valeurs de bienfaisance et de non-malfaisance sont prioritaires. D'un point de vue médical, la solution optimale devrait permettre un encadrement

sécuritaire contrôlant adéquatement les risques, notamment en ce qui concerne la transmission de maladies infectieuses, les maladies génétiques, la consanguinité, et les effets psychosociaux, sans toutefois limiter l'accès aux dons en clinique.

Du point de vue des banques de gamètes, une limite plus élevée de nombre de dons par personne permet d'augmenter la disponibilité, de réduire les coûts ou d'augmenter les profits. Par ailleurs, certains chercheurs considèrent que des barrières systémiques économiques et sociales peuvent entraver l'accès des communautés plus vulnérables ou marginalisées aux soins reproductifs. Pour atteindre un équilibre, la limite de nombre de dons par personne ne devrait être ni trop élevée considérant les risques pour la santé, ni trop basse pour ne pas nuire à l'accès.

Certaines personnes qui désirent recourir à un don de sperme offrent un autre point de vue en prônant l'utilisation de dons non encadrés, car ceci favoriserait l'autonomie procréative et la démedicalisation de la reproduction. C'est d'ailleurs l'un des intérêts recherchés par certaines personnes qui donnent du sperme de façon non encadrée, mais aussi par certaines personnes receveuses; qu'il n'y ait pas de contrôle ou que cela ne soit pas régi par le système médical (Pennings, 2023; Lavoie et al., 2018). Plusieurs femmes réclament davantage d'encadrement du gouvernement et d'accès aux renseignements sur les donneurs, afin de faire un choix éclairé.

Encadrement législatif du nombre de dons par personne

Le présent avis présente l'encadrement législatif des dons de sperme et d'ovules à des fins d'analyse d'éthique et de santé. Il ne s'agit pas d'un avis juridique.

1.1. Au Québec

Au Québec, les activités de procréation assistée sont encadrées par les lois et les règlements provinciaux et fédéraux. Il n'y a pas de loi limitant le nombre maximum de dons de gamètes par personne, que le don provienne d'une banque ou qu'il soit obtenu de manière artisanale. Néanmoins, le gouvernement fédéral encadre les banques et les distributeurs de gamètes, ainsi que les dons dirigés effectués en clinique.

Ainsi, au Québec et pour l'ensemble du Canada, il est interdit d'acheter des gamètes à une personne. Seul le remboursement de certaines dépenses liées au don est permis selon des conditions encadrées par le gouvernement fédéral. Ces règles s'appliquent à la fois aux dons en centre de procréation assistée et à ceux qui se font de façon artisanale à la maison. L'ensemble des autres articles de la Loi et des Règlements fédéraux concernant les dons de sperme s'appliquent uniquement aux dons en clinique (ex. : les normes pour la sélection et la traçabilité des dons dirigés et les dons provenant d'une banque).

1.2. Ailleurs en Occident

Le Comité a comparé l'encadrement de la limite du nombre de dons pouvant être effectués par une même personne dans plusieurs juridictions similaires à la nôtre qui ont adopté une telle limite. Dans la majorité des pays étudiés, il n'y a aucune loi encadrant spécifiquement le nombre de dons effectués de manière artisanale. Certains pays imposent une limite de familles ou d'enfants par personne qui donne ses gamètes, sans spécifier si cela inclut les dons artisanaux. Néanmoins, il n'y a pas de consensus dans le domaine sur le nombre maximum de dons jugé approprié ou sécuritaire.

Tableau 1. Balises légales encadrant les limites numériques de dons par donneur de sperme

Juridictions	Limites de dons par donneur de sperme
Canada	Aucune balise légale identifiée dans les textes de loi consultés en lien avec les limites numériques de dons par donneur
États-Unis	État du Colorado : 25 familles ou nombre inférieur spécifié par le donneur (3). Aucune autre balise légale identifiée dans les textes de loi consultés en lien avec les limites numériques de dons par donneur
France	10 naissances (4)
Pays-Bas	12 familles (5)
Australie	5 à 10 familles, selon l'état (6–9) ¹
Nouvelle-Zélande	Aucune balise légale identifiée dans les textes de loi consultés en lien avec les limites numériques de dons par donneur
Royaume-Uni	10 familles ou nombre inférieur spécifié par le donneur (10) ²
Belgique	6 familles (11)
Danemark	12 naissances, selon une répartition géographique (12) ³

Facteurs à considérer

La détermination d'une limite de dons par personne qui serait acceptable sur le plan éthique repose sur l'analyse d'un ensemble important d'éléments. Selon la littérature consultée, l'imposition d'une limite du nombre de dons par personne semble principalement influencée par :

- les risques génétiques, dont la consanguinité;
- les effets psychosociaux d'avoir de nombreux demi-frères et demi-sœurs;
- le bien-être des personnes issues des dons et la construction identitaire;
- l'accès aux dons;
- les cultures et les traditions;
- les intérêts commerciaux.

