

Faire croître l'espoir



RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'EXPERTS
EN MATIÈRE D'INFERTILITÉ ET D'ADOPTION

ÉTÉ 2009

Juin 2009

L'honorable Deb Matthews

Ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse

Madame la Ministre,

À titre de membres du Comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption que vous avez créé en juin 2008, nous vous exprimons notre profonde gratitude pour nous avoir donné l'occasion de formuler nos recommandations et de servir les Ontariens et les Ontariennes de façon concrète.

Nous saluons le courage politique et la lucidité dénuée de toute considération d'ordre électoral dont l'honorable Dalton McGuinty, premier ministre, l'honorable David Caplan, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, ainsi que vous-même et les autres membres du conseil des ministres avez fait preuve afin de mettre au jour de nouvelles façons de faire de l'Ontario le meilleur endroit au monde pour fonder une famille. Nous sommes parfaitement conscients du fait que la réforme des systèmes d'adoption et de procréation assistée est loin d'être un atout politique. Ce sont des sujets complexes, controversés, souvent mal compris, et ils ne permettent pas de gagner des votes.

Vous nous avez donné l'occasion inappréciable de proposer des changements qui étayeront les valeurs fondamentales de l'Ontario : la dignité humaine, l'importance des familles et le droit de tous les enfants de grandir dans une famille aimante et permanente. Nous pensons que le rôle de la province dans le soutien des Ontariens qui souhaitent fonder une famille n'a jamais été aussi important qu'au XXI^e siècle. Nous estimons aussi que la province peut, et doit, devenir le meilleur endroit au monde pour fonder une famille. Or, il existe un écart entre cette vision et la réalité. Nous croyons fermement que votre gouvernement pourra le combler.

Lorsque nous avons amorcé nos travaux, il y a 12 mois, la plupart d'entre nous pensions que notre justification des investissements requis pour améliorer les services d'adoption et de procréation assistée se fonderait sur les principes d'équité et de justice. Cette justification reste valable, surtout si l'on tient compte des valeurs des Ontariens.

Notre opinion s'est toutefois nuancée. Il nous semble évident, au terme de notre réflexion, que nos propositions sont également rentables. L'Ontario ne peut simplement pas se permettre de ne pas investir dès maintenant afin d'éviter des dépenses plus importantes à l'avenir. Des investissements ponctuels, et possiblement mal planifiés, étalés sur une période plus ou moins longue, aggraveront les problèmes liés à l'adoption et à la procréation assistée dans notre province. Nous sommes convaincus qu'un investissement immédiat permettra de réaliser des économies à long terme.

Les plus grands obstacles au moment d'aborder les problèmes auxquels font actuellement face les systèmes d'adoption et de procréation assistée sont l'indifférence et l'ignorance. Au cours de la dernière année, nous avons été touchés par l'intensité et la profondeur des émotions qui se dégagent de nos entretiens avec des Ontariens qui souhaitent ardemment fonder une famille. Nous comprenons mieux désormais la joie intense que procure cette expérience, de même que le désespoir et la tristesse qu'éprouvent ceux qui ne peuvent pas la vivre. Nous mesurons mieux désormais le courage et la douleur des enfants qui rêvent d'avoir une « famille pour toujours ».

L'Ontario a, aujourd'hui, l'occasion unique de devenir un leader en matière de politiques familiales. Nous prions respectueusement le gouvernement de tenir compte de nos recommandations qui, à notre avis, permettront aux Ontariens désireux de fonder une famille, et aux enfants qui attendent des parents, d'envisager l'avenir avec optimisme.

Notre mandat officiel est terminé, mais nous restons tous à votre disposition, à titre officieux, pour vous aider à réaliser cet objectif. Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez témoignée et nous vous savons gré de nous avoir donné l'occasion de mettre nos efforts en commun en vue de faire de l'Ontario une province où les familles pourront s'épanouir pleinement.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'assurance de ma haute considération.

Le président du Comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "David Johnston". The signature is fluid and cursive, with a large loop at the end.

David Johnston

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------------|
| Résumé | 5 |
| Introduction | 25 |
| Familles pour la vie : Système d'adoption de l'Ontario | 34 |
| Adoption en Ontario – Les notions élémentaires | 42 |
| La voie à suivre | 46 |
| 1. Créer une agence d'adoption provinciale | 48 |
| 2. Élaboration d'outils pour gérer le système d'adoption | 65 |
| 3. Accorder un financement adéquat pour composer avec les réalités de l'adoption ... | 86 |
| Soins à dispenser : L'infertilité et la procréation assistée en Ontario | 91 |
| 1. Tous les Ontariens devraient savoir comment protéger leur fertilité | 93 |
| 2. Les services de procréation assistée doivent être sûrs et répondre aux normes fondées sur l'expérience clinique les plus rigoureuses..... | 102 |
| 3. Le coût est le plus grand obstacle à la fondation d'une famille par procréation assistée | 117 |
| L'Ontario ne peut pas se permettre de NE PAS financer des services de procréation assistée | 119 |
| D'autres coûts limitent l'accès au traitement | 129 |
| 4. Les Ontariens qui pourraient en bénéficier devraient avoir accès à des services de procréation assistée | 133 |
| Sensibiliser le public : La fondation de familles en Ontario | 150 |
| En conclusion | 157 |
| Annexes | |
| Annexe A : Acronymes et glossaires | A-1 |
| Annexe B : Commentaires du public | B-1 |
| Sondage en ligne | B-2 |
| Entrevues..... | B-22 |
| Sondage auprès des Sociétés d'aide à l'enfance..... | B-29 |
| Groupes de discussion de jeunes | B-32 |
| Annexe C : Calcul des coûts | C-1 |
| Prestations d'adoption | C-4 |
| Analyse des tests de fertilité | C-7 |
| Économies résultant de la réduction des naissances multiples et du financement de la fécondation in vitro | C-8 |
| Annexe D : Recommandations de la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada sur la procréation assistée | D-1 |
| Annexe E : Remerciements | E-1 |
| Annexe F : Biographies | F-1 |

RÉSUMÉ

Les familles sont le cœur et l'âme de notre société. Elles contribuent à donner aux enfants – la prochaine génération – le meilleur départ possible dans la vie et à les épauler au cours des différentes étapes de la vie. Des familles solides permettent de bâtir de puissantes collectivités, une économie prospère et un avenir sécurisant.

Les Ontariens fondent leurs familles de différentes façons. Bon nombre d'entre eux – dont des couples hétérosexuels, des couples homosexuels et des personnes célibataires – ont recours à des services d'adoption ou de procréation assistée. Cela dit, en raison d'obstacles comme le coût, le manque d'information, les lacunes du système, l'éloignement, les contraintes professionnelles et les préjugés, de nombreux Ontariens hésitent à recourir à ces services et beaucoup d'enfants restent dans l'attente d'une adoption.

Pour les Ontariens qui réussissent à fonder une famille en ayant recours à l'adoption ou à la procréation assistée, le processus n'est pas de tout repos. Il faut parfois attendre des années, et l'expérience peut être dévastatrice tant sur le plan émotif que sur le plan financier.

Tous les Ontariens connaissent quelqu'un dans leur entourage qui a eu du mal à fonder une famille. Les services d'adoption et de procréation assistée en Ontario ne fonctionnent pas aussi bien qu'ils le pourraient – et le devraient – pour les enfants et les familles.

En 2008, le gouvernement de l'Ontario a nommé un Comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption pour qu'il donne des conseils sur la façon d'améliorer le système d'adoption de l'Ontario et de faciliter l'accès aux services de surveillance de la fertilité et de procréation assistée.

Les chiffres sont éloquentes

- **1 600**
Nombre approximatif d'enfants adoptés par des familles en Ontario chaque année par l'entremise des trois services d'adoption de la province – adoption publique, privée au pays et internationale.
- **9 400**
Nombre approximatif de pupilles de la Couronne en 2007-2008.
- **822**
Nombre de pupilles de la Couronne adoptés en 2007-2008.
- **1 sur 6**
Proportion de couples en Ontario qui font face à l'infertilité au cours de leur vie.
- **1 500**
Nombre de bébés nés en Ontario en 2006 par fécondation in vitro.

Le meilleur endroit où fonder une famille

De notre point de vue, l'Ontario a les moyens de devenir un chef de file dans le domaine de l'adoption et de la procréation assistée au Canada et dans le monde. La province peut s'associer à un groupe restreint de pays qui établissent la norme pour la fondation d'une famille.

Notre vision

L'Ontario devrait viser à devenir le meilleur endroit au monde où fonder une famille.

Nos objectifs

1. Aider un plus grand nombre d'enfants à trouver des foyers permanents et un plus grand nombre d'Ontariens à fonder des familles par l'adoption.
2. Aider un plus grand nombre d'Ontariens à bâtir des familles en ayant recours à des renseignements de qualité et fiables sur la fertilité, des services de surveillance et de procréation assistée.
3. Fournir de l'information et faire davantage connaître les services d'adoption, de fertilité et de procréation assistée, afin que les Ontariens aient plus facilement accès à ces services.

Cela dit, nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir.

