



TRAITEMENT DE LA FERTILITÉ AU CANADA

Anastasia-Lina Hamici et Margo Hilbrecht

L'Institut Vanier de la famille est un cercle de réflexion national et indépendant voué à l'amélioration du bien-être des familles en favorisant l'accessibilité et la pertinence de l'information. Occupant une place centrale au carrefour des réseaux éducatifs, de recherche, de politiques publiques et d'organismes qui s'intéressent à la famille, l'Institut s'emploie à communiquer des données factuelles et à accroître la compréhension à l'égard des familles au Canada, dans toute leur diversité. Ce faisant, il contribue à la prise de décisions fondées sur des éléments probants pour améliorer leur bien-être.

Pour en apprendre davantage au sujet de l'Institut Vanier, rendez-vous à l'adresse www.institutvanier.ca ou envoyez un courriel à info@institutvanier.ca.

Auteurs

Anastasia-Lina Hamici et Margo Hilbrecht

Révision linguistique, correction d'épreuves et traduction

Services linguistiques Veronica Schami inc.
www.veronicaschami.com

Publication

L'Institut Vanier de la famille

Conception graphique

Denyse Marion
Art & Facts Design Inc.
www.artandfacts.ca

Remerciements

Nous tenons à souligner la contribution de la Fertility Alberta Advocacy & Outreach Association à la révision de ce document. Ses perspectives et commentaires constituent une valeur ajoutée inestimable au présent rapport.

Financement

Ce rapport n'a bénéficié d'aucune source de financement.

L'Institut Vanier de la famille
94, promenade CentrepoinTE
Ottawa (Ontario) K2G 6B1
613-228-8500
www.institutvanier.ca

Droits d'auteur © 2025 L'Institut Vanier de la famille

Cette publication est sous licence [Creative Commons - Attribution - Pas d'utilisation commerciale 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).



Comment citer ce document :

Hamici, A.-L., et Hilbrecht, M. (13 mars 2025). *Traitement de la fertilité au Canada*. L'Institut Vanier de la famille : Ottawa (Ontario). <https://doi.org/10.61959/MVMZ3030F>

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| Liste des tableaux | v |
| Résumé | 1 |
| Avant-propos | 2 |
| Introduction – Traitement de la fertilité | 3 |
| Un bref historique du traitement de la fertilité au Canada | 4 |
| Pourquoi recourir au traitement de la fertilité au Canada | 5 |
| Infertilité | 5 |
| Parents de même sexe | 6 |
| Parents solos | 6 |
| Préservation de la fertilité | 6 |
| Traitements électifs de la fertilité | 6 |
| Les types de traitements de fertilité | 7 |
| Inducteurs d'ovulation | 7 |
| Fécondation in vitro (FIV) | 7 |
| Insémination intra-utérine (IIU) ou insémination artificielle (IA) | 7 |
| Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (IICS) | 7 |
| Préservation de la fertilité | 7 |
| Maternité de substitution | 7 |
| La loi sur la procréation assistée, 2004 | 8 |
| Principes | 8 |
| Interdictions | 8 |
| Consentement | 9 |
| Remboursement | 10 |
| Les coûts liés aux traitements de fertilité | 11 |
| Les programmes gouvernementaux de traitement de la fertilité | 12 |
| Crédit d'impôt pour les frais médicaux | 12 |
| Couverture offerte par les programmes provinciaux | 12 |
| Services couverts par les programmes provinciaux | 13 |
| Conditions d'admissibilité aux programmes provinciaux | 14 |
| Nombre de cliniques par province | 17 |
| Progrès et changements annoncés en 2024 | 17 |

| | |
|--|-----------|
| Les lois provinciales et territoriales sur le lien de filiation | 18 |
| Les parents d'intention qui sont des parents biologiques | 18 |
| Maternité de substitution | 19 |
| Décès d'un parent d'intention | 22 |
| Réglementation lorsque plus de deux parents sont impliqués | 22 |
| Éléments clés | 23 |
| Matière à réflexion | 24 |
| Accessibilité | 24 |
| Variations dans les politiques | 24 |
| Des politiques dépassées | 24 |
| Santé mentale et infertilité | 25 |
| Conclusion | 26 |
| Glossaire | 27 |
| Références | 28 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Types de couverture et conditions d'admissibilité selon la province ou le territoire..... | 12 |
| Tableau 2 : Traitements subventionnés selon la province ou le territoire | 14 |
| Tableau 3 : Conditions d'admissibilité pour accéder à un financement ou à un traitement assuré, selon la province ou le territoire | 15 |
| Tableau 4 : Statut parental des parents d'intention qui sont les parents biologiques de l'enfant | 18 |
| Tableau 5 : Procédure et exigences pour établir le lien de filiation avec un enfant né d'une mère porteuse..... | 20 |

RÉSUMÉ

Depuis la naissance du premier bébé conçu par fécondation in vitro (FIV) au Royaume-Uni en 1978, des millions de personnes ont eu recours à des traitements de fertilité pour fonder leur famille.

Près d'une personne sur six en âge de procréer à travers le monde est confrontée à l'infertilité au cours de sa vie. Or, cette statistique ne tient pas compte de la soloparentalité, des couples 2ELGBTQI+ désireux d'avoir des enfants, ni des personnes qui ont besoin de préserver leur fertilité pour des raisons médicales (comme un diagnostic de cancer) et qui auront besoin de soins de fertilité pour fonder leur famille.

S'il s'agit souvent de la seule option pour les personnes qui souhaitent avoir des enfants et qui n'y parviennent pas autrement, les soins de fertilité coûtent cependant très cher et ne sont pas à la portée de tous. Il en coûte en moyenne entre 10 000 \$ et 20 000 \$ (médicaments inclus) pour commencer une première série de FIV au Canada. La FIV avec un embryon de donneur coûte environ 30 000 \$ et les coûts de la maternité de substitution varient entre 80 000 \$ et 100 000 \$.

Afin de garantir l'accès de la population canadienne à des soins de fertilité, le gouvernement fédéral et certains gouvernements provinciaux ont adopté diverses mesures, en plus d'allouer des fonds publics et d'établir des lois sur la filiation. Il n'existe aucune stratégie nationale de financement de la fertilité au pays, et trois provinces (la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique) ainsi que les trois territoires ne disposent d'aucun financement public pour les soins de fertilité (en date de janvier 2025).

L'accès aux soins de fertilité diffère d'une province et d'un territoire à l'autre, tant sur le plan financier que géographique. Pour recevoir de tels traitements, de nombreuses personnes sont contraintes de se rendre dans une autre province, ce qui alourdit la facture.

La *Loi sur la procréation assistée* est une loi fédérale qui régleme l'administration des traitements de fertilité dans les provinces et territoires. Ce rapport présente une vue d'ensemble des principes auxquels le gouvernement du Canada doit se conformer lorsqu'il élabore de telles réglementations. Ces principes sont assortis d'un éventail d'interdictions et de réglementations encadrant le consentement et les remboursements.

Enfin, étant donné que plusieurs parties peuvent être impliquées dans un traitement de fertilité, des mesures ont été prises pour protéger les droits de l'ensemble des personnes concernées, notamment les parents d'intention, les donneuses et donneurs de matériel reproductif, les mères porteuses et les enfants à naître. Ainsi, la plupart des provinces et territoires ont adopté des lois définissant les parents légaux à la naissance, de même que la procédure à suivre pour le devenir lorsqu'un enfant est conçu par un traitement de fertilité. Ces lois varient d'une province et d'un territoire à l'autre : dans certains cas, une ordonnance de la cour est requise, alors que d'autres ne reconnaissent aucunement la maternité de substitution.

Ce rapport permettra aux lectrices et lecteurs de mieux comprendre les traitements de fertilité, ainsi que les politiques en vigueur et les subventions provinciales offertes au pays. Les traitements de fertilité ne cessent d'évoluer. Chaque percée scientifique soulève l'importance de revoir et d'adapter les politiques afin de tenir compte des avancées technologiques.

AVANT-PROPOS

Les soins de fertilité constituent des soins de santé.

Nous vivons dans un pays où les soins de santé sont universels, mais où les traitements de fertilité ne sont accessibles qu'à celles et ceux qui en ont les moyens et qui habitent aux bons endroits. La fécondation in vitro coûte en moyenne 20 000 \$ par cycle et la majorité des personnes doivent en effectuer deux ou trois avant de donner naissance à un bébé.

La plupart des traitements de fertilité sont à la charge des patientes et patients, car ils ne sont pas couverts par les régimes d'assurances et sont principalement fournis par le secteur privé. Si le gouvernement fédéral régleme les soins de fertilité dans l'ensemble du pays, il laisse cependant aux provinces et aux territoires le soin de déterminer l'étendue de l'aide à fournir aux personnes qui ont besoin d'accéder à ces traitements coûteux pour fonder leur famille. Dans la plupart des cas, les personnes souffrant de maladies comme le cancer doivent même payer pour préserver leur fertilité avant que des procédures médicales invasives ne les rendent stériles.

Au Canada, les taux d'infertilité ne cessent d'augmenter. La capacité d'une femme à concevoir avec succès diminue fortement après 35 ans. L'âge moyen des femmes qui deviennent mères pour la première fois est de 31,6 ans (Statistique Canada) et la tendance est à la hausse. À cela s'ajoutent certains facteurs environnementaux et choix de mode de vie qui font grimper les taux d'infertilité masculine. Pourtant, notre pays continue de considérer les soins de fertilité comme un luxe, voire un « privilège », réservé à celles et ceux qui en ont les moyens.

Outre les obstacles financiers, le recours aux techniques de procréation assistée engendre des tensions émotionnelles et physiques importantes, qui se traduisent par une dégradation de la santé mentale et physique ainsi que par une perte de productivité au travail. Il est donc crucial de faciliter l'accès aux soins de santé mentale et de fertilité pour les personnes qui éprouvent des difficultés à fonder une famille.

L'infertilité ne fait pas de discrimination. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme qu'elle touche une personne sur six dans le monde, indépendamment du lieu géographique ou de la situation socioéconomique^a – ce qui signifie que près de deux millions de personnes au Canada font aujourd'hui face à l'infertilité.