Par exemple en France, selon l'Agence de la biomédecine, la limite de 10 enfants par donneur de sperme est en place pour réduire le risque de consanguinité. Dans la littérature consultée, il y a cependant peu d'information disponible sur le raisonnement scientifique permettant de déterminer un nombre maximum de dons par personne, comme cela est imposé dans différents pays. Si plusieurs pays ont légiféré sur le nombre maximal de personnes pouvant être issues d'un même donneur de sperme, ces limites ne font pas consensus et n'ont pas été développées à partir de données probantes sur le sujet (Sawyer, 2010). Elles ont tout d'abord été mises en place pour réduire les risques de consanguinité fortuite. Ces risques sont plus élevés dans un contexte de dons anonymes et de persistance du secret autour de la conception par don. Par la suite, les motifs sous-tendant le maintien d'un nombre limité ont progressivement évolué vers des préoccupations d'ordre psychosocial (Sawyer, 2010).

Au Québec, il y a actuellement une seule banque de gamètes, soit la clinique OVO. En l'absence d'encadrement juridique et de normes de pratique au Québec quant au nombre de dons par personne, la clinique OVO s'est dotée d'une règle interne limitant à 10 le nombre de familles par personne qui donne du sperme. Cette règle est inspirée de celle du Royaume-Uni et vise principalement à éviter le risque de consanguinité. De plus, selon les informations disponibles,

¹ Dans l'État du Queensland, la limite de 10 familles inclut les enfants que le donneur a eus comme parent (8).

² Il s'agit de la limite indiquée dans le code de pratique de la *Human Fertilisation and Embryology Authority*, qui est l'organisation responsable de réglementer les traitements de fertilité et la recherche sur les embryons humains au Royaume-Uni. L'organisation a été créée par la législature et travaille de manière indépendante pour le compte du gouvernement.

³ Il s'agit de l'information exacte rapportée dans le texte de loi du Danemark (12). Aucune précision n'est donnée sur la signification de « répartition géographique ». À noter que la loi permet à une banque de sperme de distribuer les gamètes d'un donneur ayant déjà atteint la limite de 12 naissances si et seulement si cela est fait dans le but d'agrandir une famille qui a déjà un enfant issu du même donneur.

jusqu'à sa fusion avec la clinique OVO en 2021, la banque de la clinique Procréa imposait une limite de 25 naissances pour 800 000 habitants, comme il a été recommandé par l'American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Par ailleurs, cette recommandation est toujours en vigueur aux États-Unis et elle vise aussi à éviter le risque de consanguinité.

Au Canada, les sociétés savantes ayant une expertise en gynécologie-obstétrique, fertilité et andrologie, n'ont pas formulé de recommandation spécifique quant au nombre maximum de dons de sperme par personne, contrairement au nombre de dons d'ovules. En effet, la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA) recommande un maximum de six prélèvements d'ovules par donneuse, une limite également préconisée par l'ASRM. Il semble y avoir un certain consensus sur cette recommandation, qui vise à limiter les risques cumulatifs pour la santé liés aux multiples stimulations ovariennes et prélèvements d'ovules. Cependant, la question du nombre d'enfants conçus par une personne qui donne ses ovules amène les mêmes réflexions éthiques et les mêmes réflexions en ce qui a trait aux conséquences génétiques et psychosociales pour les enfants issus de ces dons.