Le problème, c'est le système et non les personnes

Dans le cadre de nos délibérations, nous avons parlé avec bon nombre de professionnels qui œuvrent dans la prestation de services d'adoption et de procréation assistée. Nous avons discuté avec des organismes, des organismes de défense des consommateurs et des particuliers. Nous avons recueilli les opinions de fournisseurs de services et d'Ontariens qui ont eu recours aux services d'adoption et de procréation assistée, d'adultes qui ont été adoptés ou conçus par donneur, de parents d'accueil et de pupilles de la Couronne (actuels et anciens). Nous reconnaissons que de nombreuses personnes œuvrant dans la prestation de services d'adoption et de procréation assistée sont dévouées et veulent faire ce qu'il y a de mieux pour les enfants et les familles. Nous savons bien que de courageux parents adoptifs et enfants parviennent à fonder des familles solides. Ce qui empêche beaucoup d'autres Ontariens de fonder une famille, c'est le système et non les personnes : les structures, les politiques, les lois, les règlements et les coûts.

Sur le plan des services d'adoption :

- Les enfants qui ont besoin d'une famille – surtout les enfants plus âgés et les adolescents – se retrouvent souvent coincés dans des sociétés d'aide à l'enfance en Ontario. Un bon nombre d'entre eux font l'objet d'**ordonnances portant sur le droit de visite** des membres de leur famille biologique, ce qui empêche leur adoption.
- Les familles estiment qu'il est **difficile de trouver des renseignements objectifs** sur les différents types d'adoption en Ontario.
- Les familles qui souhaitent adopter ne sont pas toujours traitées comme des **ressources précieuses**.

- Le processus d'adoption est **complexe et exige un temps considérable**. Certaines familles attendent des années avant de pouvoir adopter. Elles ont besoin d'une aide et d'un soutien accrus pour s'y retrouver dans le processus d'adoption.
- Il n'est pas facile pour les familles qui adoptent des enfants ayant des besoins spéciaux d'obtenir le **soutien nécessaire après la finalisation de l'adoption** pour que l'adoption réussisse.
- Les pratiques d'adoption reposent sur des **politiques et des lois** qui n'ont pas fait l'objet de mise à jour pour tenir compte des réalités actuelles.
- Les **services d'adoption publique sont « fragmentés »** et varient grandement d'une région à l'autre. Ils ne représentent qu'une infime partie des services de bien-être de l'enfance – seulement 2 % environ du budget¹. Compte tenu de la demande pour les services de protection de l'enfance et d'autres services de bien-être de l'enfance, les 53 sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario déploient d'énormes efforts pour accorder une attention suffisante à l'adoption.

Sur le plan des services de surveillance de la fertilité et de procréation assistée :

- Beaucoup d'Ontariens n'ont pas connaissance des **facteurs qui peuvent avoir une incidence sur leur fertilité**.
- Les cliniques et centres de fertilité ne sont **pas tenus d'être agréés** et les gens ne savent pas à qui s'adresser pour obtenir le meilleur traitement.
- L'unique obstacle de taille aux services de procréation assistée est le **coût**. Les procédures sont onéreuses : près de 10 000 \$ pour un cycle de fécondation in vitro (FIV), médicaments y compris. Ces services sont inaccessibles pour la plupart des Ontariens.
- Le coût élevé des services de procréation assistée donne lieu à des décisions qui sont à l'origine d'un **taux élevé inacceptable de grossesses multiples** en Ontario – ce qui nuit à la santé et au bien-être des mères et des enfants, et aboutit à des coûts élevés liés à l'hospitalisation et à d'autres soins de santé.
- Les Ontariens se heurtent à d'autres **obstacles** lorsqu'ils veulent recourir à des services de procréation assistée. Certains résident trop loin des rares cliniques tandis que d'autres – comme les personnes célibataires ou homosexuelles – font face à des obstacles d'ordre social et juridique. En outre, les préjugés liés à l'infertilité empêchent bon nombre de personnes de rechercher de l'aide.

La solution? Habilier les Ontariens, intervenir rapidement et faciliter l'accès

Au lieu de maintenir les obstacles actuels à l'adoption, nous envisageons une province où :

Tous les enfants ont la chance de trouver une famille sûre, aimante et permanente et où l'adoption a lieu aussi tôt que possible dans la vie de l'enfant.

Toutes les familles adoptives éventuelles reçoivent des renseignements clairs et exacts sur toutes les formes d'adoption – adoption publique, privée au pays et internationale – et sont traitées comme des ressources précieuses.

Les enfants qui deviennent pupilles de la Couronne peuvent préserver le contact avec les personnes qui jouent un rôle important dans leur vie, mais ce contact ne doit pas être un obstacle à l'adoption.

Les familles – les parents et les enfants – reçoivent les services de soutien dont ils ont besoin, même après l'adoption.

¹ Ce taux ne tient pas compte des dépenses en infrastructure des SAE, qui visent à appuyer les services d'adoption.

Au lieu de maintenir les obstacles actuels à la procréation assistée, nous envisageons une province où :

Les Ontariens savent comment protéger leur fertilité.

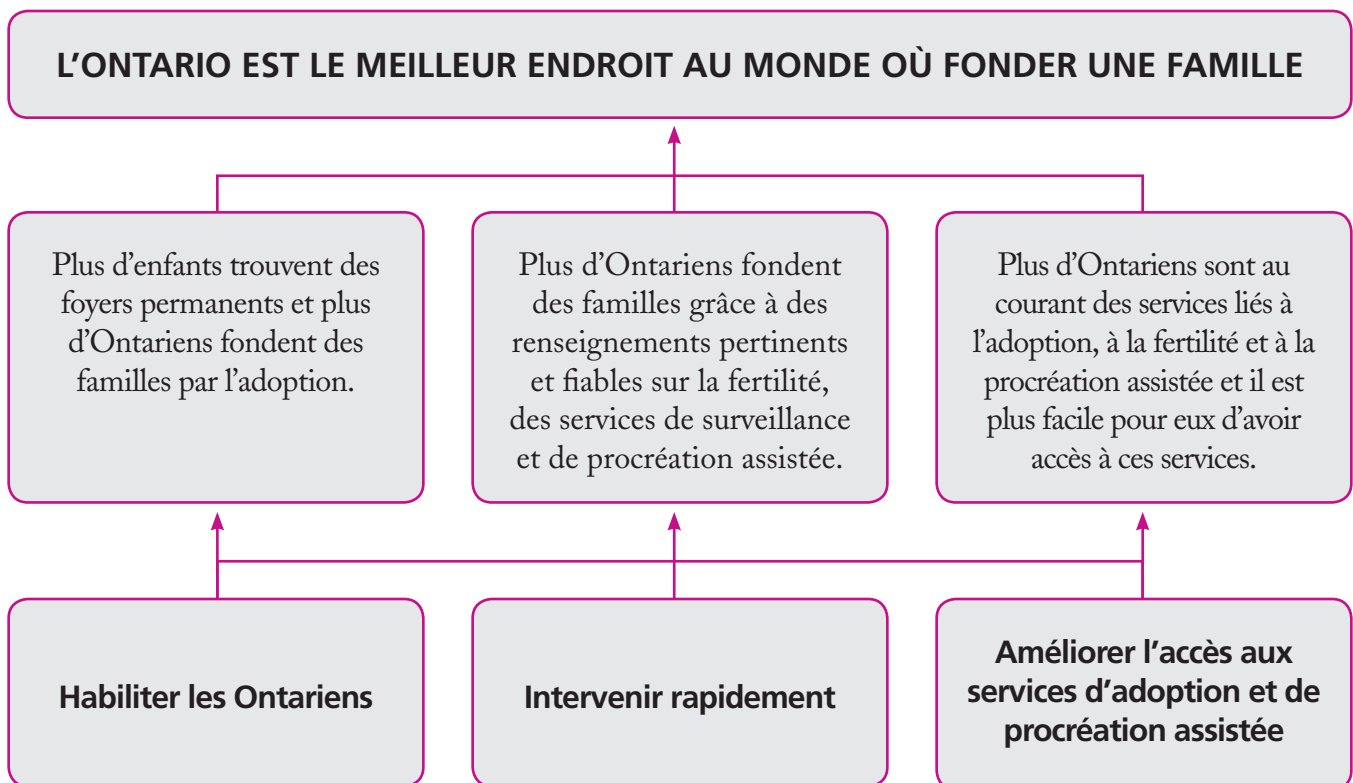
Les services de procréation assistée sont sécuritaires et répondent aux normes les plus rigoureuses, fondées sur des données probantes.

Le coût n'est pas un obstacle à la procréation assistée.

Tous les Ontariens qui peuvent en profiter ont accès aux services de procréation assistée.

L'Ontario dispose des renseignements nécessaires pour améliorer sans cesse les résultats pour tout le monde.

Pour faire en sorte que l'Ontario soit le meilleur endroit au monde où fonder une famille, la province doit suivre trois orientations stratégiques :



1. Habilier les Ontariens

- Mettre sur pied une campagne de sensibilisation du public en plusieurs étapes pour aider les gens à faire des choix avisés sur la fondation de leur famille.

2. Intervenir rapidement

- Appuyer la planification concomitante d'une garde permanente pour les pupilles de la Couronne et réorganiser le système pour que les contacts avec les familles biologiques ne soient pas un obstacle à l'adoption.
- Recruter activement des familles adoptives.
- Offrir des services visant la sensibilisation à la fertilité, sa surveillance et son maintien.