Alors que nous nous targuons d'être une société inclusive, les populations diversifiées sur le plan du genre sont démesurément désavantagées dans la construction de leur famille, car elles ont besoin d'une aide en fertilité pour réaliser leur rêve d'avoir des enfants.

Plus les soins de fertilité deviennent coûteux et difficiles d'accès, plus nous les cantonnons à une classe sociale privilégiée. Sans action délibérée des gouvernements à travers le pays en vue de rendre les soins de fertilité accessibles et abordables pour l'ensemble des Canadiennes et Canadiens, les inégalités dans la construction des familles continueront de croître.

Comme le souligne l'OMS, avoir des enfants constitue avant tout un droit^b. Au Canada, où nous défendons avec fierté les droits de la personne, comment faire en sorte que toute personne désireuse de devenir parent ait un accès égal aux soins de santé nécessaires pour fonder une famille?

Michelle Chidley, cofondatrice et présidente de la Fertility Alberta Advocacy & Outreach Association

^a Organisation mondiale de la santé. (2024). *Infertilité*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

^b Organisation mondiale de la santé. (30 septembre 2022). *Rights on having children*. <https://www.who.int/tools/your-life-your-health/know-your-rights/rights-across-life-phases---early-and-middle-adulthood/rights-on-having-children>

INTRODUCTION – TRAITEMENT DE LA FERTILITÉ

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne sur six en âge de procréer dans le monde aura des problèmes d'infertilité au cours de sa vie¹.

Le traitement de la fertilité fait référence aux traitements médicaux qui contribuent à la conception d'un enfant. Cela comprend les médicaments qui stimulent la production d'ovules, les technologies qui impliquent la manipulation d'ovules et de spermatozoïdes en laboratoire, le transfert de spermatozoïdes directement dans l'utérus et la conservation de spermatozoïdes, d'ovules ou d'embryons en vue d'une utilisation ultérieure².

Au Canada, les traitements de fertilité sont réglementés à la fois à l'échelle fédérale, par la *Loi sur la procréation assistée*³, et à l'échelle provinciale.

Le présent rapport donne un aperçu des types de traitements de fertilité et des lois fédérales qui réglementent l'administration des traitements de fertilité et les interdictions qui y sont associées. On y présente les services et les coûts associés aux traitements, ainsi que le financement public, le cas échéant, accessibles aux résidentes et résidents de chaque province et territoire. Enfin, le rapport propose un aperçu des politiques relatives à la filiation ainsi que des droits et responsabilités des personnes impliquées dans un projet de traitement de la fertilité, notamment les parents, les donneuses et donneurs et la mère porteuse.

Avertissement : Ce rapport propose une vue d'ensemble d'un sujet complexe, sur la base d'informations et de sources valables en janvier 2025. Les règlements, les lois et les traitements abordés peuvent être interprétés différemment de ce qui est exposé de manière abrégée dans ce document. Il convient de garder à l'esprit que chaque province et territoire au Canada utilise une terminologie qui lui est propre. De plus, puisque le traitement de la fertilité demeure un sujet récent, il est possible que certaines politiques soient à ce jour peu détaillées.

Ce document ne saurait constituer un avis juridique ou médical. Pour un avis professionnel, veuillez vous adresser à une avocate ou à un avocat, ou encore à une professionnelle ou à un professionnel de la santé.

UN BREF HISTORIQUE DU TRAITEMENT DE LA FERTILITÉ AU CANADA

Suivant la naissance de Louise Brown, le premier « bébé éprouvette » au monde, au Royaume-Uni en 1978, plusieurs médecins au Canada ont ouvert des cliniques de fécondation in vitro (FIV). La première a été créée en 1980 par les docteurs Jacques Rioux et Raymond Lambert à Québec (au Québec). La première conception réussie au Canada par FIV a eu lieu en 1982⁴.

En octobre 1989, le gouvernement du Canada a créé la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction, en réponse à l'utilisation croissante de cette technologie au pays. La Commission avait pour objectif d'examiner les implications éthiques, juridiques, économiques, sociales, sanitaires et en matière de recherche⁵ des traitements de fertilité sur la société canadienne et de formuler des recommandations sur la marche à suivre. Après des recherches intensives et la collecte d'informations auprès de l'ensemble des provinces et territoires, la Commission royale a publié son rapport final, intitulé *Un virage à prendre en douceur*, comportant 293 recommandations⁵.

En 2004, la *Loi sur la procréation assistée* a reçu la sanction royale. Cette loi visait à prioriser la santé et le bien-être des enfants et des personnes impliquées dans un projet de procréation assistée. L'agence Procréation assistée Canada (PAC) a également vu le jour. Celle-ci a été créée pour appliquer la *Loi sur la procréation assistée* et recueillir des données de recherches ainsi que des renseignements sur l'utilisation des traitements de fertilité au Canada⁴.

L'agence PAC a par la suite été fermée, conséquemment aux changements budgétaires apportés en 2012. Ses responsabilités ont été transférées à Santé Canada. De plus, le Registre canadien des techniques de procréation assistée (CARTR Plus) s'est associé au Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance (BORN Ontario) afin de recueillir des données sur les traitements de fertilité et les résultats obtenus auprès des centres de FIV dans l'ensemble du Canada⁶. Chaque province et territoire a adopté des lois visant à définir le processus pour déterminer la filiation dans le cas d'un enfant conçu par procréation assistée⁴.

POURQUOI RECOURIR AU TRAITEMENT DE LA FERTILITÉ AU CANADA

Pour bon nombre de personnes et de couples au Canada qui souhaitent avoir un enfant, mais qui en sont incapables d'un point de vue biologique, le traitement de la fertilité constitue une option. Il peut être utilisé comme traitement de l'infertilité et peut également aider les couples 2ELGBTQI+, les personnes seules, ainsi que celles qui ont besoin de préserver leur fertilité pour des raisons médicales à fonder leur famille⁷.

Le traitement de la fertilité est relativement courant. Entre 2013 et 2023, le CARTR Plus a enregistré un total de 335 820 cycles complets de FIV (à la fois avec des embryons frais et congelés)⁸.

Infertilité

L'American Society for Reproductive Medicine définit l'infertilité comme une maladie, un problème médical ou un état caractérisé par les éléments suivants :

- L'incapacité à mener une grossesse à terme en raison des antécédents médicaux, sexuels et reproductifs de la patiente, de son âge, de symptômes physiques, de tests diagnostiques ou de toute combinaison de ces facteurs;
- La nécessité d'une intervention médicale, notamment l'utilisation de gamètes ou d'embryons provenant de donneuses ou de donneurs pour concevoir un enfant, que ce soit seule ou en couple;
- Chez les personnes ayant des rapports sexuels réguliers et non protégés, et en l'absence de toute cause connue chez l'un, l'une ou l'autre des partenaires susceptible d'altérer sa capacité de reproduction, une évaluation doit être entreprise au bout de 12 mois lorsque la partenaire féminine est âgée de moins de 35 ans et au bout de 6 mois lorsqu'elle est âgée de 35 ans ou plus⁹. L'infertilité est attribuable aux hommes dans 30 % des cas et aux femmes dans 40 % des cas. Les 30 % restants sont dus à une combinaison de facteurs chez l'homme et la femme ou à une cause inconnue¹⁰. L'infertilité peut être causée par de nombreux facteurs, dont certains sont décrits ci-dessous. La cause de l'infertilité peut influencer le choix du traitement.

Chez les femmes et les personnes de sexe féminin à la naissance, l'infertilité peut être causée par² :

- **des pathologies tubaires**, qui affectent les trompes de Fallope dans le système reproducteur féminin. Les trompes de Fallope permettent le passage des spermatozoïdes vers les ovaires et le transfert d'un ovule fécondé vers l'utérus²;
- **des pathologies utérines**, qui affectent l'utérus, où le bébé se développe pendant la grossesse. L'endométriose, caractérisée par le développement de tissu utérin à l'extérieur de l'utérus¹¹, et les fibromes, à savoir des tumeurs bénignes se développant à l'intérieur ou à l'extérieur de l'utérus¹², en sont des exemples. L'endométriose touche près de 1 personne sur 10 à qui l'on a assigné le sexe féminin à la naissance¹³;
- **des pathologies ovariennes**, qui affectent les ovaires, où les ovules sont produits et stockés. Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), par exemple, survient lorsque les ovaires produisent une quantité excessive d'hormones mâles, ce qui entraîne la formation de kystes (poches remplies de liquide) sur les ovaires¹⁴. Le SOPK touche de 5 % à 10 % des personnes à qui l'on a assigné le sexe féminin à la naissance¹⁵;
- **des troubles du système endocrinien** qui affectent les glandes qui produisent et libèrent les hormones régulant la croissance et la libération des ovules. Le dysfonctionnement de certaines glandes, comme les ovaires, la thyroïde ou l'hypothalamus, peut provoquer des déséquilibres hormonaux¹;
- **l'absence d'utérus** en raison d'une hystérectomie ou d'une maladie congénitale, comme le syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (syndrome MRKH).

Chez les hommes et les personnes à qui l'on a assigné le sexe masculin à la naissance, l'infertilité peut être causée par¹⁶ :

- **une obstruction de l'appareil reproducteur**, qui empêche l'excrétion du sperme. Une telle obstruction peut se produire dans les canaux éjaculatoires (qui transportent les spermatozoïdes depuis les testicules) ainsi que dans les vésicules séminales (qui créent le liquide transportant les spermatozoïdes)¹⁶;
- **une insuffisance testiculaire**, qui survient lorsque les testicules n'arrivent pas à produire de sperme ou d'hormones mâles¹. Elle peut être causée par une blessure, des traitements médicaux, comme la chimiothérapie, ou des maladies, comme la varicocèle (dilatation des veines à l'intérieur du sac de peau qui contient les testicules et le scrotum, en raison de l'accumulation de sang dans ces veines¹⁷)¹;
- **une anomalie quant à la forme et au mouvement des spermatozoïdes**, qui affecte leur capacité à féconder un ovule¹;

- **des troubles du système endocrinien** qui peuvent affecter les hormones responsables de la production de spermatozoïdes. Ils sont causés par le dysfonctionnement de certaines glandes, comme les testicules, la thyroïde ou l'hypothalamus¹;
- **des lésions aux testicules** dus à des blessures physiques ou à des interventions chirurgicales antérieures.