1.3. Conséquences génétiques

Les témoignages entendus dans les médias des parents ayant utilisé les services d'un donneur ayant fait de multiples dons démontrent une réelle inquiétude par rapport à la possibilité d'unions consanguines chez leur descendance, soit la possibilité d'une union entre individus issus d'une même personne ayant donné son sperme. En effet, ces individus sont biologiquement des demi-frères et des demi-sœurs et il n'est pas exclu que deux personnes non informées de ce lien de parenté décident d'entamer une relation d'où pourrait découler la naissance d'un enfant. Dans ce contexte, le risque que l'enfant soit atteint d'une condition génétique récessive, d'une malformation ou d'une déficience intellectuelle est augmenté (MSSS, 2024). Il ne semble pas y avoir de chiffre précis dans la littérature pour quantifier ce risque, mais selon les experts consultés, il est estimé à environ 15 %. En comparaison, ce taux est de 5 à 6 % pour des cousins germains et de 2 % pour un couple non consanguin de la population générale (MSSS, 2024).

Par ailleurs, il ne peut être exclu que le risque d'union consanguine fortuite puisse être augmenté dans un contexte où plusieurs individus issus d'une même personne ayant donné ses gamètes habitent dans un territoire moins peuplé ou dans une communauté où l'utilisation de ces dons est plus fréquente.

Des calculs de modélisation ont été réalisés pour estimer le risque qu'un demi-frère et une demi-sœur aient des enfants ensemble. À court terme, et surtout si les parents divulguent à leur enfant qu'il a été conçu avec un donneur, le risque de consanguinité fortuite entre demi-frères et demi-sœurs reste faible (MSSS, 2024; Génome Québec, 2024). Cependant, pour la génération subséquente, le risque de consanguinité sera encore présent et l'information sur l'utilisation d'un don de gamètes au sein de la famille pourrait ne pas être transmise, ce qui pourrait également entraîner des unions consanguines et une plus grande fréquence de certaines maladies génétiques dans la population générale. Il est donc important de considérer les effets immédiats des dons multiples par rapport à la consanguinité, mais aussi les effets multigénérationnels. Des calculs de modélisation ont cependant estimé que ce risque sur la génétique de la population québécoise était très faible. Même si les risques de consanguinité et de conséquences sur la génétique de la population sont faibles, les conséquences psychologiques peuvent toutefois être graves.

1.4. Conséquences psychosociales

Des études récentes montrent que, dans leur quête pour retracer leurs origines, les personnes conçues par don peuvent découvrir un large réseau de personnes issues du même donneur

(Indekeu et al., 2020), ce qui peut poser un défi majeur, notamment en ce qui concerne la gestion de ces nouvelles relations. Ce réseau peut en outre se développer au fur et à mesure que de nouvelles personnes apprennent qu'elles sont génétiquement liées à ses membres (Blythe, 2012) et la perspective d'apprendre l'existence de nouvelles connexions sans savoir quand ce nombre cessera de croître est perçue comme un fardeau émotionnel supplémentaire (Indekeu et al., 2022). Cette situation s'explique par le fait que les relations établies entre individus apparentés par le biais d'un donneur ne sont pas neutres. En effet, des études ont montré que de nombreuses personnes issues d'un même donneur développent des liens souvent perçus comme « familiaux » et il n'est pas rare qu'elles se considèrent comme appartenant à une même fratrie, en tant que demi-frères ou demi-sœurs (Bolth et al., 2023; Freeman et al., 2016; Hertz et al., 2017).

Dans ce contexte, les attentes relationnelles sont souvent élevées, mais peuvent être difficiles à concilier, certains individus ayant des attentes fortes vis-à-vis du groupe, lesquelles ne sont pas partagées par les autres, ce qui peut entraîner une perte de cohésion, des conflits et des divisions. La gestion de ces enjeux relationnels peut alors occuper une place prépondérante, au détriment des besoins individuels des personnes concernées (Indekeu et al., 2020). Bien évidemment, les expériences des personnes concernées ne sont pas uniformes. Certaines perçoivent positivement leur appartenance à un large groupe, estimant que cela leur offre un plus grand éventail de personnes avec lesquelles nouer des affinités et établir des liens (Freeman et al., 2016).

Ces recherches apportent des éléments de réponse, mais elles sont principalement des recherches qualitatives, basées sur de petits échantillons; il est donc difficile d'en tirer des conclusions définitives. En attendant de disposer de données plus robustes permettant de définir une limite précise pour le nombre de dons par donneur, et en se fondant sur le principe de précaution, certains auteurs proposent de restreindre la limite de dons à 10 familles par donneur (Sawyer, 2010). Cependant, d'autres relativisent ces préoccupations et, tout en reconnaissant que le bien-être psychosocial des individus plaide en faveur d'une limite plus stricte, ils suggèrent de préconiser une limite de 100 familles au niveau international, selon les données disponibles et l'analyse des enjeux actuels (Janssen et al., 2015).