3. Faciliter l'accès aux solutions pour fonder une famille

- Créer une agence d'adoption provinciale – avec une présence locale – qui offrirait des services depuis l'entrée dans le système jusqu'à l'après-adoption, et qui gèrerait l'adoption publique.
- Établir une politique, des normes et une supervision, qui soient cohérentes pour tous les services d'adoption.
- Réviser les lois sur l'adoption en Ontario pour éliminer les lacunes et les obstacles dans les systèmes d'adoption publique, privée au pays et internationale.
- Offrir du financement pour la planification de la garde permanente ainsi que pour les subventions et appuis d'adoption qui visent les anciens pupilles de la Couronne ayant des besoins spéciaux.
- Assurer le financement public des FIV qui sont sûres et fondées sur des données probantes.
- Réduire les obstacles d'ordre social et juridique à la procréation assistée.
- Exiger l'agrément de toutes les cliniques de FIV et des centres de fertilité en Ontario et établir des objectifs pour les pratiques exemplaires, y compris la diminution des naissances multiples.
- Mieux sensibiliser les fournisseurs de services pour que les Ontariens reçoivent les services les plus performants en adoption et en procréation assistée.
- Recueillir des données pour améliorer les services et les résultats.

Notre rapport établit une série de recommandations conçues pour habiliter les Ontariens, encourager l'intervention rapide et faciliter l'accès aux services.

L'Ontario ne peut pas se permettre de NE PAS corriger le système d'adoption

À cause des problèmes et des obstacles en matière de services d'adoption, l'Ontario laisse passer des occasions pour les enfants et les familles en attente, et supporte des coûts sociaux élevés.

Le coût moyen de prise en charge d'un pupille de la Couronne par la province est d'au moins 32 000 \$ par année. Il est bien moins coûteux d'offrir du soutien et des subventions pour aider les familles adoptives à élever des enfants.

Le coût déterminé pour la garde d'un enfant dans une structure d'accueil ne prend pas en compte le coût social à long terme lorsque l'enfant grandit sans famille stable. Les anciens pupilles de la Couronne sont moins susceptibles de terminer l'école secondaire. Ils sont également plus susceptibles de dépendre de l'aide sociale et de se retrouver dans des foyers pour sans-abri.

Par égard pour les pupilles de la Couronne qui sont plus de 9 000 dans la province (et dont un bon nombre pourraient être adoptés), pour les enfants dans d'autres endroits qui souhaiteraient être adoptés et pour les familles qui ont hâte d'adopter, la province doit agir dès maintenant. Elle doit créer un système d'adoption cohérent et adapté à la situation, qui serait efficace pour les enfants et les familles.

L'Ontario ne peut pas se permettre de NE PAS financer les services de procréation assistée

En raison du coût élevé des services de procréation assistée, bon nombre d'Ontariens font des choix qui ne sont pas bons pour leur santé, la santé de leurs enfants ou la viabilité du système de santé. Ainsi, les Ontariens ont du mal à opter pour l'implantation d'un nombre inférieur d'embryons (ce qui est la meilleure pratique de fécondation in vitro) à cause du coût élevé des traitements. Le taux de naissances multiples par procréation assistée en Ontario était de 27,5 % en 2006, alors qu'il était inférieur à 10 % dans d'autres endroits où l'on contrôle le nombre d'embryons implantés.

Les enfants d'une même grossesse ont 17 fois plus de chance de naître avant terme, de nécessiter le recours à une césarienne et de réclamer des soins coûteux à la naissance et tout au long de leur vie. Étant donné sa décision de ne pas subventionner tous les services de procréation assistée, l'Ontario dépense à présent des centaines de milliers de dollars chaque année pour en gérer les conséquences.

Il est plus onéreux de prendre en charge les naissances multiples que de les prévenir. Compte tenu du nombre croissant de personnes qui ont recours aux services de procréation assistée (personnes qui font face à l'infertilité, célibataires et couples homosexuels), l'Ontario ne peut pas se permettre de NE PAS financer les services de procréation assistée.

Une question d'impartialité et d'équité

L'Ontario s'engage à obtenir des résultats tangibles pour les familles ontariennes.

Pour devenir le meilleur endroit au monde où fonder une famille, l'Ontario doit faire en sorte que tous les Ontariens – quels que soient leur revenu, leur ethnie, leur culture, leur orientation sexuelle, leur situation de famille et leur lieu de résidence – aient accès aux services d'adoption et de procréation assistée. À l'heure actuelle, beaucoup d'options offertes pour fonder une famille ne sont accessibles qu'aux personnes à revenu élevé, qui vivent dans les grandes villes et qui peuvent plaider eux-mêmes leur cause.

Nous devons aller de l'avant pour aider sérieusement les Ontariens à bien choisir les options qui leur conviennent le mieux pour fonder une famille et mettre en place des services adaptés à la situation, qui donneraient des résultats pour les enfants et les familles.

Les familles sont notre avenir. Des familles solides permettent de bâtir de puissantes collectivités et une province prospère.

Si la province de l'Ontario agit dès à présent, en suivant les recommandations de notre rapport, elle peut devenir un chef de file mondial dans le domaine de la fondation des familles. Nous tous en recueillerons les avantages sociaux et économiques.

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ADOPTION

1. CRÉER UNE AGENCE D'ADOPTION PROVINCIALE

1.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait créer une **agence d'adoption provinciale qui offrirait des services à l'échelle locale** :

Pour les familles

- Donner libre accès à des renseignements à jour sur tous les services d'adoption : adoption publique, privée au pays et internationale.
- Faciliter la recommandation des familles, qui souhaitent adopter par l'entremise des services d'adoption privée au pays et d'adoption internationale, à des intervenants ou titulaires de permis privés.
- Prendre en charge la prestation des services pour la formation parentale (PRIDE) et les études du milieu familial (SAFE) dans le cadre de l'adoption publique.
- Inscrire les familles qui souhaitent adopter par l'entremise du service d'adoption publique, et garantir que la formation parentale et les études du milieu familial seront effectuées rapidement.

Pour les enfants

- Collaborer avec les sociétés d'aide à l'enfance afin d'élaborer des plans d'adoption pour les enfants pris en charge.
- Recruter des familles pour les pupilles plus âgés de la Couronne et pour ceux ayant des besoins spéciaux.
- Gérer une base de données centrale des pupilles de la Couronne qui peuvent être adoptés et de toutes les familles qui ont reçu l'autorisation d'adopter.
- Jumeler les enfants pris en charge, qui font l'objet d'un plan d'adoption, avec les familles adéquates.
- Prendre des décisions en matière de placement, assurer la supervision des placements et superviser la finalisation des adoptions publiques.

Après l'adoption

- Collaborer avec les organismes locaux d'aide sociale pour développer des services après l'adoption.
- Élaborer un registre central de ressources communautaires pour les familles adoptives et diriger ces dernières vers les services communautaires.
- Appuyer la garde permanente grâce à l'octroi de subventions après l'adoption et d'appuis pour les enfants adoptés par l'entremise du système public.

Centre d'excellence

- Devenir un centre d'excellence – un chef de file dans le domaine de l'ouverture, y compris dans la recherche, la sensibilisation des professionnels et la mise en place d'appuis pour négocier et maintenir l'ouverture.

- 1.2 Le gouvernement devrait fixer des **délais en matière de prestation de services** pour la formation parentale publique (PRIDE), les études du milieu familial (SAFE), ainsi que les vérifications des antécédents des familles adoptives potentielles auprès des sociétés d'aide à l'enfance et du casier judiciaire, comme le requiert le processus SAFE. En particulier, il faudrait obtenir la garantie que la formation parentale commencera dans les 60 jours suivant le premier contact avec l'agence d'adoption provinciale, que les études du milieu familial débuteront dans les 30 jours suivant la fin de la formation parentale, et que les vérifications des antécédents des familles adoptives potentielles auprès des sociétés d'aide à l'enfance et du casier judiciaire ne prendront pas plus de 30 jours après la réception de la demande.

Sociétés d'aide à l'enfance

- 1.3 Le gouvernement devrait normaliser **les pratiques de planification de la garde permanente** pour tous les enfants pris en charge.
- 1.4 Dans le cadre de leur responsabilité à l'égard des services de protection de l'enfance, les sociétés d'aide à l'enfance devraient collaborer étroitement avec l'agence d'adoption provinciale et proposer la **planification concomitante d'une garde permanente, y compris une planification d'adoption**, dès le premier contact avec un enfant pris en charge.

Obligations de l'agence d'adoption provinciale

L'agence d'adoption provinciale devrait :

- 1.5 Agir dans **l'intérêt supérieur de l'enfant**.
- 1.6 Considérer les éventuelles **familles** adoptives **comme des ressources précieuses**, et les aider à adhérer au système d'adoption, le cas échéant.
- 1.7 **Collaborer** étroitement avec le gouvernement, les sociétés d'aide à l'enfance, les intervenants privés, les titulaires de permis, les fournisseurs de services communautaires et d'autres parties prenantes afin que les adoptions par l'entremise du système public aient lieu dans l'intérêt supérieur des enfants.
- 1.8 Collaborer avec l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance afin d'**élaborer un modèle PRIDE plus souple** (p. ex., développer des volets qui pourraient être offerts en ligne).
- 1.9 Élaborer un programme ciblé afin de **trouver des familles** pour les pupilles plus âgés de la Couronne et les pupilles de la Couronne ayant des besoins spéciaux.
- 1.10 Devenir **officiellement responsable de la planification des adoptions** des pupilles de la Couronne au moment de la demande de tutelle par la Couronne.
- 1.11 Donner aux familles adoptives et aux familles biologiques le **soutien nécessaire pour négocier ouverture**, et l'appui permanent pour maintenir cette ouverture.
- 1.12 Collaborer avec les organismes communautaires locaux pour **accroître la disponibilité des appuis après l'adoption** dans toutes les communautés de l'Ontario.
- 1.13 **Défendre l'élaboration, à l'échelle de la province, de programmes et stratégies** visant à aider les familles adoptives (p. ex., défendre une stratégie provinciale relative aux troubles du spectre de l'alcoolisation foetale).