Lorsque le genre n'est pas en cause, l'infertilité peut être causée par :

- **le traitement d'un cancer** (chimiothérapie/radiothérapie);
- **les effets secondaires de certains médicaments** (p. ex. pour l'épilepsie).

Note : Il existe plusieurs autres causes potentielles d'infertilité qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus.

Le mode de vie joue un rôle important et peut avoir une incidence sur la fertilité des personnes des deux sexes. Le tabagisme et la consommation d'alcool peuvent contribuer à l'infertilité¹. L'obésité, de même que l'exposition à des polluants et à des toxines peuvent également causer des problèmes de fertilité.

Parents de même sexe

Selon le Recensement de la population de 2021 mené par Statistique Canada, le Canada compte 95 435 couples de même sexe (cisgenres). Dans le cadre d'une enquête récente sur les couples 2ELGBTQI+, 51 % des personnes interrogées disaient avoir entrepris des démarches en vue d'agrandir leur famille¹⁸. Les couples de genre différent qui souhaitent avoir des enfants peuvent opter pour l'adoption ou un traitement de fertilité.

Parents solos

Certaines personnes choisissent d'avoir des enfants en l'absence de partenaire, en faisant appel à des traitements de fertilité.

Préservation de la fertilité

Certaines personnes souhaitent conserver leurs ovules ou leur sperme avant un traitement médical, tel qu'un traitement contre le cancer. Certaines personnes transgenres désireront aussi préserver leur fertilité avant d'entamer leur transition.

Traitements électifs de la fertilité

- Protection contre l'âge
- Personnes porteuses d'une maladie génétique

LES TYPES DE TRAITEMENTS DE FERTILITÉ

Au Canada, la population peut choisir parmi différents traitements de fertilité en fonction de ses besoins personnels. Nous présentons ici un aperçu des options les plus courantes.

Inducteurs d'ovulation

Il s'agit de tout médicament qui stimule l'ovulation afin d'aider les ovaires à produire des ovules².

Fécondation in vitro (FIV)

Il s'agit de la fécondation manuelle d'ovules prélevés avec des spermatozoïdes en laboratoire, afin de créer un embryon qui est ensuite transféré dans l'utérus ou congelé¹⁹. Le processus suit généralement les étapes suivantes :

- Stimulation de l'ovulation à l'aide de médicaments inducteurs d'ovulation;
- Prélèvement d'ovules dans les ovaires;
- Prélèvement de spermatozoïdes à partir d'un échantillon de sperme;
- Fécondation d'ovules avec des spermatozoïdes en les mélangeant ou en injectant directement un seul spermatozoïde dans un ovule.

L'embryon qui en résulte est transféré dans un utérus. Si l'implantation est réussie, l'embryon devrait s'attacher à la paroi utérine.

Insémination intra-utérine (IIU) ou insémination artificielle (IA)

Ce procédé permet d'introduire les spermatozoïdes directement dans l'utérus²⁰.

Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (IICS)²¹

Un seul spermatozoïde sain est injecté directement dans chaque ovule mature. L'IICS est souvent utilisée lorsque la qualité ou le nombre de spermatozoïdes pose problème ou lorsque les tentatives de fécondation au cours de cycles de FIV antérieurs ont échoué.

Préservation de la fertilité

On procède à la congélation cryogénique d'ovules, de sperme ou d'embryons fécondés afin de les conserver et de permettre leur utilisation ultérieure²².

Maternité de substitution

Il n'est pas ici question d'un traitement, mais d'un arrangement dans le cadre duquel une personne accepte de porter et de mettre au monde un enfant qui sera élevé par des parents d'intention.

LA LOI SUR LA PROCRÉATION ASSISTÉE, 2004

La *Loi sur la procréation assistée* régit l'utilisation des technologies liées au traitement de la fertilité ainsi que la recherche dans ce domaine. Elle vise à promouvoir la santé, la sécurité, la dignité et les droits de toutes les parties impliquées dans un projet de traitement de la fertilité. La loi établit un ensemble de principes fondamentaux et d'interdictions. Elle présente en outre une liste de mesures qui doivent être prises par le ministère de la Santé afin de faire respecter cette réglementation³.

Nous présentons ici un résumé de la loi. Il convient de souligner que ce résumé constitue une interprétation simplifiée du document juridique. Les lectrices et lecteurs sont donc invités à consulter la loi pour une description exhaustive.

Principes

Cette loi énonce une liste de principes auxquels chaque sous-section de la loi doit se conformer³. Ces principes répondent aux préoccupations suivantes :

- Protéger la santé et le bien-être des enfants issus de traitements de fertilité;
- Réglementer le traitement de la fertilité par des mesures visant la promotion de la santé, de la sécurité, de la dignité et des droits des êtres humains;
- Protéger la santé et le bien-être des personnes qui suivent un traitement de fertilité;
- Appliquer les principes du consentement libre et éclairé (voir la section « Consentement » ci-dessous);
- Interdire toute discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou le statut matrimonial des personnes qui souhaitent avoir recours à un traitement de fertilité;
- Interdire la vente et l'achat de tout matériel reproductif;
- Protéger et préserver le génome humain.

Interdictions

Ces interdictions sont établies par la *Loi sur la procréation assistée*³. Elles sont mises en application par le ministère de la Santé afin d'assurer le respect des principes. La loi interdit :

- la création d'un embryon;
 - qui constitue le clone d'un être humain,
 - qui constitue une chimère ou un hybride (embryon composé de cellules non humaines ou d'autre matériel reproductif),
 - modifié de manière à affecter les descendantes et descendants,
 - à des fins autres que la création d'un être humain ou l'apprentissage ou l'amélioration des techniques de procréation assistée,
 - à partir d'une cellule ou d'une partie de cellule prélevée sur un autre embryon ou un fœtus;
- le transfert d'un spermatozoïde, d'un ovule ou d'un embryon;
 - d'un clone humain dans un être humain, une autre forme de vie ou un dispositif artificiel,
 - d'une autre forme de vie dans un être humain,
 - d'une chimère ou d'un hybride dans un être humain ou une autre forme de vie;
- la prescription ou l'administration de quelque chose augmentant la probabilité d'obtenir un embryon d'un sexe déterminé, excepté pour prévenir une maladie génétique liée au sexe;
- la conservation d'un embryon à l'extérieur du corps d'une personne de sexe féminin au-delà du quatorzième jour de son développement, ce qui exclut la période de congélation au cours de laquelle son développement est suspendu;

- le paiement, l'offre ou la promotion d'une rétribution à toute personne (la *Loi* autorise toutefois certains remboursements – voir la section « Remboursement » ci-dessous);
 - afin qu'elle commette des actes interdits par la *Loi sur la procréation assistée*, comme ceux mentionnés précédemment dans cette section,
 - afin qu'elle agisse à titre de mère porteuse,
 - afin qu'elle obtienne les services d'une mère porteuse (ou qu'elle accepte un paiement pour faire la promotion de tels services),
 - pour du sperme ou des ovules,
 - pour un embryon in vitro,
 - pour des cellules ou des gènes humains dans l'intention de les utiliser pour créer un être humain;
- les accords de maternité de substitution conclus avec une personne de sexe féminin âgée de moins de 21 ans;
- le recours à un traitement de fertilité sans le consentement éclairé et écrit de l'ensemble des parties concernées (comme indiqué dans la section « Consentement » ci-dessous).

Consentement

Cette section expose la façon dont le gouvernement canadien conçoit le consentement éclairé en matière de traitement de la fertilité. Le consentement doit être donné²³ :

- sous forme de déclaration écrite par une personne informée de ses choix;
 - Les donneuses et donneurs doivent fournir une déclaration écrite confirmant qu'elles et ils ont reçu les informations nécessaires pour faire un choix éclairé.
- par une personne légalement apte à prendre ce type de décision, à savoir :
 - une personne âgée de plus de 18 ans ou une personne âgée de moins de 18 ans qui souhaite conserver son sperme ou ses ovules en vue de créer un enfant qu'elle élèvera elle-même);
 - une personne qui n'est pas décédée (à moins que la donneuse ou le donneur ait donné son consentement écrit envers l'utilisation de son matériel reproductif après sa mort dans le but de créer un embryon);
- sans qu'aucune pression ou promesse de récompense ne soit impliquée.

De plus, les donneuses et donneurs peuvent retirer leur consentement envers l'utilisation de leur matériel reproductif ou de leur embryon in vitro. Le retrait de leur consentement doit :

- être fourni par écrit à la personne qui aura recours au matériel;
- respecter les délais²⁴. La notification doit être adressée;
 - avant que le matériel ne soit utilisé,
 - avant que la tierce personne ne confirme par écrit que l'embryon a été prévu pour ses propres fins reproductives,
 - avant la confirmation par écrit que l'embryon a été prévu à des fins de recherche;
- être donné – lorsque l'un embryon in vitro a été créé pour un couple – par l'une ou l'autre des personnes du couple;
- être donné uniquement – dans le cas d'un couple dont une seule personne est donneuse – par la personne qui a donné ses gamètes, si cette personne n'est plus liée à l'autre par un mariage ou une union libre.

Il convient de noter que les provinces et territoires peuvent imposer des conditions additionnelles en matière de consentement.

Remboursement

Bien qu'il soit interdit de rémunérer une mère porteuse ou des donneuses et donneurs pour leur matériel reproductif ou un embryon, certains frais engagés par les donneuses et donneurs ou les mères porteuses peuvent faire l'objet d'un remboursement²⁵.

Il s'agit notamment des frais liés à :

- des déplacements;
- la prestation de soins à des personnes à charge ou à des animaux de compagnie;
- des services de consultation;
- des services juridiques;
- des services médicaux recommandés et à l'obtention d'une recommandation (p. ex. médicaments et ordonnances);
- une assurance maladie, à une assurance vie, à une assurance invalidité ou à une assurance voyage;
- l'obtention de dossiers médicaux ou à d'autres documents.

Dans le cas d'une mère porteuse, d'autres frais peuvent faire l'objet d'un remboursement, en plus de ceux indiqués ci-dessus, notamment les frais :

- pour les services d'une ou d'un sage-femme ou les frais médicaux liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum;
- d'épicerie et liés à l'alimentation;
- relatifs aux vêtements de maternité;
- de télécommunications (p. ex. téléphone, télécopieur, téléphone cellulaire, accès à Internet ou au câble);
- liés à la perte de revenus de travail.