1.5. L'accès aux dons

L'imposition d'une limite du nombre de dons par personne pourrait influencer l'accès aux dons. C'est pourquoi l'accès aux dons est un élément à prendre en considération dans l'élaboration de politiques publiques sur les limites du nombre de dons. En effet, en raison de difficultés d'accès aux dons de sperme et aux services de procréation assistée, certaines personnes se tournent vers les dons artisanaux. Il est donc raisonnable de penser qu'un encadrement trop restrictif implanté dans un contexte d'accès limité aux dons augmenterait le recours aux donneurs hors CPA et les risques qui en découlent. Par ailleurs, il est prévu que le Comité formule, dans un deuxième temps, des recommandations quant à l'accès aux dons de gamètes.

Avis du Comité

Dans le contexte actuel, selon l'analyse des considérations d'ordre éthique et malgré l'absence de consensus scientifique, le Comité recommande au gouvernement d'imposer une limite du nombre de dons par donneur de gamète. Le Comité est d'avis qu'il est nécessaire que le gouvernement s'outille pour s'assurer que les présentes recommandations puissent être suivies par les personnes qui désirent donner leurs gamètes, les CPA et les banques ou les distributeurs de sperme. De plus, le Comité juge essentiel que des actions soient aussi menées en amont,

avant d'avoir recours au don, afin de soutenir une prise de décision éclairée et le recours à des pratiques sécuritaires. Ainsi, le comité recommande :

I. que le gouvernement impose une contribution maximum à 10 familles par donneur de gamètes en CPA et que;

- cette mesure soit appliquée pour les dons dirigés et les dons provenant d'une banque au Québec,
- cette mesure soit envisagée pour les dons provenant des banques hors Québec,
- il soit interdit d'utiliser les gamètes d'une personne qui a déjà atteint la limite fixée du nombre de familles, sauf pour les familles ayant déjà un enfant issu de ce donneur;

II. que le gouvernement crée un registre national de donneurs de gamètes en CPA et que;

- cette mesure soit appliquée aux dons dirigés et aux dons provenant d'une banque au Québec,
- cette mesure soit envisagée pour les dons provenant d'une banque hors Québec,
- le gouvernement met en œuvre les moyens requis afin de compiler efficacement les renseignements sur les dons utilisés, ainsi que les naissances qui en sont issues,
- les CPA et les banques aient accès à certains renseignements du registre, dont le nombre de dons par personne,
- soit mis en place des mécanismes permettant de détecter et de signaler aux autorités compétentes la présence récurrente d'un même donneur dans le Registre,
- le MSSS communique aux CPA et à la population tout changement de règles et qu'il informe et sensibilise la population afin qu'elle utilise le registre;

III. que le MSSS renforce ses efforts de sensibilisation et d'information auprès des personnes envisageant de recourir à un donneur de gamètes et que;

- ces outils soient facilement accessibles et diffusés de manière continue,
- l'utilisation d'une approche visant la réduction des risques (aussi nommée l'approche de réduction des méfaits) soit envisagée,
- les actions à cet effet respectent l'autonomie procréative et surtout, l'intérêt et le bien-être des enfants,
- une alliance avec les organismes communautaires œuvrant dans ce domaine soit créée, ce qui permettra de mieux rejoindre les groupes cibles et favoriserait une diffusion maximale et continue.

Limites des mesures recommandées

L'un des facteurs importants à prendre en considération est la faisabilité d'application des différentes mesures recommandées. Certaines approches pourraient être adoptées afin d'améliorer les chances de succès des mesures, notamment en s'inspirant de pratiques déjà existantes ailleurs dans le monde comme l'interdiction de dons hors CPA. Toutefois, ces approches exigent une démarche musclée de surveillance des pratiques, des inspections et la mise en place de registre de traçabilité.

Les dons effectués en dehors des CPA demeureront particulièrement difficiles à suivre et à contrôler, d'autant plus que certaines personnes effectuent à la fois des dons en CPA et hors CPA. Les données sur les naissances peuvent être difficiles à obtenir et à relier aux dons. De plus, la qualité des renseignements transmis au registre proposé dépend de la bonne volonté des donneurs de gamètes.