- 1.14 Collaborer avec les organismes provinciaux et d'autres organisations pour **mieux faire connaître les besoins de toutes les familles adoptives** dans la communauté et dans le cadre de la planification des services provinciaux. En particulier, favoriser la collaboration pour avoir une influence sur la sensibilisation et la formation des tribunaux, du personnel scolaire et d'autres professionnels.

2. METTRE AU POINT DES OUTILS POUR GÉRER LE SYSTÈME D'ADOPTION

Ouverture et ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite

- 2.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait **supprimer les obstacles résultant des ordonnances du tribunal portant sur le droit de visite** des familles biologiques tout en reconnaissant l'importance du contact et de la communication avec les familles biologiques.
- Élaborer un énoncé de politique clair stipulant que les contacts ou les communications avec les familles biologiques ne devraient pas être un obstacle à l'adoption des pupilles de la Couronne et que les enfants visés par une ordonnance portant sur le droit de visite peuvent avoir droit à l'adoption.
 - Modifier la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* pour que les futurs pupilles de la Couronne visés par une ordonnance portant sur le droit de visite puissent être adoptés légalement.
 - Adapter les outils et mécanismes pour faciliter le contact et l'ouverture lorsque c'est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
 - Effectuer un examen provincial immédiat de toutes les ordonnances portant sur le droit de visite des pupilles de la Couronne actuels : si le droit de visite n'est pas exercé ou n'est plus dans l'intérêt supérieur de l'enfant, il faudrait renvoyer le cas devant le tribunal pour qu'il le réexamine; si un certain type de contact avec la famille biologique continue d'être bénéfique pour l'enfant, il faudrait envisager la possibilité de remplacer l'ordonnance portant sur le droit de visite par une entente ou ordonnance de communication.
- 2.2 Le gouvernement devrait **élaborer une politique et des processus obligatoires pour appuyer l'adoption avec ouverture**.
- Déterminer clairement comment et quand il faudrait utiliser l'ordonnance du tribunal portant sur le contact.
 - Sensibiliser les professionnels du système juridique, y compris le corps judiciaire, à l'importance de l'adoption pour les pupilles de la Couronne, en mettant particulièrement l'accent sur l'adoption des pupilles de la Couronne plus âgés.
 - Fournir un mécanisme afin que le point de vue des enfants soit pris en compte dans les décisions qui ont une influence sur leur vie – notamment pendant l'examen d'un éventuel contact.
 - Établir des principes qui permettraient aux familles biologiques d'entretenir un certain type de contact au cours des processus de négociation ou de médiation liés à l'avenir de l'enfant, tout en envoyant le message clair que l'adoption se poursuivra si elle est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
 - Accroître la disponibilité des processus de règlement extrajudiciaire tout en recueillant des données pour contrôler le fonctionnement des différents mécanismes.

Politique et législation

- 2.3 Le gouvernement devrait revoir sur-le-champ toutes les politiques d'adoption en vigueur et aller de l'avant pour **élaborer un cadre stratégique** qui sous-tendrait l'adoption publique, privée au pays et internationale.
- 2.4 Le gouvernement devrait s'assurer que le processus d'élaboration de la politique est **éclairé par les connaissances et l'expérience d'un échantillon représentatif de parties prenantes de l'extérieur**, à savoir, mais sans s'y limiter, des fournisseurs de services d'adoption et de bien-être de l'enfance, des titulaires de permis et intervenants privés, des familles adoptives éventuelles ou qui ont donné de bons résultats, des adolescents et adultes ayant été adoptés, des parents biologiques, des parents d'accueil et des pupilles de la Couronne (actuels et anciens).
- 2.5 Le gouvernement devrait réviser ce cadre tous les cinq ans pour **veiller à ce que les politiques soient à jour, cohérentes et toujours fondées sur des données probantes**.
- 2.6 Le gouvernement devrait favoriser la **cohérence au sein des trois services d'adoption et entre eux** et élaborer une politique provinciale qui :
- Prévoit de manière claire que l'ethnie, la culture, la langue, l'orientation sexuelle et la structure familiale ne sont pas des obstacles à l'adoption d'enfants dans les délais requis.
 - Appuie les familles pour qu'elles étudient parallèlement l'adoption offerte par les services d'adoption privée au pays, d'adoption internationale et d'adoption publique et qu'elles examinent les services de procréation assistée et d'adoption en fonction de leur propre situation.
 - Considère l'âge seulement comme l'un des nombreux facteurs à prendre en compte dans l'évaluation de la qualité d'une famille ou d'une demande en cas d'adoption.
 - Favorise le même congé pour les parents biologiques et adoptifs aux termes de la *Loi sur les normes d'emploi*.
- 2.7 Le gouvernement devrait élaborer une politique claire pour mettre en évidence son **soutien à l'adoption par un membre de la famille**, notamment aux proches qui adoptent dans un autre pays.

Lacunes et obstacles

- 2.8 Le gouvernement devrait revoir la politique d'adoption internationale et remanier la législation en vue de **protéger les enfants et les familles, d'éliminer les obstacles et les lacunes législatives**, tout en favorisant l'harmonisation entre la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, la *Loi sur l'adoption internationale*, la Convention de la Haye et les réalités des pays non signataires de cette convention.
- 2.9 Le gouvernement devrait voter des **modifications politiques ou législatives** pour :
- Inclure des dispositions relatives au conflit des lois dans la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, ce qui permettrait de reconnaître les consentements d'adoption et les ordonnances d'annulation des droits parentaux qui ont été accordés à l'extérieur de l'Ontario.
 - Comblent les lacunes législatives, y compris celles qui sont liées à la tutelle et aux dépenses et élaborer une politique pour aider les Ontariens qui résident temporairement à l'extérieur de la province et qui souhaitent adopter.

Défense de la cause

- 2.10 Le gouvernement devrait **proposer** au gouvernement du Canada de modifier les règles en matière d'assurance-emploi afin que les parents biologiques et adoptifs soient traités de la même façon.
- 2.11 Pour faciliter davantage les processus d'adoption internationale dans les meilleurs délais, le gouvernement devrait jouer un rôle de **défenseur de la cause** :
- En Ontario
 - Auprès d'autres gouvernements provinciaux et territoriaux
 - Auprès du gouvernement fédéral
 - Auprès des gouvernements d'autres pays.

Surveillance et contrôle

- 2.12 Le gouvernement devrait **surveiller et contrôler clairement** le système d'adoption de l'Ontario.
- 2.13 Le gouvernement devrait établir un objectif provincial **pour doubler en cinq ans le nombre d'adoptions des pupilles de la Couronne** et, dans un délai de cinq ans, revoir et fixer de nouveaux objectifs ambitieux.
- 2.14 Le gouvernement devrait **établir des normes de service et faire en sorte qu'elles soient réévaluées et révisées** avant la fin de la période de cinq ans.
- 2.15 Le gouvernement devrait mettre en œuvre un **processus graduel d'obtention de permis** pour l'adoption internationale.

Collecte de données et établissement de rapports

- 2.16 Le gouvernement devrait déterminer les données requises pour évaluer les services d'adoption en Ontario et **établir des processus clairs d'établissement de rapports**.
- 2.17 Le gouvernement devrait recourir aux services d'un **tiers indépendant de confiance pour recueillir et analyser des données longitudinales anonymes sur les résultats** pour les enfants adoptés.
- 2.18 Le tiers en question devrait recueillir des **renseignements sur les pupilles de la Couronne qui ne sont pas adoptés** – notamment sur les résultats pour les enfants qui sont sous garde intrafamiliale et garde légale.
- 2.19 Le gouvernement devrait offrir **des renseignements pertinents sur tous les services d'adoption qui sont à la disposition des Ontariens**, à savoir des données sur les coûts moyens, le temps d'attente, le succès des placements et les normes de service.

Processus de traitement des plaintes

- 2.20 Le gouvernement devrait revoir et **améliorer les mécanismes officiels de traitement des plaintes** pour s'assurer que toutes les parties impliquées dans des processus d'adoption – familles adoptives et biologiques, ainsi que les enfants et les jeunes qui ne sont pas satisfaits du service reçu – puissent se faire entendre.