Une preuve écrite détaillée des frais engagés doit être conservée et présentée pour l'obtention d'un remboursement.

LES COÛTS LIÉS AUX TRAITEMENTS DE FERTILITÉ

Cette section présente une estimation globale des frais associés aux traitements de fertilité au Canada. Les montants estimés, en dollars canadiens, sont basés sur les données de janvier 2025. Étant donné que les prix varient considérablement d'une clinique à l'autre, les montants indiqués constituent des moyennes. De nombreux frais connexes doivent être pris en compte en plus des frais de traitement de base, c'est pourquoi seuls certains traitements ont été retenus. Les cliniques regroupent également leurs traitements et services de manière différente, ce qui rend toute comparaison directe impossible. Les lectrices et lecteurs sont donc invités à se renseigner auprès des cliniques de leur région afin de confirmer les frais réels.

- Fécondation in vitro (FIV) : 10 000 \$ à 20 000 \$
 - Cela comprend les prélèvements d'ovules, la FIV avec ou sans IICS ainsi que les transferts d'embryons frais.
- Préservation de la fertilité
 - Hommes : 420 \$ à 850 \$
 - Femmes : 10 000 \$ à 15 000 \$
- Insémination intra-utérine (IIU) : 580 \$ à 1 350 \$
- Frais annuels pour le stockage d'ovules, de spermatozoïdes et/ou d'embryons cryoconservés : 400 \$ à 950 \$
- Inducteurs d'ovulation : 3 000 \$ à 8 600 \$
- Test génétique préimplantatoire : 350 \$ à 3 750 \$

Il convient de noter que l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut ne disposent d'aucune clinique de fertilité. Les résidentes et résidents de ces régions doivent donc se rendre dans d'autres provinces afin d'obtenir les soins de fertilité dont elles et ils ont besoin.

LES PROGRAMMES GOUVERNEMENTAUX DE TRAITEMENT DE LA FERTILITÉ

Le gouvernement fédéral ainsi que certaines provinces proposent des programmes visant à réduire la charge financière des personnes qui souhaitent recourir à des traitements de fertilité pour avoir des enfants. Certains frais liés aux traitements de fertilité peuvent être déduits à titre de frais médicaux par l'ensemble des personnes ayant une citoyenneté canadienne ou une résidence permanente lorsqu'elles remplissent leur déclaration de revenus fédérale.

Au Canada, l'accès aux traitements et l'étendue du soutien à cet égard varient considérablement, allant des crédits d'impôt aux programmes subventionnés, en passant par diverses subventions et aides financières. La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut ne disposent actuellement (en date de janvier 2025) d'aucun programme de soutien à cet égard. Ils portent la mention « A/P », ce qui signifie « aucun programme ». Le gouvernement actuel de la Colombie-Britannique (en date de janvier 2025) s'emploie toutefois à la mise en œuvre d'un programme qui devrait être en vigueur en avril 2025; il porte donc à ce jour la mention « A/P* ».

Cette section résume la procédure à suivre pour demander le crédit d'impôt fédéral pour frais médicaux, les conditions d'admissibilité aux programmes de soutien des diverses provinces, les types de traitements financés, le type de couverture fourni par ces programmes selon la province ou le territoire, ainsi que les changements aux programmes de traitement de la fertilité annoncés en 2024.

Crédit d'impôt pour les frais médicaux

Au Canada, depuis 2022, certains frais liés au traitement de la fertilité peuvent être déduits à titre de frais médicaux dans la déclaration de revenus, notamment toute somme versée à une ou un médecin ou à un établissement hospitalier autorisé pour la conception d'enfants, les frais payés à une clinique de fertilité ou à une banque de sperme et d'ovules, et l'achat de médicaments prescrits contre la stérilité²⁶. Pour plus d'informations sur le processus de réclamation de frais médicaux, reportez-vous à la page « Lignes 33099 et 33199 – Frais médicaux admissibles que vous pouvez demander dans votre déclaration de revenus » sur le site Web du gouvernement du Canada^c.

Couverture offerte par les programmes provinciaux

Les types de financement et de couvertures fournis par chaque province varient. Ils diffèrent également pour ce qui est des montants couverts et de la fréquence à laquelle on peut y recourir (voir le tableau 1).

Tableau 1

Types de couverture et conditions d'admissibilité selon la province ou le territoire

| Province/ territoire | Type de programme | Couverture |
|----------------------------|--|---|
| C.-B. ²⁷ | A/P* | A/P* |
| Alb. | A/P | A/P |
| Sask. | A/P | A/P |
| Man. ²⁸ | Crédit d'impôt (impôt sur le revenu des particuliers remboursable) | 40 % des frais de traitement de la fertilité (crédit annuel maximum de 16 000 \$ pour des frais allant jusqu'à 40 000 \$) pour tout traitement effectué au Manitoba |
| Ont. ²⁹ | Régime provincial d'assurance maladie | FIV : un cycle pour le parent d'intention (un cycle supplémentaire pour la mère porteuse) IIU : aucune limite Préservation de la fertilité : un cycle par personne |

^c Gouvernement du Canada. (21 janvier 2025). Lignes 33099 et 33199 – Frais médicaux admissibles que vous pouvez demander dans votre déclaration de revenus. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/sujets/tout-votre-declaration-revenus/declaration-revenus/remplir-declaration-revenus/deductions-credits-dependances/lignes-33099-33199-frais-medicaux-admissibles-vous-pouvez-demander-votre-declaration-revenus.html#wb-auto-4>

| Province/ territoire | Type de programme | Couverture |
|-------------------------|--|---|
| Qc ³⁰ | Régime provincial d'assurance maladie et crédit d'impôt | FIV : un cycle par personne IIU : jusqu'à six cycles par naissance vivante Inducteurs d'ovulation : couverts par le régime public d'assurance maladie Préservation de la fertilité : un cycle Test génétique préimplantatoire : aucune limite Un crédit d'impôt remboursable est offert pour les frais liés au traitement de la fertilité qui ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance maladie ³¹ . Ce crédit est calculé sur la base de l'impôt sur le revenu des familles. |
| T.-N.-L. ³² | Subvention | Jusqu'à 5 000 \$ par traitement pour un maximum de trois traitements |
| N.-B. ³³ | Fonds | Une seule réclamation de remboursement de 50 % des frais admissibles, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ |
| N.-É. ³⁴ | Crédit d'impôt (impôt sur le revenu des particuliers remboursable) | 40 % des frais de traitement de la fertilité (crédit annuel maximum de 8 000 \$ pour des frais allant jusqu'à 20 000 \$) pour tout traitement effectué au Canada |
| Î.-P.-É. ³⁵ | Fonds | Financement annuel pour un maximum de 3 périodes de 12 mois, en fonction du revenu familial |
| T.N.-O. | A/P | A/P |
| Nt | A/P | A/P |
| Yn | A/P | A/P |

Services couverts par les programmes provinciaux

Si certaines provinces ont mis en place des programmes afin d'aider les personnes qui souhaitent suivre un traitement de fertilité, ceux-ci ne couvrent toutefois pas tous les types de traitements. Le tableau 2 présente les types de traitements financés par des fonds publics dans chaque province et territoire.

Tableau 2

Traitements subventionnés selon la province ou le territoire

| Province/ territoire | FIV | IUI | Préservation de la fertilité | Inducteurs d'ovulation | Test génétique préimplantatoire |
|-------------------------------|------|------|---------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| C.-B. ²⁷ | A/P* | A/P* | A/P* | A/P* | A/P* |
| Alb. | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |
| Sask. | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |
| Man. ²⁸ | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Ont. ²⁹ | Oui | Oui | Oui | Non | Non |
| Qc ³⁰ | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| T.-N.-L. ³² | Oui | Oui | Oui | Oui | Non |
| N.-B. ³³ | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| N.-É. ³⁴ | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Î.-P.-É. ³⁵ | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| T.N.-O. | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |
| Nt | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |
| Yn | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |

Conditions d'admissibilité aux programmes provinciaux

Le financement public des traitements de fertilité est soumis à certaines conditions qui varient selon les provinces (voir le tableau 3).

Tableau 3

Conditions d'admissibilité pour accéder à un financement ou à un traitement assuré, selon la province ou le territoire

| Province/ territoire | Âge maximum | Les résident-es ont une assurance maladie publique | Recommandation médicale requis? | Exigences supplémentaires | Demande requis? |
|----------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|
| C.-B. ²⁷ | A/P* | A/P* | A/P* | A/P* | A/P* |
| Alb. | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |
| Sask. | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |
| Man. ²⁸ | A/P | Oui | Non | Le traitement doit être effectué par un-e médecin praticien-ne ou une clinique de traitement de la fertilité autorisé-e au Manitoba. | Aucune demande externe La demande doit être faite dans la déclaration de revenus. |
| Ont. ²⁹ | FIV : 43 ans | Oui | Préservation de la fertilité : Oui | Le traitement doit être fait en Ontario | Oui, selon les politiques de la clinique |
| Qc ³⁰ | Début du traitement : 41 ans Transfert d'embryon : 42 ans | Parents d'intention : oui Mère porteuse : pas obligatoire, mais il faudra prendre en charge les dépenses personnelles | Oui | Les parents d'intention doivent : <ul style="list-style-type: none"> être infertiles ou incapables de concevoir^d; présenter un risque élevé de concevoir un enfant atteint d'une maladie héréditaire. Aucune des parties ne doit avoir subi de stérilisation volontaire. Admissibilité au crédit d'impôt pour le traitement de la fertilité : <ul style="list-style-type: none"> La personne doit être résidente du Québec au 31 décembre de l'année d'imposition. Le traitement n'est pas couvert par l'assurance maladie provinciale. Le traitement permet la conception d'un enfant. Le traitement doit être fait au Québec. | Oui, selon les politiques de la clinique |

^d L'expression « incapable de concevoir » désigne les personnes seules, les couples de même sexe ainsi que les personnes qui présentent un risque élevé de concevoir un enfant atteint d'une maladie héréditaire grave.