Sans mécanisme de suivi, les effets positifs des mesures seraient plus faibles, puisqu'il n'y aura aucune façon pour les parties prenantes d'avoir l'information concernant les dons antérieurs. De plus, si une limite de dons par personne est exigée sans être contrôlée par un mécanisme de suivi adéquat, les personnes ayant recours à un donneur pourraient croire à tort que la limite a été respectée.

Ainsi, dans l'état actuel, vu l'accessibilité et la qualité des renseignements disponibles, les mesures proposées risquent de ne pas être suffisantes pour empêcher les dérives.

Réflexions sur les dons hors CPA

Comme mentionné précédemment, il n'est pas du ressort du Comité d'émettre des recommandations sur des activités effectuées en dehors des CPA. Néanmoins, le MSSS a tenu à formuler au Comité ses questionnements sur l'encadrement des dons hors clinique, en reconnaissant à la fois l'expertise des membres composant le Comité et la complexité du sujet. De plus, le Comité s'est initialement penché sur tous les types de dons, afin d'avoir un portrait complet de la situation et de voir l'ensemble des angles morts entourant les dons de gamètes. La littérature consultée et les réflexions menées par le Comité touchaient donc les dons en clinique et hors clinique. Le Comité partage ici ses réflexions sur l'encadrement des dons hors clinique et aborde les pistes de solution qui en découlent, bien que cela dépasse son mandat. Il est important de noter qu'il ne s'agit pas de recommandations proprement dites, mais bien de pistes de solutions potentielles.

Tout d'abord, à partir des données consultées, le Comité constate que très peu de juridictions imposent une limite de dons aux donneurs hors clinique, à l'exception de la France, qui les interdit. En raison du caractère privé des dons artisanaux et de l'absence de mécanismes de vérification, le Comité estime qu'il serait très difficile de faire respecter une limite du nombre de dons par donneur. Néanmoins, compte tenu des répercussions importantes que peut avoir le don hors clinique, le Comité s'est demandé si certaines avenues pourraient être explorées, dans le but de protéger les femmes qui ont recours aux dons hors clinique ainsi que les enfants qui en sont issus. Les réflexions du Comité ont porté sur deux axes d'intervention pouvant être envisagés : d'une part, examiner le cadre juridique actuel afin d'évaluer la possibilité de l'adapter au don hors clinique, notamment pour encadrer les situations impliquant un donneur prolifique; d'autre part, développer des mesures d'information et de sensibilisation afin d'éduquer les personnes concernées sur les risques associés au don hors clinique.

Examiner le cadre juridique actuel

Certains ont proposé l'injonction pour empêcher les donneurs ayant fait de multiples dons de continuer à offrir leur sperme sur les réseaux sociaux. En cas de non-respect de l'injonction, le donneur pourrait être sanctionné par un outrage au tribunal et une amende importante. Or, ce recours entraîne des procédures longues et coûteuses et le respect de l'injonction demande une surveillance des réseaux sociaux pour s'assurer que le donneur la respecte.

Le champ d'application de la Loi visant à contrer le partage sans consentement d'images intimes et à améliorer la protection et le soutien en matière civile des personnes victimes de violence (LC 2024 c 37) pourrait être élargi pour inclure l'arrêt d'agir d'un donneur multiple. En effet, cette loi propose une ordonnance civile de protection renforcée. Cette mesure de protection vise entre autres à faire cesser la diffusion non consensuelle d'images intimes sur les réseaux sociaux, ce qui se rapproche du cas qui nous occupe qui se déroule aussi sur les réseaux sociaux. Une réflexion plus poussée est nécessaire pour évaluer si une ordonnance civile de protection peut être adaptée à la présente situation.

Une autre avenue pourrait être d'inciter les parties à conclure une convention (contrat) préalablement au don. Dans cette convention, le donneur pourrait s'engager à ne pas faire plus qu'un nombre précis de dons et à divulguer tout état de porteur d'une condition génétique dont il a connaissance. La convention pourrait préciser également que le donneur ne peut réclamer de lien de filiation avec l'enfant (comme le stipulent les articles 538 et 538.2 CcQ), de même que le droit de l'enfant ainsi conçu de connaître ses origines (art 542.1 CcQ). Le respect de cette convention demande la surveillance des comportements du donneur sur les réseaux sociaux de la part de la receveuse. La receveuse qui aura été victime de fausses informations de la part de son donneur pourrait intenter une action pour non-respect contractuel, avec les coûts et les délais que représente une telle procédure.