3. ACCORDER UN FINANCEMENT ADÉQUAT POUR COMPOSER AVEC LES RÉALITÉS DE L'ADOPTION

- 3.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait financer la **planification de la garde permanente** pour récompenser les sociétés d'aide à l'enfance et l'agence d'adoption provinciale lorsqu'elles placent des enfants en adoption.
- 3.2 Le gouvernement devrait apporter **un financement adéquat pour aider l'agence d'adoption provinciale à remplir toutes les tâches désignées**, notamment assurer une présence à l'échelle provinciale et locale.
- 3.3 Le gouvernement devrait financer des **initiatives spéciales**, notamment :
 - La formation parentale (PRIDE) et les études du milieu familial (SAFE) pour toutes les familles adoptant par l'entremise du service d'adoption publique.
 - La hausse de la fréquence de l'échange des ressources en matière d'adoption (quatre fois par an) dans les centres régionaux de la province.
- 3.4 Le gouvernement devrait financer **les subventions normalisées et régulières pour l'adoption** des pupilles de la Couronne âgés d'au moins deux ans, ainsi que des pupilles de la Couronne ayant moins de deux ans et des besoins spéciaux. Nous recommandons le recours à des critères fondés sur les besoins pour accorder des subventions oscillant entre 50 % et 80 % du taux actuel appliqué aux familles d'accueil, et suggérons également au gouvernement de mettre de côté des fonds pour financer d'autres appuis et besoins futurs.
- 3.5 Le gouvernement devrait augmenter à 30 000 \$ le **plafond des dépenses d'adoption admissibles** aux fins de l'impôt sur le revenu.

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

1. TOUS LES ONTARIENS DEVRAIENT SAVOIR COMMENT PROTÉGER LEUR FERTILITÉ

Information

- 1.1 Le gouvernement de l'Ontario doit s'assurer que tous les **praticiens en soins primaires sont renseignés** en matière de fertilité et de questions connexes, notamment : incidence de l'âge sur la fertilité, l'infertilité chez l'homme et chez la femme ainsi que les importants facteurs de risque qui touchent la fertilité; les besoins génésiques des familles non traditionnelles et les services complémentaires accessibles afin d'augmenter ou de traiter l'infertilité.
- 1.2 Tous les praticiens en soins primaires, y compris les docteurs en naturopathie et les spécialistes de médecine chinoise traditionnelle devraient faire de **l'information et du counseling en matière de fertilité** un volet systématique des soins dispensés à tous les patients dès le début de la vingtaine, hommes et femmes confondus, en couple ou célibataires (même auprès de ceux et celles qui ne tentent pas de fonder une famille), quelle que soit leur orientation sexuelle.
- 1.3 Le gouvernement devrait s'assurer que les **documents éducatifs imprimés et publiés sur le Web** sont élaborés et mis à la disposition des praticiens en soins primaires afin que ceux-ci puissent les partager avec leurs patients.
 - Les documents sur les questions de fertilité, notamment sur le déclin de la fertilité en raison de l'âge doivent être communiqués aux femmes et aux hommes de 28 ans et plus.
 - Les documents sur les facteurs de risque liés à l'infertilité doivent être communiqués aux femmes et aux hommes de 28 ans et plus qui sont touchés par ces facteurs (par ex., infections sexuellement transmissibles, obésité, anorexie, tabagisme).
 - Les documents faisant la promotion de comportements sains et mettant en lumière les comportements nocifs qui risquent de compromettre les possibilités de concevoir un enfant de façon naturelle doivent être communiqués à toutes les femmes et à tous les hommes qui veulent avoir des enfants.

Counseling

- 1.4 Le gouvernement devrait rajuster le **fichier des honoraires** de l'Assurance-santé de l'Ontario afin de permettre aux médecins de définir clairement les services de counseling fournis spécifiquement pour des raisons de fertilité et pour que les médecins puissent prévoir le temps nécessaire à cette pratique dans un horaire déjà chargé; le gouvernement saurait ainsi combien d'Ontariens reçoivent cette information.

Tests et surveillance de la fertilité

- 1.5 Tous les praticiens en soins primaires, les obstétriciens et les gynécologues ou les spécialistes en fertilité devraient offrir des **tests et une surveillance de la fertilité** aux :

- Femmes âgées de 28 ans et plus qui n'ont pas réussi à concevoir naturellement au bout d'un an après avoir cessé d'utiliser des moyens de contraception.
- Femmes âgées de 30 ans et plus qui souhaitent fonder une famille (afin d'estimer leur réserve ovarienne et le besoin de recommandation).
- Femmes âgées de 30 ans et plus qui n'ont pas réussi à concevoir naturellement au bout de six mois.
- Partenaires masculins de femmes qui entreprennent des tests.

Quiconque, à la suite de procédures de surveillance de la fertilité, semble avoir un problème de fertilité devrait être **dirigé dans les plus brefs délais** vers un spécialiste en matière de fertilité (par ex., les femmes de moins de 30 ans qui ont essayé de concevoir naturellement pendant 12 mois sans succès; les femmes âgées de 30 ans et plus, au bout de six mois).

1.6 **Des directives de pratique clinique** en matière d'information et de surveillance de la fertilité devraient être élaborées, notamment :

- Directives sur l'information en matière de fertilité.
- Facteurs de risque importants pour la fertilité des femmes et des hommes.
- Algorithme pour aider les praticiens en soins primaires à évaluer les facteurs de risque des patients en matière d'infertilité ainsi que les tests diagnostiques appropriés à utiliser.
- Critères permettant de diagnostiquer l'infertilité chez les femmes et les hommes.
- Méthodes validées de mesure de l'hormone de stimulation folliculaire, du comptage des follicules antraux et de l'analyse de sperme à utiliser à l'échelle de la province.
- Fourchettes ou seuils de tests précis à utiliser pour faire rapidement des recommandations auprès des spécialistes appropriés.

1.7 Le gouvernement devrait continuer à **financer les tests existants** (dosage de l'hormone de stimulation folliculaire, comptage des follicules antraux et analyse de sperme) et introduire de nouveaux tests (dosage de l'hormone antimüllérienne) qui sont plus précis et plus faciles à utiliser dès qu'ils seront disponibles et approuvés.

2. LES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE DOIVENT ÊTRE SÛRS ET RÉPONDRE AUX NORMES D'EXPÉRIENCE CLINIQUE LES PLUS RIGOUREUSES

Agrément

- 2.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait mettre sur pied ou nommer un organisme provincial afin d'élaborer un **programme d'agrément obligatoire** pour les cliniques et les centres de fertilité en Ontario.
- 2.2 Toutes les cliniques et tous les centres de fertilité devraient être **agréés** dans les cinq ans afin de pouvoir offrir des services de procréation assistée en Ontario. Les coûts de l'agrément devraient être pris en charge par la province.

Naissances multiples

- 2.3 Afin de conserver leur agrément, les cliniques et les centres de fertilité devraient réduire **leur taux annuel de naissances multiples** pour atteindre une proportion inférieure à 15 % en l'espace de cinq ans et inférieure à 10 % en l'espace de 10 ans.
- 2.4 Afin d'aider les cliniques à atteindre cet objectif, des **directives de pratique clinique** devraient être élaborées et définir les points suivants :
- Moment auquel passer d'une procédure d'insémination intra-utérine à un cycle de fécondation in vitro.
 - Nombre d'embryons à transférer en fonction de l'âge de la femme et d'autres indications cliniques.
- 2.5 Les fournisseurs devraient être informés des effets négatifs des naissances multiples et des **avantages du transfert d'un nombre restreint d'embryons** pour les enfants, les mères et les familles.
- 2.6 Afin de contrôler le nombre de naissances multiples et de protéger la sécurité des enfants et des femmes ayant recours à la procréation assistée, des directives de pratique clinique sur la **prescription sans danger de tous les médicaments pour la fertilité** devraient être élaborées.
- 2.7 Comme condition à l'agrément, les cliniques devraient être tenues de **recueillir les données suivantes et d'en faire rapport** :
- Taux de réussite et autres données afin que les patients puissent faire des choix éclairés quant à leurs soins génésiques.
 - Taux de naissances multiples et autres données précises sur la qualité et la sécurité des services offerts.

Sécurité

- 2.8 Afin de soutenir les médecins pour qu'ils puissent dispenser les meilleurs soins possibles, l'Ontario devrait rassembler des **données** globales et traitées de façon anonyme **sur les résultats quant aux** :
- Enfants conçus par procréation assistée au cours des cinq premières années de vie.
 - Patients ayant recours à des services de procréation assistée.
- 2.9 Afin de réduire les risques pour les enfants, **l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde** devrait être proposée uniquement dans les cas suivants :
- Grave infertilité imputable à l'homme.
 - Échec avéré de la fécondation au cours de cycles précédents de fécondation in vitro.
- 2.10 **Des directives de pratique clinique** devraient être rédigées par un groupe d'experts andrologues et d'endocrinologues spécialisés dans les questions de procréation, définissant clairement ce qu'est « une grave infertilité imputable à l'homme ».
- 2.11 **Des directives de pratique clinique** devraient être élaborées afin de définir :
- Les qualifications nécessaires pour pouvoir fournir des services de procréation assistée en Ontario.
 - Les circonstances dans lesquelles les personnes ne sont pas admissibles à des services de procréation assistée afin de garantir la sécurité et le bien-être des Ontariens.

Actualité

2.12 L'Ontario devrait examiner l'état des technologies de procréation assistée tous les cinq ans et **mettre à jour les politiques et pratiques** afin qu'elles tiennent compte des capacités actuelles.