| Province/ territoire | Âge maximum | Les résident-es ont une assurance maladie publique | Recommandation médicale requis? | Exigences supplémentaires | Demande requis? |
|-------------------------------|----------------|--|--|---|--|
| T.-N.-L. ³² | A/P | Oui | Oui | La personne doit obtenir une demande de consultation auprès des Newfoundland & Labrador Fertility Services pour accéder à la clinique de son choix, n'importe où au Canada. | Oui Ensemble de documents pour la demande de soins de fertilité (juin 2022) ^e |
| N.-B. ³³ | A/P | Oui | Oui | Les frais de traitement de la fertilité engagés en dehors du Nouveau-Brunswick seront remboursés seulement si les traitements requis ne sont pas offerts dans la province. | Oui, elle doit être soumise à Health.Program.Coordinator@gnb.ca Demande de financement particulier pour le traitement de la fertilité ^f |
| N.-É. ³⁴ | A/P | Oui | Oui, sauf si les dépenses se limitent aux frais relatifs au matériel reproductif des donneur-euses | Le traitement peut être effectué n'importe où au Canada. | Oui, après avoir rempli une déclaration d'impôt sur le revenu Demande en ligne : Ministère des Finances de la Nouvelle-Écosse – Crédit d'impôt pour la fertilité et la maternité de substitution ^g |
| Î.-P.-É. ³⁵ | A/P | Oui (résidence permanente) | Non | La personne doit avoir soumis une déclaration de revenus récente. Le traitement doit être effectué au cours de l'année de la déclaration d'impôt. | Oui Demande de traitement de la fertilité ^h |
| T.N.-O. | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |
| Nt | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |
| Yn | A/P | A/P | A/P | A/P | A/P |

^e Eastern Health. (Juin 2022). Fertility Services Application Package (PDF). <https://cwhp.easternhealth.ca/wp-content/uploads/sites/45/2023/05/Fertility-Services-Application-Package-June-2022-Fillable.pdf>

^f Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (s.d.) Demande d'aide financière spéciale pour le traitement de l'infertilité (PDF). <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/Services/demande-daide-financiere-speciale-pour-le-traitement-de-linfertilite.pdf>

^g Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. (s.d.) Fertility and Surrogacy Tax Credit. [https://novascotia.ca/finance/en/home/taxation/tax101/personalincometax/fertility-and-surrogacy-tax-credit.html#:~:text=The%20Fertility%20and%20Surrogacy%20Tax%20Credit%20\(FSTC\)%20helps%20offset%20costs,or%20eligible%20surrogacy%2Drelated%20costs](https://novascotia.ca/finance/en/home/taxation/tax101/personalincometax/fertility-and-surrogacy-tax-credit.html#:~:text=The%20Fertility%20and%20Surrogacy%20Tax%20Credit%20(FSTC)%20helps%20offset%20costs,or%20eligible%20surrogacy%2Drelated%20costs)

^h Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (9 novembre 2023). Fertility Treatment Program: Application Form (PDF). https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/forms/fertility_treatment_application_-_final_20231109.pdf

Nombre de cliniques par province

L'accès géographique à des soins de fertilité varie considérablement d'un bout à l'autre du Canada. Par exemple, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon, le Nunavut et l'Île-du-Prince-Édouard ne disposent d'aucune clinique proposant des traitements de fertilité. Et il n'existe qu'une seule clinique de fertilité à Terre-Neuve, qui propose des IUI et une supervision médicale satellite, mais aucune FIV. Les personnes qui vivent dans ces régions sont donc sujettes à des frais supplémentaires pour couvrir leurs déplacements. Toutes les cliniques de fertilité offrant des services complets au Canada sont situées dans les grandes villes. Ainsi, même dans les provinces où il existe des cliniques offrant des services complets, les résidentes et résidents des régions rurales doivent se rendre dans les centres urbains pour recevoir des soins de fertilité.

Selon le rapport annuel 2024 du CARTR Plus, en 2023, il y avait 35 cliniques de fertilité offrant des services complets au Canada. Elles étaient réparties comme suit :

- Colombie-Britannique : 3
- Alberta : 4
- Saskatchewan : 1
- Manitoba : 1
- Ontario : 19
- Québec : 5
- Nouveau-Brunswick : 1
- Nouvelle-Écosse : 1

Les cliniques de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan ne bénéficient d'aucun financement public. Il convient par ailleurs de noter qu'aucune clinique de fertilité au Canada ne déclare ses activités au CARTR Plus et que certains propriétaires, qui sont répertoriés ici sous une seule clinique, en possèdent en réalité plusieurs.

Progrès et changements annoncés en 2024

Les politiques sont régulièrement mises à jour. Comme souligné précédemment, la Colombie-Britannique a annoncé la mise en place d'un programme subventionné de FIV qui entrera en vigueur en avril 2025, dans le cadre de son Medical Services Plan²⁷. La Colombie-Britannique n'est, par ailleurs, pas la seule à anticiper des changements à cet égard.

Le gouvernement de l'Ontario a annoncé son intention d'élargir le Programme ontarien de procréation assistée en créant un nouveau crédit d'impôt en janvier 2025, qui couvrirait jusqu'à 25 % des dépenses admissibles, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année³⁶. Le gouvernement du Yukon a pour sa part annoncé une indemnité pour les déplacements à des fins médicales pour les traitements de fertilité et de maternité de substitution, ce qui en fait le premier territoire à annoncer des mesures visant à améliorer l'accès aux traitements de fertilité³⁷.

De plus, à l'approche des élections, certains partis ont annoncé leur intention de mettre en place des politiques visant à promouvoir l'accès aux soins de fertilité. Le Saskatchewan Party a notamment suggéré la mise en place d'un crédit d'impôt remboursable de 50 %, allant jusqu'à 10 000 \$, pour un premier traitement de fertilité³⁸. Le Parti libéral du Nouveau-Brunswick a également présenté un plan visant à financer un cycle de FIV³⁹.

L'attention croissante portée aux soins de fertilité et le plaidoyer en leur faveur illustrent les importants progrès et changements réalisés à travers le pays.

LES LOIS PROVINCIALES ET TERRITORIALES SUR LE LIEN DE FILIATION

Chaque province et territoire propose sa propre interprétation de la parentalité. La plupart prévoient des procédures particulières pour établir la filiation légale entre une personne et un enfant. Cette section précise ce que l'on entend par « parent ». Elle explique également comment devenir parent d'un enfant conçu par le biais d'un traitement de fertilité. Cette procédure varie en fonction du type de traitement, de l'implication d'autres personnes et de cas extraordinaires, comme le décès d'un parent dépendant ou la reconnaissance de parents multiples.

Il est à noter que le Nouveau-Brunswick et le Yukon ne disposent d'aucune loi régissant la filiation en cas de conception par traitement de fertilité. C'est pourquoi on trouvera la mention A/L, c'est-à-dire « aucune loi ». S'il est généralement admis que la filiation se fait par adoption, il demeure essentiel de demander un avis juridique pour bien comprendre la procédure et les exigences précises qui ont cours.

Les parents d'intention qui sont des parents biologiques

Tableau 4

Statut parental des parents d'intention qui sont les parents biologiques de l'enfant

| Province/ territoire | Parents |
|----------------------------|---|
| C.-B. ⁴⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| Alb. ⁴¹ | <p>Si conçu uniquement avec du matériel reproductif masculin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne de sexe masculin • Mère biologique <p>Si conçu uniquement avec du matériel reproductif féminin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique <p>Si conçu à la fois avec du matériel reproductif féminin et masculin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne de sexe féminin • Personne de sexe masculin <p>Si conçu avec du matériel reproductif d'un-e donneur-euse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| Sask. ⁴² | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| Man. ⁴³ | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| Ont. ⁴⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| Qc ⁴⁵ | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne qui reconnaît un lien dans la déclaration officielle de naissance ou qui agit en tant que parent depuis 24 mois, depuis la naissance de l'enfant |

| Province/ territoire | Parents |
|-------------------------------|---|
| T.-N.-L. ⁴⁶ | Insémination artificielle uniquement <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| N.-B. | A/L |
| N.-É. ⁴⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne qui reconnaît son intention d'être parent |
| Î.-P.-É. ⁴⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| T.N.-O. ⁴⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| Nt ⁴⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Mère biologique • Personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique |
| Yn | A/L |

Maternité de substitution

Dans le cas d'un traitement de fertilité impliquant une mère porteuse, toutes les parties, notamment les parents d'intention et la mère porteuse, doivent reconnaître, au moyen d'un accord écrit, que :

- la mère porteuse donnera naissance à l'enfant;
- la mère porteuse renoncera à son statut de parent et remettra l'enfant aux parents d'intention;
- les parents d'intention envisagent d'être les parents de l'enfant à naître.

Dans certaines provinces et certains territoires, les parents d'intention ne deviennent pas automatiquement les parents légaux, et ce, même si la mère porteuse a donné son consentement. De plus, certaines provinces et certains territoires exigent un lien génétique entre les parents d'intention et l'enfant pour établir la filiation, et lorsqu'il y a eu recours à un don d'embryon, les parents d'intention doivent déposer une demande d'adoption. Certaines provinces et certains territoires peuvent exiger que chaque partie sollicite des conseils juridiques pour s'assurer d'être bien informée avant de signer un accord. Le tableau 5 donne un aperçu des exigences et du processus de reconnaissance du lien de filiation.