La receveuse et les enfants qui sont nés du don de sperme peuvent intenter une action en responsabilité extracontractuelle (art 1457 CcQ) contre le donneur qui leur a menti sur le nombre d'enfants nés de ses dons et sur sa condition physique. Cependant, ce genre de recours est long et coûteux. La prescription constitue certainement le principal obstacle : les demandeurs doivent intenter leur action dans les trois années suivant la découverte de la faute du défendeur (art 2925 CcQ). Comme pour d'autres actions (violence subie pendant l'enfance, violence sexuelle et conjugale), le délai de prescription pourrait être aboli (art 2925.1 CcQ).

À noter que parmi ces avenues explorées, seule la convention pourrait offrir une certaine protection. Les autres s'appliqueraient seulement une fois que le préjudice a eu lieu.

Sensibiliser et prévenir

Il apparaît important que le MSSS renforce ses efforts de sensibilisation et d'information auprès des personnes envisageant de recourir à un donneur hors clinique, en veillant à ce que ces ressources soient facilement accessibles et diffusées de manière continue, afin de soutenir une prise de décision éclairée et le recours à des pratiques sécuritaires. Le Comité rappelle que les actions à cet effet devraient respecter l'autonomie procréative et surtout, l'intérêt et le bien-être des enfants. Ainsi, une approche visant la réduction des risques (aussi nommée l'approche de réduction des méfaits) pourrait être envisagée. Pour s'assurer d'une diffusion maximale et répétée de ces informations, une alliance avec les organismes communautaires œuvrant dans ce domaine est souhaitée, ce qui permettra de mieux rejoindre les groupes cibles. Le recours à plusieurs organismes qui offrent des services auprès des populations cibles favoriserait une diffusion maximale.

En plus des mesures d'informations et de sensibilisation recommandées par le Comité (recommandation 3), le Comité est d'avis que la mise sur pied d'un registre pour tous les types de dons pourrait éviter des situations de dérive. Enfin, des efforts de sensibilisation et d'information pourraient également être consacrés pour inciter les personnes qui ont recours au don hors CPA de déclarer le donneur au registre.

Il est aussi important de rappeler que la meilleure protection est d'avoir recours à des dons en clinique.

Références

1. Pennings, G. (2023). A SWOT analysis of unregulated sperm donation. *Reprod BioMed Online*. 2023; 46:203-209. Disponible sur : [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(22\)00707-6/pdf](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(22)00707-6/pdf).
2. Lavoie, K., Côté, I., & de Montigny, F. (2018). Assisted reproduction in the digital age: Stories of Canadian sperm donors offering their gametes online via introduction websites. *The Journal of Men's Studies*, 26(2), 184 –202. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1060826517737047>.
3. General Assembly of the State of Colorado. Protections For Donor-conceived Persons And Families [Internet]. SB22-224 2022. Disponible sur : <https://leg.colorado.gov/bills/sb22-224>.
4. République française. Code de la santé publique. Chapitre IV : Don et utilisation de gamètes [Internet]. [cité 18 nov. 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171520?dateVersion=18%2F11%2F2024&nomCode=LHIW4Q%3D%3D&page=1&query=sperme+frais&searchField=ALL&tab_selection=code&typeRecherche=date&anchor=LEGIARTI000006686238#LEGIARTI000006686238.
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aankomende wetswijziging de Wet donorgegevens kunstmatige inseminatie [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024 [cité 12 nov. 2024]. Disponible sur : <https://www.donorgegevens.nl/actueel/nieuws/2024/09/18/aankomende-wetswijziging>.
6. The Parliament of Victoria. Assisted Reproductive Treatment Act 2008 [Internet]. 2020 [cité 12 nov. 2024]. Disponible sur : <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-07/08-76aa024%20authorised.pdf>.
7. Australian Capital Territory Government. Assisted Reproductive Technology Act 2024 [Internet]. 2024 [cité 12 nov. 2024]. Disponible sur : <https://www.legislation.act.gov.au/View/a/2024-7/current/html/2024-7.html>.
8. State of Queensland. Assisted Reproductive Technology Act 2024 [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.legislation.qld.gov.au/view/pdf/2024-09-19/act-2024-046>.
9. Government of South Australia. South Australian Legislation. 2021 [cité 19 nov. 2024]. Assisted Reproductive Treatment Act 1988. Disponible sur : <https://www.legislation.sa.gov.au/lz>.
10. Human Fertilisation and Embryology Authority. Code of Practice 9th edition [Internet]. 2023 [cité 19 nov. 2024]. Disponible sur : <https://portal.hfea.gov.uk/media/yrkn55xa/2024-10-01-hfea-code-of-practice-v9-4.pdf>.
11. Service public fédéral belge. etaamb.openjustice.be. Moniteur Belge; 2007 [cité 12 nov. 2024]. Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. Disponible sur : https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-06-juillet-2007_n2007023090.html.
12. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om assisteret reproduktion [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2015/672>.
13. Sawyer, N. (2010). Sperm donor limits that control for the “relative” risk associated with the use of open-identity donors. *Human Reproduction*, 25(5), 1089-1096. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/humrep/deq038>.
14. American society for reproductive medicine. (2024). Gamete and embryo donation guidance. *ASRM PAGES*, 122(5), 799-813. Disponible sur : <https://www.asrm.org/globalassets/asrm/practice-guidance/practice-guidelines/pdf/gamete-and-embryo-donation-guidance-2024.pdf>.
15. Canadian Fertility & Andrology Society. (2016). Guidelines for third party reproduction.
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). Position de santé publique sur les dons de sperme artisanaux multiples. Disponible sur :

- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003848/?&txt=position%20de%20sant%C3%A9%20publique&msss_valpub&date=DESC.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2024). Fiche d'information à l'intention des parents qui ont eu recours à un donneur de sperme ayant fait de multiples dons, par Génome Québec. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003843/?&txt=sperme&msss_valpub&date=DESC.
 18. Indekeu, A., Bolt, S. H., & Maas, A. Janneke. B. M. (2022). Meeting multiple same-donor offspring: psychosocial challenges. *Human Fertility*, 25(4), 677–687. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1872804>.
 19. Blyth, E. (2012). Discovering the “facts of life” following anonymous donor insemination. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 26(2), 143-161.
 20. Bolt, S. H., Notermans, C., van Brouwershaven, A. C., Maas, A. J. B., & Indekeu, A. (2023). The ongoing work of kinship among donor half-siblings in the Netherlands. *BioSocieties*, 18(1), 156-173.
 21. Freeman, T., Jadva, V., & Slutsky, J. (2016). Sperm donors limited: Psychosocial aspects of genetic connections and the regulation of offspring numbers. In S. Golombok, R. Scott, J. B. Appleby, M. Richards, & S. Wilkinson (Eds.), *Regulating Reproductive Donation* (1st ed., pp. 165–184). Cambridge University Press. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/CBO9781316117446.009>.
 22. Hertz, R., Nelson, M. K., & Kramer, W. (2017). Donor sibling networks as a vehicle for expanding kinship: a replication and extension. *Journal of Family Issues*, 38(2), 248-284.
 23. Janssens, P. M. W., Thorn, P., Castilla, J. A., Frith, L., Crawshaw, M., Mochtar, M., Bjorndahl, L., Kvist, U., & Kirkman-Brown, J. C. (2015). Evolving minimum standards in responsible international sperm donor offspring quota. *Reproductive BioMedicine Online*, 30(6), 568–580. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.01.018>.

I. Annexe – Lois, règlements et exigences techniques encadrant l'utilisation des gamètes

Au provincial :

- Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01)
- Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01, r. 1)

Au fédéral :

- Loi sur la procréation assistée (L.C. 2004, ch. 2)
- Règlement sur la sécurité des spermatozoïdes et des ovules (DORS/2019-192)
- Règlement sur le consentement à l'utilisation de matériel reproductif humain et d'embryons in vitro (DORS/2007-137)
- Règlement sur le remboursement relatif à la procréation assistée (DORS/2019-193)
- Exigences techniques concernant la tenue de l'évaluation de l'admissibilité du donneur de spermatozoïdes ou d'ovules, de Santé Canada
- Ainsi que des exigences techniques, des directives et des lignes directrices de Santé Canada.