Centre d'excellence

2.13 Un **centre d'excellence** universitaire axé sur la procréation assistée devrait être créé pour travailler de concert avec les collectivités médicales et de chercheurs ainsi qu'avec les fournisseurs de services afin :

- D'entreprendre et de faciliter la recherche en matière de procréation assistée et de protéger ainsi la sécurité des Ontariens ayant recours aux services, et de s'assurer que les politiques provinciales tiennent compte des technologies et des pratiques actuelles.
- De définir les pratiques exemplaires en Ontario, au Canada et à l'étranger.
- De favoriser le transfert de connaissances entre les fournisseurs de services à l'échelle de la province afin de faciliter la prestation de soins exemplaires pour les Ontariens.

3. L'ONTARIO NE PEUT PAS SE PERMETTRE DE NE PAS FINANCER LA PROCRÉATION ASSISTÉE

Financement

3.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait **financer jusqu'à trois cycles de fécondation in vitro** pour les femmes âgées de 41 ans + 12 mois et plus jeunes. Les services auxiliaires suivants devraient être financés quand ils sont offerts pour un cycle de fécondation in vitro financé :

- Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde, quand cette procédure est indiquée cliniquement.
- Congélation et conservation des embryons pour les femmes ayant des embryons de bonne qualité en surplus.
- Jusqu'à deux transferts d'embryons congelés par prélèvement d'ovocytes frais quand une patiente a des embryons congelés de bonne qualité.

3.2 Une patiente doit faire l'objet d'un **transfert d'embryons congelés** à l'aide d'embryons de bonne qualité avant qu'un autre cycle de fécondation in vitro à l'aide d'embryons frais et financé publiquement n'ait lieu.

3.3 Jusqu'à quatre cycles **d'insémination intra-utérine** devraient être financés pour les femmes âgées de 41 ans + 12 mois et plus jeunes. Le lavage du sperme devrait être financé pour les procédures d'insémination intra-utérine.

3.4 **Des directives de pratique clinique** devraient être élaborées afin de :

- Définir et normaliser la façon d'évaluer l'admissibilité des embryons à congeler et à conserver.
- Déterminer des paramètres sur la conservation des embryons.

Médicaments pour la fertilité

- 3.5 Le gouvernement devrait mettre sur pied une **campagne de sensibilisation** qui :
- Met l'accent sur l'information des employeurs et des compagnies d'assurance et présente les avantages liés à l'intégration de médicaments pour la fertilité dans les régimes d'avantages sociaux des employeurs.
 - Indique les entreprises ontariennes soucieuses des besoins des familles qui proposent une couverture pour les médicaments pour la fertilité.
 - Met en lumière la nécessité de prendre en charge d'autres services qui seraient utiles aux employés ayant recours à la procréation assistée, notamment le counseling, l'acupuncture, la médecine naturopathique, les massages et autres traitements complémentaires.
- 3.6 Le gouvernement devrait envisager différentes options afin de contribuer à **contrôler le coût des médicaments pour la fertilité**.
- 3.7 Le gouvernement devrait introduire un **crédit d'impôt remboursable de 50 %** assorti d'un plafond de 20 000 \$ pour les Ontariens, et ce, afin de compenser le coût des médicaments pour la fertilité.

Counseling

- 3.8 Tous les Ontariens qui optent pour la procréation assistée devraient se voir offrir **une séance de counseling financée**.
- 3.9 Le gouvernement provincial devrait **financer les services de counseling obligatoires** exigés par le gouvernement fédéral en vertu de la *Loi sur la procréation assistée*. En l'absence de législation fédérale, tous les Ontariens qui choisissent une procédure de procréation assistée avec tiers donneur devraient être tenus de participer à des séances de counseling dans le cadre du processus de consentement éclairé; le gouvernement devrait prendre en charge le coût de ces séances de counseling.
- 3.10 Tous les fournisseurs de soins de santé, y compris les praticiens en soins primaires, devraient savoir **où diriger les patients** pour des services de counseling en matière de fertilité, d'infertilité et de procréation assistée.
- 3.11 Des **documents informatifs** sur le counseling en matière de fertilité, d'infertilité et de procréation assistée pour tous les types de famille devraient être élaborés et offerts aux professionnels susceptibles d'offrir ces types de services.

4. LES ONTARIENS QUI POURRAIENT EN BÉNÉFICIER DEVRAIENT AVOIR ACCÈS À DES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE

Vie professionnelle

- 4.1 Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation, les employeurs devraient être informés de leurs responsabilités en vertu du *Code des droits de la personne* afin de tenir compte des besoins spéciaux des employés pendant les périodes prénatales et postnatales.
- 4.2 La définition du **congé d'urgence personnelle** dans la *Loi sur les normes d'emploi* devrait être interprétée afin d'y intégrer les services de procréation assistée.

Accès sur le plan géographique

- 4.3 Le gouvernement de l'Ontario devrait étendre le **Réseau Télémedecine Ontario** à toutes les cliniques de fertilité.
- 4.4 Le gouvernement devrait s'assurer que les **tests de surveillance** exigés pour l'insémination intra-utérine et la fécondation in vitro (échographie et services de technicien de laboratoire) sont disponibles selon les besoins dans des centres médicaux désignés à l'extérieur du Sud de l'Ontario.
- 4.5 Le gouvernement devrait étendre l'admissibilité au **Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales** à tous les résidents du Nord de l'Ontario qui doivent se déplacer pour avoir recours à des services de procréation assistée.

Obstacles d'ordre juridique

- 4.6 Quand le gouvernement fédéral entreprendra l'examen de la *Loi sur la procréation assistée*, ce qui aurait dû avoir lieu il y a longtemps, l'Ontario devrait **participer activement à cet examen**.
- 4.7 La province devrait **se joindre à toute contestation fondée sur la Charte ou soutenir** cette contestation en ce qui concerne la *Loi sur la procréation assistée*.
- 4.8 Un **cadre réglementaire provincial** régissant les cliniques et les services de procréation assistée, notamment la procréation assistée avec tiers donneur, devrait être élaboré en vertu des dispositions d'équivalence de la *Loi sur la procréation assistée*.
- 4.9 Une **banque de donneurs de sperme, d'ovules et d'embryons, ainsi qu'une base de données de mères porteuses** (banque et base de données qui seraient altruistes et à l'échelle de la province) devraient être créées et exploitées par les cliniques, être réglementées par le gouvernement et tenues de lui rendre des comptes.
- 4.10 L'Ontario devrait s'assurer que les **directives sur l'insémination sans danger des femmes** qui utilisent le sperme de donneurs connus et inconnus protègent effectivement la sécurité des femmes et des enfants.
- 4.11 Le gouvernement devrait passer en revue le processus **d'établissement de la filiation** afin de tenir compte des services de procréation assistée quand cela est possible et de veiller à ce qu'aucun parent prévu ne fasse l'objet de discrimination en raison de son orientation sexuelle ou de ses besoins génésiques.
- 4.12 Une fois qu'elles seront terminées, le gouvernement devrait examiner et mettre en œuvre les **recommandations de la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada** sur la déclaration de filiation.

Obstacles d'ordre social

- 4.13 En ce qui concerne les services aux membres des **communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et allosexuelles**, le gouvernement devrait faire en sorte que les barrières sociales à la procréation assistée soient supprimées et que les obstacles juridiques soient réduits.
- 4.14 Le gouvernement devrait faire en sorte que les barrières sociales aux services de procréation assistée soient supprimées pour les **Ontariens célibataires**.

4.15 Une campagne de sensibilisation du public portant sur l'infertilité et la procréation assistée devrait viser à **minimiser la honte et les préjugés** associés à l'infertilité.

Préservation de la fertilité

4.16 Tous les spécialistes qui soignent des patients atteints d'un trouble médical ou qui leur dispensent un traitement pour un trouble médical susceptible de les rendre stériles devraient connaître l'existence de services destinés à **préserver la fertilité** et les recommander à temps à leurs patients.

4.17 Le gouvernement devrait **financer la congélation et la conservation des ovules, du sperme et des embryons** à des fins de préservation de la fertilité.

4.18 Des **lignes directrices** en matière de pratique clinique devraient être élaborées pour déterminer la période pendant laquelle les fonds publics pourraient financer les coûts de conservation du sperme, des ovules et des embryons.

Couples discordants sur le plan du VIH

4.19 Le gouvernement devrait définir une approche globale en vue de **supprimer les obstacles aux services de procréation assistée pour les personnes atteintes du VIH**.

4.20 La mise sur pied de ressources (notamment de programmes de formation) devrait être soutenue pour permettre un **accès sûr** à ces services en Ontario.

RECOMMANDATIONS POUR SENSIBILISER LE PUBLIC

1. SENSIBILISER LE PUBLIC AUX OPTIONS OFFERTES AUX ONTARIENS POUR FONDER UNE FAMILLE

- 1.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait mettre sur pied une **campagne d'information destinée au public et de sensibilisation aux questions sociales** pour renseigner les Ontariens sur les enjeux liés à la fondation d'une famille, dont la fertilité, l'infertilité, la procréation assistée et l'adoption, ainsi que des ressources et des solutions offertes pour fonder et agrandir une famille.
- 1.2 La campagne devrait tabler sur une **approche sur plusieurs plans** inscrite dans un cadre provincial mais mise en œuvre localement.
- 1.3 La campagne multimédia devrait bénéficier de **partenariats avec des organismes non gouvernementaux**.
- 1.4 Le gouvernement devrait mettre au point des **outils d'évaluation** permettant de mesurer le succès de la campagne et d'élaborer les phases subséquentes.