Tableau 5

Procédure et exigences pour établir le lien de filiation avec un enfant né d'une mère porteuse

| Province/ territoire | Ordonnance de la cour requise | Lien génétique | Délai d'attente avant que la mère porteuse donne son consentement | Renseignements supplémentaires |
|----------------------------|--|-------------------|---|---|
| C.-B. ⁴⁰ | Non, à moins que certaines conditions ne soient pas respectées | Non | Non | Le consentement peut être révoqué par la Cour suprême. |
| Alb. ⁴¹ | Oui, dans les 30 jours suivant la naissance de l'enfant | Oui | Non | La mère porteuse devient automatiquement le parent légal jusqu'à ce qu'une décision de justice soit rendue. |
| Sask. ⁴² | Oui, après la naissance de l'enfant et avant qu'il n'ait atteint l'âge de 90 jours | Non | Lorsque l'enfant a atteint l'âge de 3 jours | La mère porteuse et les parents d'intention partagent les responsabilités et les droits parentaux jusqu'à ce que l'enfant ait 3 jours. Après l'âge de 3 jours, seuls les parents d'intention ont des responsabilités et des droits parentaux. |
| Man. ⁴³ | Oui, dans les 30 jours suivant la naissance de l'enfant | Non | Lorsque l'enfant a atteint l'âge de 2 jours | La mère porteuse et les parents d'intention partagent les responsabilités et les droits parentaux jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 2 jours. Le consentement peut être révoqué par la Cour suprême. |
| Ont. ⁴⁴ | Non, à moins que certaines conditions ne soient pas respectées | Non | Lorsque l'enfant a atteint l'âge de 7 jours | La mère porteuse et les parents d'intention partagent les responsabilités et les droits parentaux jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 7 jours. Le consentement peut être révoqué par la Cour suprême. |
| Qc ⁴⁵ | Oui | Non | Lorsque l'enfant a atteint l'âge de 7 jours et dans les 30 jours suivant la naissance de l'enfant | <p>Seule la mère porteuse peut résilier l'accord à tout moment avant la naissance de l'enfant.</p> <p>Aucune combinaison de matériel reproductif si la mère porteuse est une sœur, une ascendante ou une descendante</p> <p>Le consentement de la mère porteuse doit être donné en français, sans quoi une traduction certifiée au Québec doit être fournie.</p> <p>Les parents d'intention et la mère porteuse doivent avoir vécu au Québec pendant au moins un an avant la conclusion de l'accord de maternité de substitution.</p> <p>Si la mère porteuse n'est pas en mesure d'exprimer son consentement après 30 jours, si elle meurt ou disparaît après 30 jours, le consentement est réputé avoir été donné.</p> <p>Toutes les personnes concernées doivent consulter un-e psychologue, un-e sage-femme, un-e travailleur-euse social-e, un-e thérapeute familial-e ou un-e sexologue.</p> |

| Province/ territoire | Ordonnance de la cour requise | Lien génétique | Délai d'attente avant que la mère porteuse donne son consentement | Renseignements supplémentaires |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------|---|--|
| T.-N.-L. ⁴⁶ | Oui | Non | Non | La naissance est d'abord enregistrée et un certificat de naissance est délivré avec la mère porteuse comme mère. |
| N.-B. | A/L | A/L | A/L | A/L |
| N.-É. ⁴⁷ | Oui | Oui | Non | Après la naissance de l'enfant, sa naissance et son certificat de naissance sont d'abord enregistrés avec la mère porteuse comme mère et le père d'intention comme père. Le consentement peut être révoqué par la Cour suprême. |
| Î.-P.-É. ⁴⁸ | Oui | Non | Non | Le consentement peut être révoqué par la Cour suprême. |
| T.N.-O. ⁴⁹ | Oui | Oui | Non | La loi ne mentionne pas le terme « maternité de substitution », mais elle prévoit que, si la mère biologique renonce à l'enfant, les parents deviennent : 1. la personne dont le matériel reproductif a été utilisé; 2. la personne mariée/cohabitant avec la personne dont le matériel reproductif a été utilisé. |
| Nt ⁴⁹ | Oui | Oui | Non | La loi ne mentionne pas le terme « maternité de substitution », mais elle prévoit que, si la mère biologique renonce à l'enfant, les parents deviennent : 1. la personne dont le matériel reproductif a été utilisé; 2. la personne mariée/cohabitant avec la personne dont le matériel reproductif a été utilisé. |
| Yn | A/L | A/L | A/L | A/L |

Décès d'un parent d'intention

Parfois, bien que rarement, il arrive que l'un des parents (voire les deux) décède après avoir conçu un enfant. Le cas échéant, s'il a donné son consentement écrit à l'utilisation de son matériel reproductif et à devenir le parent de l'enfant en cas de décès, le défunt parent demeure le parent légal de l'enfant. Les réglementations relatives à la filiation en cas de décès d'un parent varient d'une province et d'un territoire à l'autre.

Le Nouveau-Brunswick et le Yukon ne disposent d'aucune loi sur la filiation en cas de maternité de substitution ou de traitements de fertilité.

Réglementation lorsque plus de deux parents sont impliqués

D'autres conventions de filiation peuvent être mises en place lorsqu'un enfant est conçu grâce à un traitement de fertilité, afin d'inclure plus de deux parents. Au Canada, seules la Colombie-Britannique et l'Ontario ont réglementé ce type d'arrangements. Les autres provinces et territoires ne reconnaissent que deux parents. Dans cette section, nous proposons une vue d'ensemble de ces réglementations.

Colombie-Britannique⁴⁰

Un accord écrit peut être conclu :

- entre les parents d'intention et la mère porteuse;
- entre la mère biologique, la personne mariée ou ayant une relation conjugale avec la mère biologique potentielle et un donneur.

Un tel accord permettrait à toutes les parties d'être parents de l'enfant conçu grâce à un traitement de fertilité, si aucune de ces parties ne se retire ou ne décède avant la conception de l'enfant.

Ontario⁴⁴

Une convention de filiation antérieure à la conception est une convention écrite entre deux parties ou plus selon laquelle elles conviennent d'être, ensemble, les parents d'un enfant conçu grâce à un traitement de fertilité. L'accord doit inclure :

- la mère biologique d'intention, s'il ne s'agit pas d'une mère porteuse;
- la conjointe ou le conjoint de la mère biologique, le cas échéant, à moins qu'elle ou il ne confirme par écrit ne pas consentir à être parent;
- la personne dont le sperme doit être utilisé à des fins de conception;
- toute autre personne souhaitant faire partie de l'accord.

Dans le cas de la maternité de substitution, jusqu'à quatre autres personnes peuvent être incluses dans une convention de maternité de substitution. D'autres personnes peuvent être ajoutées comme parents au moyen d'une demande adressée à un tribunal après la naissance de l'enfant, à condition que ce soit dans l'année qui suit sa naissance³.

ÉLÉMENTS CLÉS

- **Qui est concerné?** Les raisons qui poussent une personne à opter pour des traitements de fertilité sont multiples, et le type de traitement recommandé par son médecin peut varier selon sa situation.
- **Programmes financés :** Certains traitements de fertilité bénéficient d'un financement public. Le type de couverture varie considérablement. Par exemple, des provinces, comme le Québec et l'Ontario, financent certains traitements dans leur totalité (sous conditions), et d'autres, comme le Manitoba et la Nouvelle-Écosse, offrent un crédit d'impôt.
- **Aucun financement :** En date de janvier 2025, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut n'offrent aucun financement public. La Colombie-Britannique a toutefois annoncé la mise en œuvre d'un programme à venir en 2025. Les lectrices et lecteurs sont invités à vérifier les options offertes dans leur région.
- **Accès :** L'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut ne disposent d'aucune clinique de fertilité administrant des traitements de fertilité. Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard disposent pour leur part de programmes de remboursement pour certains types de soins de fertilité, mais les patientes et patients doivent se rendre dans une autre province pour accéder à ces traitements.
- **Législation fédérale :** L'éthique des traitements de fertilité et les interdictions qui y sont associées sont régies par le gouvernement fédéral.
- **Déclaration de revenus fédérale :** Il est possible de déduire certaines dépenses liées aux traitements de fertilité à titre de frais médicaux dans la déclaration de revenus fédérale.
- **Lois sur la filiation :** La réglementation varie grandement d'une province et d'un territoire à l'autre. Par exemple, le Nouveau-Brunswick et le Yukon ne disposent d'aucune loi sur la filiation en cas de maternité de substitution ou de traitements de fertilité. De plus, Terre-Neuve-et-Labrador n'aborde la question de la filiation que lorsque l'enfant est né par insémination artificielle, excluant ainsi tous les autres types de traitements de fertilité. En revanche, l'Ontario et la Colombie-Britannique autorisent les conventions de filiation impliquant plus de deux parents. Les droits et les responsabilités des parents, des donneuses et donneurs et des mères porteuses, ainsi que le processus de reconnaissance d'une relation parentale légale sont déterminés par les provinces et les territoires.

MATIÈRE À RÉFLEXION

En effectuant des recherches pour ce rapport, certaines pistes de réflexion ont été soulevées concernant les traitements de fertilité. De telles réflexions s'avèrent importantes, car elles mettent en relief la nécessité éventuelle de modifier les politiques au fil de l'évolution des traitements de fertilité.

Accessibilité

Nous avons été sidérées de constater à quel point l'accès aux traitements de fertilité dans les provinces et territoires canadiens autres que l'Ontario et le Québec pouvait être limité, qu'il s'agisse du manque de cliniques ou de l'absence de financement. Par exemple, les personnes vivant dans les territoires n'ont accès à aucune clinique proposant des traitements de fertilité ni à aucun financement public pour ces traitements. Celles qui ont besoin de soins de fertilité n'ont donc d'autre choix que de se rendre dans une autre province, en plus de devoir payer elles-mêmes l'intégralité des frais associés aux traitements, aux médicaments et à leurs déplacements. Il est également important de mentionner que, bien que certaines provinces comptent de nombreuses cliniques, les communautés rurales en sont souvent dépourvues, ce qui oblige les parents potentiels à parcourir de longues distances pour obtenir de tels soins.

De plus, les services offerts par les cliniques de fertilité varient, ce qui limite l'accès à certains types de traitements. Par exemple, à Terre-Neuve-et-Labrador, la seule clinique de fertilité qui s'y trouve offre des services limités et la FIV n'en fait pas partie.

Enfin, la plupart des programmes de financement ne tiennent aucunement compte du niveau de revenu, excepté à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec. Ainsi, les personnes dans la tranche de revenus la plus élevée sont admissibles au même montant de financement que celles se situant dans les tranches inférieures.

Variations dans les politiques

Nous nous attendions à ce que certaines provinces et certains territoires disposent de politiques similaires, en fonction de leur proximité géographique. Nous avons toutefois constaté que ce n'était pas le cas. Par exemple, parmi les provinces des Maritimes, la Nouvelle-Écosse offre un crédit d'impôt, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard propose un remboursement en fonction du revenu familial. De plus, si la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard disposent de politiques relatives à la filiation, ce n'est pas le cas du Nouveau-Brunswick, et la politique dont dispose Terre-Neuve-et-Labrador à cet égard ne s'applique qu'aux enfants conçus par insémination artificielle.