INTRODUCTION

Les familles sont le cœur et l'âme de notre société. Elles contribuent à donner aux enfants – la prochaine génération – le meilleur départ possible dans la vie et à les épauler au cours des différentes étapes de la vie. Les familles permettent de bâtir des collectivités et des économies solides.

Les Ontariens fondent leurs familles de différentes façons.

Bon nombre d'Ontariens ont recours à des services d'adoption ou de procréation assistée pour les aider à former une famille ou à agrandir leur famille.

Chaque année, au cours des cinq dernières années, environ 1 600 enfants ont été adoptés par des familles en Ontario; plus de 800 par des services d'adoption publique, 650 par des services d'adoption internationale et environ 150 par des services d'adoption privée au pays.

Au cours de la même période, un plus grand nombre d'Ontariens se sont tournés vers des services de procréation assistée pour les aider à avoir des enfants. Les cliniques et centres de fertilité en Ontario réalisent environ 5 000 cycles de fécondation in vitro (FIV) et plus de 22 000 cycles d'insémination intra-utérine (IIU) par année. En 2006, plus de 1 500 bébés sont nés en Ontario à la suite d'une FIV – et la demande pour les services de procréation assistée ne cesse d'augmenter.

Avoir des enfants est l'un des plus beaux cadeaux de la vie. Cependant, pour de nombreux Ontariens, ce cadeau est difficile à obtenir ou hors de portée.

- En Ontario, environ un couple sur six connaît des problèmes d'infertilité au cours de sa vie.
- Il y a des centaines de familles qui sont prêtes à adopter.
- De nombreux célibataires ou couples de même sexe veulent être parents.

Qui essaie de fonder une famille en ayant recours à des services d'adoption et de procréation assistée?

Ces anecdotes ont été mises au point en regroupant les principaux thèmes. Toutes les personnes et les situations suivantes sont fictives.

Deborah et Kristoff se sont mariés dans la trentaine. Lorsqu'ils ont décidé de fonder une famille, ils savaient qu'il y avait des enfants dans leur collectivité qui avaient besoin d'une famille et se sont renseignés sur l'adoption.

Quelques années après leur mariage, Eva et Rudy ont essayé d'avoir un enfant. Après de nombreux examens et analyses, on leur a dit que l'on ne pouvait diagnostiquer la cause de leur infertilité. Ils voulaient essayer la procréation assistée, mais leur budget ne le leur permettait pas.

Lorsque Ruth et Emily ont voulu fonder une famille, elles se sont tournées vers l'insémination intra-utérine avec don de sperme, ce qui a donné lieu à deux grossesses.

Laila, la nièce de Terrell, est en famille d'accueil en Ohio. Les services de protection de l'enfance de l'Ohio ont demandé à Terrell et à sa femme Jasmine s'ils voulaient adopter Laila.

Lisa était au début de la quarantaine. Elle se concentrait sur sa carrière et ne prévoyait pas avoir d'enfants jusqu'à ce qu'elle lise un article sur l'adoption. Elle a pensé qu'elle ferait un bon parent pour un enfant plus âgé.

Maria a eu un cancer à l'âge de 26 ans. Ses traitements contre le cancer risquaient d'avoir une incidence sur sa fertilité. Elle s'est renseignée auprès de son médecin sur la congélation d'ovules afin de pouvoir avoir des enfants plus tard.

Mark et Greg vivaient ensemble depuis quatre ans quand ils ont décidé de fonder une famille. Ils ont eu leur premier fils, Lars, par l'entremise d'un don d'ovules et d'une mère porteuse. Lorsqu'ils ont voulu un deuxième enfant, ils ont découvert que les lois sur la procréation au moyen de tiers avaient changé.

Lorsque Janet et Philippe ont reçu un diagnostic d'infertilité masculine, ils ont essayé pendant trois ans d'avoir des enfants par procréation assistée, et Janet est tombée enceinte de jumeaux.

Au début de la trentaine, on a diagnostiqué chez Nichelle des troubles de fertilité. Une jeune femme de leur entourage est tombée enceinte et a demandé à Nichelle et Kofi s'ils pouvaient adopter le bébé.

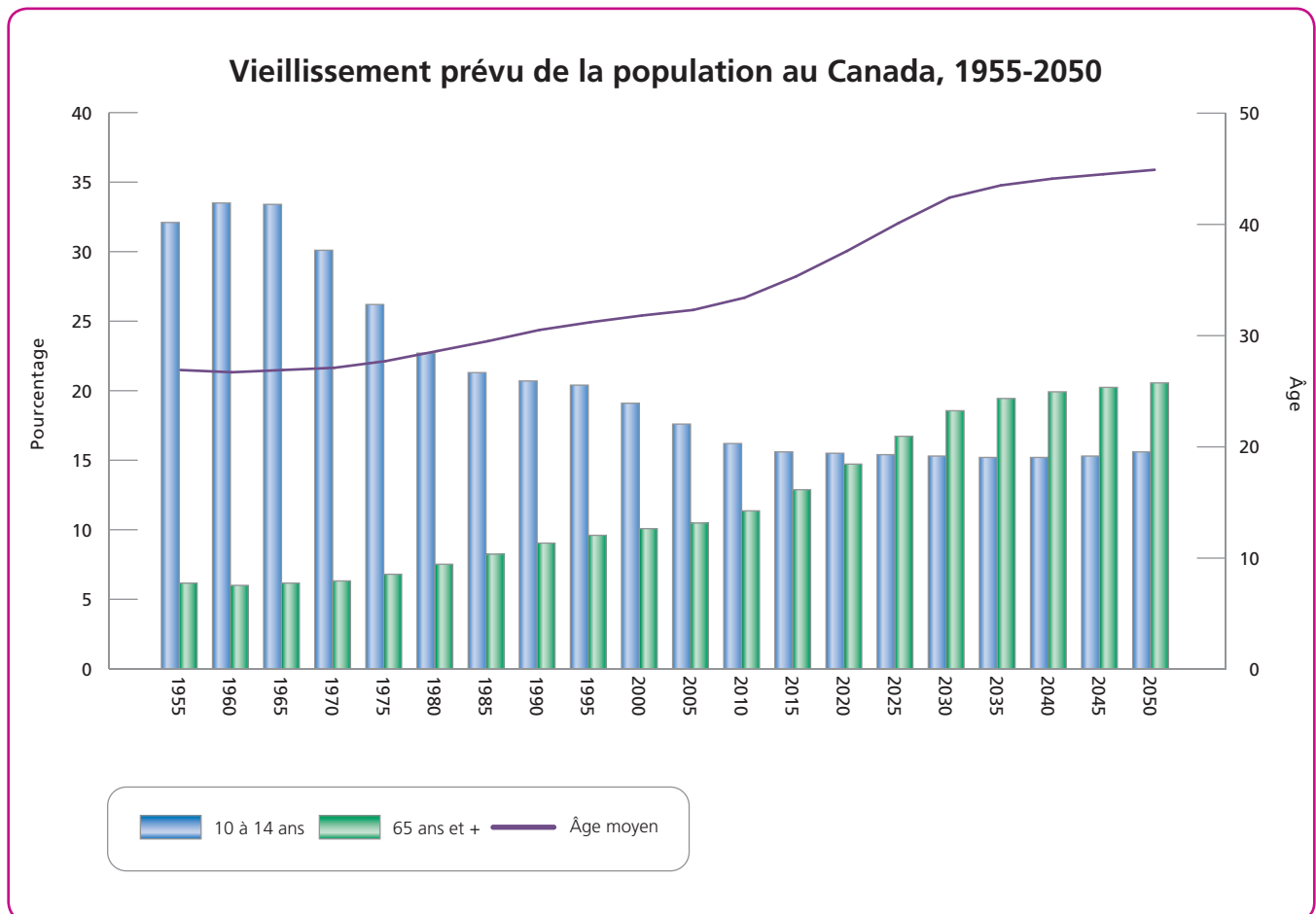
Après avoir essayé pendant deux ans d'avoir des enfants, Michael et Gwen ont subi des tests de fertilité. Hormis leur âge, la cause de leur infertilité n'a pas été diagnostiquée. Lorsqu'ils ont appris que leur chance de concevoir par procréation assistée était mince, ils se sont tournés vers l'adoption internationale.

Daniella et José ont d'abord été la famille d'accueil de Jason lorsqu'il avait six ans. Lorsqu'il est devenu un pupille de la Couronne à l'âge de neuf ans, ils ont voulu l'adopter et en faire un membre permanent de leur famille.

Les familles sont notre avenir

Des familles solides se traduisent par des collectivités solides, une économie en santé et une province prospère. Les enfants qui profitent du meilleur départ possible dans la vie et qui grandissent dans des familles stables font de l'Ontario une province solide. Ils ont plus de chance de devenir des adultes en santé et des citoyens productifs, et de contribuer à leurs collectivités et à l'économie de leur province.

Les enfants – et les familles – sont importants pour notre avenir. La population de l'Ontario, comme celle du reste du Canada, vieillit. En 2000, environ un Canadien sur huit (12 %) était âgé de 65 ans ou plus, alors qu'un sur cinq (20 %) avait moins de 15 ans. D'ici 2050, environ un Canadien sur huit aura moins de 15 ans (12 %) et plus d'un Canadien sur quatre (28 %) aura 65 ans ou plus. Cette tendance signifie qu'une plus grande partie des personnes âgées dépendront d'un plus petit nombre de jeunes pour fournir l'énergie et les ressources dont elles auront besoin pour obtenir un soutien lorsqu'elles prendront de l'âge.