En fait, chaque province disposant d'un programme public de financement pour les traitements de fertilité présente des différences substantielles quant au montant pouvant être réclamé et à la fréquence à laquelle il peut l'être. Les seules similitudes que nous avons pu trouver étaient entre l'Ontario et le Québec, ce qui est logique compte tenu de leur proximité géographique, et entre le Manitoba et la Nouvelle-Écosse, ce qui est plus surprenant. L'analyse des facteurs influençant la prise de décision et l'élaboration des politiques en lien avec les traitements de fertilité, ainsi que des raisons motivant les choix qu'ont faits les provinces et territoires, constituerait une avenue pertinente à approfondir.

Des politiques dépassées

Nous avons constaté que les politiques deviennent de moins en moins claires au fur et à mesure que la société et la technologie évoluent, ce qui peut avoir des conséquences sur le plan éthique de même que sur les droits de la personne.

Par exemple, le Nouveau-Brunswick et le Yukon n'ont aucune disposition dans leurs lois régissant les droits des enfants ou de la famille qui reconnaît l'utilisation des traitements de fertilité pour la conception d'un enfant. Il n'existe donc aucun moyen formel de transférer le lien de filiation. L'absence de politique peut avoir des conséquences néfastes. À titre d'exemple, en 2004 au Nouveau-Brunswick, une femme a été inséminée artificiellement à l'aide du sperme d'un donneur inconnu. En l'absence de politique à cet égard, le ministère de la Santé et du Bien-être a refusé d'inscrire sa partenaire féminine en tant que second parent, ce qui a, par la suite, été jugé discriminatoire⁵⁰.

Il serait également important de revoir la *Loi sur la procréation assistée* en fonction de l'évolution des technologies. Par exemple, les récentes découvertes sur les embryons synthétiques, fabriqués à partir de cellules souches plutôt que par la

fécondation d'ovules, ont amené les chercheuses et chercheurs à s'interroger sur la légalité de leur utilisation. Les débats actuels cherchent à déterminer si ces embryons synthétiques sont couverts par la loi et si des modifications devraient être apportées à celle-ci afin d'ouvrir la voie à la recherche. Bien que les embryons synthétiques puissent faciliter la recherche sur le développement embryonnaire précoce et les problèmes de développement, leur utilisation soulève des questions éthiques⁵¹.

Santé mentale et infertilité

Les recherches effectuées dans le cadre de ce rapport ont mis en relief l'importance des traitements de fertilité afin de soutenir les personnes et les couples en quête de solutions face à l'infertilité. Il est toutefois important de s'attarder et d'accroître la sensibilisation aux répercussions que peuvent avoir les problèmes de fertilité ainsi que les traitements de fertilité sur la santé mentale des parties impliquées.

De nombreuses analyses soulignent les effets que peut avoir l'infertilité sur la santé mentale et les relations interpersonnelles. Notamment, dans une étude réalisée en 2022, 60,4 % des personnes infertiles interrogées considéraient que leurs problèmes de fertilité avaient eu des répercussions sur leur santé mentale, alors qu'une personne sur trois estimait que ses relations en avaient souffert. De ce nombre, 55,0 % soutenaient que cela avait causé des tensions sur le plan émotionnel⁵². Les effets sur le plan psychologique se caractérisent par une anxiété plus prononcée, une augmentation des cas de dépression, une dégradation de la qualité de vie ainsi que d'autres problèmes de santé mentale⁵³. À leur tour, ces problèmes ont une incidence sur la fertilité, créant ainsi un cercle vicieux⁵⁴.

Ces statistiques ne cessent de croître alors que la fécondité décline dans de nombreux pays. En 2023, les taux de fécondité au Canada ont atteint un nouveau record à la baisse de 1,26 enfant par femme⁵⁵, ce qui est nettement inférieur au taux de reproduction de 2,1 enfants par femme^{52, 56}.

Les traitements de fertilité, bien qu'étant une option pour de nombreuses personnes, sont aussi associés à des perturbations de la santé mentale et émotionnelle. De nombreuses personnes disent ressentir des émotions négatives intenses, notamment de la tristesse, de l'anxiété, un sentiment d'isolement et de la solitude pendant le traitement. Certaines ressentent également une stigmatisation liée à leur choix de suivre un traitement de fertilité. Et de telles répercussions sur la santé mentale s'intensifient suivant chaque cycle de traitement infructueux⁵².

Il convient également de souligner que ces effets sont associés aux pressions sociétales et aux croyances culturelles, qui ont tendance à valoriser la procréation au sein du mariage⁵⁷.

Les répercussions psychologiques que peuvent avoir les traitements de fertilité doivent faire l'objet d'un soutien adapté. Ainsi, une sensibilisation et un meilleur accès aux services de soutien pourront contribuer à réduire les effets négatifs des traitements de fertilité sur la santé mentale et à en atténuer la stigmatisation.

CONCLUSION

Le Canada dispose d'un ensemble disparate de programmes provinciaux offrant un soutien financier aux personnes qui ont recours aux techniques de procréation assistée pour fonder leur famille : financement d'un seul cycle de FIV (Québec et Ontario), crédits d'impôt (Manitoba, Nouvelle-Écosse, Québec), programmes de remboursement (Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard) et subventions (Terre-Neuve). Deux provinces (Alberta et Saskatchewan) et l'ensemble des territoires ne disposent pour leur part d'aucun programme de financement public.

Les traitements de fertilité sont extrêmement dispendieux et s'avèrent inaccessibles pour bien des gens. En l'absence de financement public pour les soins de fertilité, certaines personnes doivent donc miser sur les politiques de leur employeur pour alléger une partie de ce fardeau financier. Or, seuls 47 % des employeurs offrent des prestations en matière de fertilité au Canada, et moins de 2 % d'entre elles couvrent les traitements en plus des médicaments⁵⁸.

Si de nombreux types de traitements de fertilité sont offerts au Canada, le nombre restreint de cliniques, leur répartition et leurs tarifs rendent actuellement cette option inaccessible pour de nombreuses personnes. Il faudra redoubler d'efforts pour uniformiser les règles du jeu d'un bout à l'autre du pays et mobiliser un financement public dans l'ensemble des provinces et territoires.

Plusieurs organismes de bienfaisance et sans but lucratif à travers le pays s'activent précisément à atteindre cet objectif, notamment :

- [Conceivable Dreams](#)
- [East Coast Miracles](#)
- [Fertility Alberta Advocacy & Outreach Association](#)
- [Fertility Coalition of British Columbia](#)
- [Fertility Matters Canada](#)

Les discussions entourant la FIV lors des élections américaines de 2024, la couverture médiatique accrue sur la baisse du taux de fécondité au Canada ainsi que les promesses électorales liées au financement de la procréation assistée lors des élections de 2024 en Colombie-Britannique et en Saskatchewan ont amené la question des soins de fertilité au premier plan, ce qui contribue à accroître la sensibilisation et à réduire la stigmatisation liée aux techniques de procréation assistée (PPA). Cependant, il reste encore beaucoup à faire.

Il est on ne peut plus clair qu'il nous faudra prendre des mesures pour assurer un accès égal et équitable aux soins de santé en matière de fertilité au Canada. En l'absence de stratégie nationale visant à subventionner les soins de fertilité dans l'ensemble du pays, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les employeurs et les organismes doivent travailler à la fois séparément et de concert pour améliorer l'accès à cette forme de soins de santé.

GLOSSAIRE

Les technologies de procréation assistée englobent l'ensemble des traitements de fertilité impliquant la manipulation d'ovules ou d'embryons.

La mère/le parent biologique est une personne de sexe féminin qui donne naissance à un enfant.

La conception désigne le moment où un ovule est fécondé par un spermatozoïde.

La donneuse ou le donneur est une personne qui fait don de son matériel reproductif ou d'un embryon.

Le traitement de la fertilité fait référence à la reproduction humaine assistée, à la procréation assistée ou au traitement de l'infertilité.

La gestation pour autrui (GPA), également appelée **maternité de substitution**, constitue un accord selon lequel une personne porte et met au monde un enfant pour un autre couple ou une autre personne (le ou les parents d'intention). Lorsque l'on fait appel à une mère porteuse, les ovules utilisés pour fabriquer les embryons ne sont pas ceux de la mère porteuse.

L'hystérectomie est une opération chirurgicale qui consiste à retirer l'ensemble ou une partie de l'utérus.

Les parents d'intention sont les personnes qui s'engagent à devenir parents d'un enfant conçu par le biais d'un traitement de fertilité.

Le syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (syndrome MRKH) est une maladie congénitale caractérisée par l'absence ou le sous-développement de l'utérus et/ou du vagin.

La filiation constitue le lien entre un parent légal et un enfant.

Le test génétique préimplantatoire (PGT) est une procédure utilisée pour détecter les anomalies génétiques dans les embryons créés par fécondation in vitro (FIV).

La mère porteuse est une personne de sexe féminin qui donne naissance à un enfant qui sera élevé par ses parents d'intention.

RÉFÉRENCES

- 1 Organisation mondiale de la santé. (22 mai 2024). *Infertilité*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- 2 Mayo Clinic. (27 août 2021). Female infertility. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/female-infertility/diagnosis-treatment/drc-20354313>
- 3 Gouvernement du Canada. (2004). *Loi sur la procréation assistée*, ch. 2 L.C. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/a-13.4/page-1.html>
- 4 Yuzpe, A. A. (2019). A brief overview of the history of in vitro fertilization in Canada. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 41(2), 334-336. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.08.020>
- 5 Gouvernement du Canada. (1993). *Un virage à prendre en douceur : rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*. Extrait de <https://publications.gc.ca/site/eng/9.679036/publication.html>
- 6 Société canadienne de fertilité et d'andrologie. (23 novembre 2016). ART Live Birth Rates — Media Releases. <https://cfas.ca/canadian-art-register.html>
- 7 Gouvernement du Canada. (29 mai 2024). Procréation assistée. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/produits-biologiques-radiopharmaceutiques-therapies-genetiques/legislation-lignes-directrices/procreation-assistee.html>
- 8 Société canadienne de fertilité et d'andrologie. (2023). *CARTR Plus annual report outline*. https://cfas.ca/_Library/CARTR/2023_CFAS_CARTR_Plus_plenary_slides_V1_5_-_FINAL_website_version.pdf
- 9 American Society for Reproductive Medicine. (2023). Definition of infertility: A committee opinion. <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/denitions-of-infertility/#:~:text=The%20inability%20to%20achieve%20a,any%20combination%20of%20those%20factors>
- 10 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2025). La fertilité. <https://www.pregnancyinfo.ca/fr/before-you-conceive/fertility/>
- 11 Mayo Clinic. (30 août 2024). Endometriosis. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/endometriosis/symptoms-causes/syc-20354656>
- 12 Mayo Clinic. (15 septembre 2023). Uterine fibroids. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/uterine-fibroids/symptoms-causes/syc-20354288>
- 13 American Society for Reproductive Medicine. (2016). Endometriosis. <https://www.reproductivefacts.org/news-and-publications/fact-sheets-and-infographics/endometriosis-booklet>
- 14 Mayo Clinic. (8 septembre 2022). Polycystic ovary syndrome (PCOS). <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pcos/symptoms-causes/syc-20353439>
- 15 American Society for Reproductive Medicine. (2023). *Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)*. <https://www.reproductivefacts.org/news-and-publications/fact-sheets-and-infographics/polycystic-ovary-syndrome-pcos>
- 16 Mayo Clinic. (28 décembre 2022). Male infertility. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/male-infertility/symptoms-causes/syc-20374773>
- 17 Mayo Clinic. (25 octobre 2024). Varicocele. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/varicocele/symptoms-causes/syc-20378771>
- 18 Progyny. (22 mai 2023). Progyny's LGBTQ+ Fertility and Family Building Survey. https://go.progyny.com/LGBTQ-fertility-and-family-building-survey?_gl=1*yec1t7*_gcl_au*NDU1NzYyMTYxLjE3Mjc0TEExNzE.*_ga*MjAzODMwMzYyNi4xNzI3MTkxMTcx*_ga_X08G81WFSE*MTcyODA2NzQxMy4zLjEuMTcyODA2NzUxMC41Ny4wLjA
- 19 Mayo Clinic. (1^{er} septembre 2023). In vitro fertilization (IVF). <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/in-vitro-fertilization/about/pac-20384716>
- 20 Mayo Clinic. (12 septembre 2023). Intrauterine insemination (IUI). <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/intrauterine-insemination/about/pac-20384722>
- 21 Mayo Clinic. (2024). ICSI. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/in-vitro-fertilization/multimedia/icsi/img-20008645>
- 22 Mayo Clinic Staff. (7 mars 2024). Fertility preservation: Understand your options before cancer treatment. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/getting-pregnant/in-depth/fertility-preservation/art-20047512>
- 23 Gouvernement du Canada. (20 janvier 2025). Règlement sur le consentement à l'utilisation de matériel reproductif humain et d'embryons in vitro (DORS/2007-137). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2007-137/page-1.html>
- 24 Gouvernement du Canada. (2006). Procréation assistée et consentement éclairé. <https://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/PRB-f/PRB0635-f.pdf>
- 25 Gouvernement du Canada. (20 janvier 2025). Règlement sur le remboursement relatif à la procréation assistée (DORS/2019-193). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2019-193/page-1.html>
- 26 Gouvernement du Canada. (21 janvier 2025). Lignes 33099 et 33199 – Frais médicaux admissibles que vous pouvez demander dans votre déclaration de revenus. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/sujets/tout-votre-declaration-revenus/declaration-revenus/remplir-declaration-revenus/deductions-credits-depenses/lignes-33099-33199-frais-medicaux-admissibles-vous-pouvez-demander-votre-declaration-revenus.html>

- 27 Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2 mai 2024). Publicly funded IVF program. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/publicly-funded-ivf-program>
- 28 Gouvernement du Manitoba. (2024). *Manitoba Budget 2024*. https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/budget2024/budget2024.pdf
- 29 Gouvernement de l'Ontario. (11 octobre 2017 et 2023). Obtenez des traitements contre l'infertilité. <https://www.ontario.ca/fr/page/obtenez-des-traitements-contre-linfertilite>
- 30 Gouvernement du Québec. (4 juillet 2024). Programme de procréation médicalement assistée. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/procreation-assistee/programme-procreation-medicalement-assistee>
- 31 Revenu Québec. (2024). Crédit d'impôt pour traitement de l'infertilité. <https://www.revenuquebec.ca/fr/citoyens/credits-dimpot/credit-dimpot-pour-traitement-de-linfertilite>
- 32 Eastern Health. (12 mai 2023). Fertility services. <https://cwhp.easternhealth.ca/womens-health/fertility-services>
- 33 Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Infertility treatment — Special Assistance Fund. https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/services/services_render/201428/Infertility_Treatment_-_Special_Assistance_Fund.html
- 34 Conseil des Finances et du Trésor de la Nouvelle-Écosse. Fertility and Surrogacy Tax Credit. <https://novascotia.ca/finance/en/home/taxation/tax101/personalincometax/fertility-and-surrogacy-tax-credit.html>
- 35 Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (21 décembre 2023). Programme de traitement de fertilité : un programme de soutien financier. <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-et-mieux-etre/programme-traitement-fertilite-programme-soutien-financier>
- 36 Gouvernement de l'Ontario. (24 octobre 2024). L'Ontario tend la main à un plus grand nombre de gens qui souhaitent fonder et agrandir leur famille. <https://news.ontario.ca/fr/release/1005221/ontario-tend-la-main-a-un-plus-grand-nombre-de-gens-qui-souhaitent-fonder-et-agrandir-leur-famille>
- 37 Gouvernement du Yukon. (18 octobre 2024). Le gouvernement du Yukon élargit l'accès à l'indemnité pour les déplacements pour soins médicaux aux traitements de fertilité et de maternité de substitution. <https://yukon.ca/fr/news/le-gouvernement-du-yukon-elargit-laccess-lindemnite-pour-les-deplacements-pour-soins-medicaux>
- 38 Saskatchewan Party. (7 octobre 2024). Saskatchewan Party will improve access to health services for women. https://www.saskparty.com/saskatchewan_party_will_improve_access_to_health_services_for_women
- 39 Parti libéral du Nouveau-Brunswick. (18 octobre 2024). L'équipe Holt a un plan pour s'attaquer à la crise des soins de santé. <https://nbliberal.ca/fr/lequipe-holt-a-un-plan-pour-sattaquer-a-la-crise-des-soins-de-sante/>
- 40 Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2011). *Family Law Act*, c.25 SBC. https://www.bcclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/11025_03
- 41 Gouvernement de l'Alberta. (2003). *Family Law Act*, c. F-4.5 SA. (2003). https://kings-printer.alberta.ca/1266.cfm?page=F04P5.cfm&leg_type=Acts&isbncln=9780779842971
- 42 Gouvernement de la Saskatchewan. (2020). *Children's Law Act*, c.2 S.S. <https://publications.saskatchewan.ca/#/products/111938>
- 43 Gouvernement du Manitoba. (2022). *Loi sur le droit de la famille*, c. F20 de la C.P.L.M. https://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/_pdf.php?cap=f20
- 44 Gouvernement de l'Ontario. (1990). *Réforme du droit de l'enfance (Loi portant)*, c.12 L.R.O. (1990). <https://www.ontario.ca/lois/loi/90c12?search=surrogacy&lang=fr>
- 45 Gouvernement du Québec. (6 mars 2024). Centres de procréation assistée. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/procreation-assistee/centres>
- 46 Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (1990). *Children's Law Act*, c-13 RSNL. <https://www.assembly.nl.ca/Legislation/sr/statutes/c13.htm#12>
- 47 Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. (1989). Birth Registration Regulations made under Section 51 of the *Vital Statistics Act*, c.494 RSNS. <https://novascotia.ca/just/regulations/regs/visbirthreg.htm>
- 48 Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (9 septembre 2024). *Children's Law Act*, c-6.1 SPEI. https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/legislation/c-06-1-childrens_law_act.pdf
- 49 Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (1997). *Loi sur le droit de l'enfance*, ch. 14 LTN-O. <https://www.justice.gov.nt.ca/en/files/legislation/childrens-law/childrens-law.a.pdf>
- 50 Snow, D. (2018). *Assisted reproduction policy in Canada: framing, federalism, and failure*. University of Toronto Press.
- 51 Ogbogu, U., Zarczynski, A., Baltz, J., Bedford, P., Du, J., Hyun, I., Jaafar, Y., Jurisicova, A., Kleiderman, E., Koukio, Y., Knoppers, B. M., Leader, A., Master, Z., Nguyen, M. T., Noohi, F., Ravitsky, V., et Toews, M. (2018). Research on human embryos and reproductive materials: Revisiting Canadian law and policy. *Healthcare Policy*, 13(3), 10-19. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25401>
- 52 Boivin, J., Vassena, R., Costa, M., Vegni, E., Dixon, M., Collura, B., Markert, M., Samuelsen, C., Guiglotto, J., Roitmann, E., et Domar, A. (2022). Tailored support may reduce mental and relational impact of infertility on infertile patients and partners. *Reproductive BioMedicine Online*, 44(6), 1045-1054. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.01.015>

53 Szkodziak, F., Krzyżanowski, J., et Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility: A systematic review. *Journal of International Medical Research*, 48(6), 300060520932403. <https://doi.org/10.1177/0300060520932403>

54 Statistique Canada. (25 septembre 2024). Naissances et mortinaissances, 2023. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240925/dq240925c-fra.htm>

55 Provencher, C., et Galbraith, N. (31 janvier 2024). La fécondité au Canada de 1921 à 2022. *Documents démographiques*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91f0015m/91f0015m2024001-fra.htm>

56 Platt, M. L., et Sterling, P. (2024). Declining human fertility and the epidemic of despair. *Nature Mental Health*, 2(5), 463-465. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00241-1>

57 Bahadur, A., Kumari, S., Mundhra, R., Khoiwal, K., Das, A., Heda, A., Pathak, A., et Heda, S. (2024). Anxiety, depression, and quality of life among infertile women: A case-control study. *Cureus*, 16(3), e55837. <https://doi.org/10.7759/cureus.55837>

58 Fertility Matters. (2025). Fertility benefits matter. <https://www.fertilitymatters.ca/involve/programs/benefits>