Source : Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2006 Revision* et *World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*.

Pour maintenir sa solidité économique et sociale, l'Ontario a besoin de plus d'enfants et de familles.

En juillet 2008, le gouvernement de l'Ontario a nommé un Comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption afin de fournir des conseils sur ce qui suit :

- Faciliter l'accès au traitement de l'infertilité et offrir aux Ontariens un contrôle de la fertilité pour qu'ils soient informés de tout problème d'infertilité éventuel.
- Améliorer le système d'adoption de l'Ontario pour qu'un plus grand nombre d'enfants puissent être adoptés plus rapidement.

À propos du Comité d'experts

Le Comité d'experts est composé de 11 personnes. Nous avons été choisis à la fois pour notre expertise et notre expérience personnelle en matière d'adoption, d'infertilité ou de procréation assistée. Notre groupe est composé d'endocrinologues spécialisés dans la reproduction, de spécialistes en consultation, d'omnipraticiens, de professionnels en thérapies complémentaires et en adoption; d'éducateurs, d'avocats et de gens d'affaires; de personnes qui ont été affectées personnellement par l'infertilité ou qui ont eu recours à la procréation assistée, et de parents adoptifs. Pour plus de détails, se reporter à l'Annexe F.

Notre méthodologie

Nous avons travaillé ensemble pendant un an pour comprendre les défis auxquels les Ontariens sont confrontés lorsqu'ils veulent fonder une famille par l'adoption ou la procréation assistée. Nous avons formé deux groupes de travail : l'un sur l'adoption et la garde permanente, et l'autre sur le suivi de la fertilité et la procréation assistée.

Paramètres

Déterminer les principes qui devraient guider le système de services et de soutien de l'Ontario pour favoriser la formation de familles.

Déterminer les enjeux et les obstacles actuels qui empêchent la fondation de familles, y compris les politiques, pratiques, lois et règlements provinciaux et fédéraux.

Recommander des façons d'avoir plus facilement accès à des technologies de procréation assistée cliniquement efficaces et sécuritaires.

Recommander des façons d'encourager les docteurs et les chercheurs à créer un meilleur système de soins de reproduction en Ontario.

Faire des recommandations pour faciliter l'adoption rapide et valider l'adoption comme choix positif pour fonder une famille.

Tenir compte du rôle des programmes d'avantages sociaux des employés et du secteur privé pour encourager la constitution de familles.

Étudier la façon la plus efficace de mettre en œuvre l'engagement du gouvernement à rendre accessibles les tests de fertilité, et recommander des façons de renseigner le public sur la fertilité et les options offertes pour fonder une famille en Ontario.

Déterminer les répercussions possibles d'un plus grand accès aux options pour fonder une famille.

Nous avons passé en revue la documentation sur l'adoption, la garde permanente, l'infertilité et la procréation assistée, et nous avons examiné les politiques et les programmes en place dans les autres territoires. Nous avons assisté à des présentations données par des organismes clés et des experts dans leurs propres champs de compétences.

Nous avons invité des Ontariens qui ont expérimenté l'adoption, l'infertilité et la procréation assistée en Ontario à répondre à un sondage approfondi en ligne. Nous avons également préparé des sondages en ligne à

l'intention de fournisseurs de services, d'adultes adoptés, de personnes conçues par donneur et de membres du public. Environ 2 500 personnes ont répondu à nos sondages en ligne. Cent six personnes qui avaient eu recours à la procréation assistée ou à des services d'adoption ou qui étaient une famille d'accueil ont également accepté de participer à des rencontres individuelles ou à des entrevues téléphoniques. En collaboration avec l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, nous avons effectué un sondage auprès des agences membres sur la prestation des services d'adoption. Nous avons également parlé à des adolescents qui sont ou qui ont été des pupilles de la Couronne, afin de savoir ce qu'ils pensent de l'adoption. Vous trouverez un sommaire de ces discussions et sondages à l'Annexe B.

Nous remercions tous ceux et celles qui ont participé à nos sondages, qui ont pris le temps de partager leurs connaissances et leur expertise, et qui nous ont fourni des renseignements précieux pour faire notre travail.

Limites

Bien que nous estimions que notre rapport dresse un bilan exhaustif des services d'adoption et de procréation assistée en Ontario, nous reconnaissons certaines limites. Une année est une période bien courte pour étudier deux domaines aussi complexes. Nous n'avons pas demandé une nouvelle recherche, mais nous avons essayé d'utiliser la documentation la plus pertinente. Les contraintes de temps nous ont empêchés de procéder à une consultation à plus grande échelle comme nous l'aurions souhaité. Par exemple, les personnes qui ont répondu à notre sondage en ligne et qui ont participé à nos entrevues ne sont peut-être pas représentatives de l'ensemble de la population; elles sont peut-être plus versées en informatique et ont des opinions plus libérales. De même, les renseignements obtenus auprès des sociétés d'aide à l'enfance (SAE) ne représentent pas nécessairement les opinions ou l'expérience de l'ensemble des agences.

Nous reconnaissons pleinement que l'élaboration de toute politique ou recommandation pour les enfants des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain de l'Ontario doit être le fruit d'une collaboration entre le gouvernement et les autorités, organisations, communautés et fournisseurs de services des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain. Notre groupe n'avait pas été formé à cette fin.

Notre approche

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes concentrés sur les besoins et le bien-être des enfants et sur les besoins et le bien-être des Ontariens – couples hétérosexuels, couples homosexuels et célibataires – aux prises avec les difficultés de fonder une famille.

Dans toutes nos délibérations, les enfants étaient au premier plan. Nos recommandations sont conçues pour veiller à ce que :

- les enfants en attente d'adoption trouvent des foyers qui offrent sécurité, réconfort et soutien – et que les familles aient accès au soutien et aux ressources qui leur permettront d'aider les **enfants à atteindre leur plein potentiel**;
- les enfants nés au moyen de la procréation assistée soient **en santé** et profitent du **meilleur départ possible dans la vie**.

Nous nous sommes également concentrés sur les familles en tant que ressource précieuse. Nos recommandations sont conçues pour :

- **réduire les obstacles** à la fondation de familles;
- rendre les services d'adoption **plus réceptifs** aux besoins des familles;
- s'assurer que les Ontariens qui recherchent des services de procréation assistée reçoivent des **soins sécuritaires** qui satisfont ou dépassent les normes nationales les plus élevées;
- donner aux Ontariens qui choisissent d'adopter ou d'avoir recours à la procréation assistée de **l'information claire** sur leurs choix, et les aider à naviguer dans les systèmes d'adoption et de procréation assistée.

Nous croyons que les Ontariens ont le droit de choisir de quelle façon ils veulent fonder leurs familles. Certains choisiront d'adopter des enfants par l'entremise des services d'adoption publique tandis que d'autres opteront pour l'adoption privée au pays ou l'adoption internationale. Certaines personnes se tourneront vers la procréation assistée. D'autres encore n'auront pas d'enfants. **Tous les choix sont valables.**

Notre rapport est dédié à toutes les familles ontariennes constituées par adoption ou par procréation assistée. Il est également dédié à tous les Ontariens qui ont essayé et ont été incapables d'avoir des enfants et qui espèrent fonder une famille grâce à l'adoption ou à la procréation assistée.

Bâtir une famille en Ontario

Notre vision

L'Ontario devrait viser à devenir le meilleur endroit au monde où fonder une famille.

Cela dit, nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir.

Bien que, chaque année, environ 1 600 enfants soient adoptés en Ontario par l'entremise des trois services d'adoption, de nombreux enfants ont toujours besoin d'un foyer permanent. Chaque année, des enfants dont les familles ne peuvent pas leur fournir le milieu familial dont ils ont besoin sont pris en charge par des SAE de la province et deviennent des pupilles de la Couronne. Bon nombre d'entre eux demeurent des pupilles de la Couronne pendant des années et ne peuvent pas être adoptés, et d'autres qui sont en attente d'adoption ne trouvent pas de familles. Parallèlement, un grand nombre de familles qui veulent des enfants ont du mal à trouver des renseignements sur les différents services d'adoption (c.-à-d., adoption publique, adoption privée au pays et adoption internationale) et certaines doivent attendre des années pour pouvoir adopter.

Chaque année, des dizaines de milliers d'Ontariens consultent des professionnels de la santé pour les aider à fonder une famille. Des milliers d'autres n'ont pas accès à ces services en raison du coût, du manque d'information, de l'éloignement, de contraintes professionnelles et des préjugés sur l'infertilité.

Même si certains réussissent à fonder une famille en ayant recours à l'adoption ou à la procréation assistée, pour bon nombre d'Ontariens, le processus n'est pas de tout repos et les démarches et formalités peuvent être pénibles. Il faut parfois attendre des années, et l'expérience peut être dévastatrice tant sur le plan émotif que sur le plan financier. Elle peut remettre en question l'estime de soi et détruire des relations familiales ou professionnelles.

Objectifs

Notre stratégie vise trois objectifs :

1. Aider un plus grand nombre d'enfants à trouver des foyers permanents et un plus grand nombre d'Ontariens à fonder des familles par l'adoption.
2. Aider un plus grand nombre d'Ontariens à bâtir des familles en ayant recours à des renseignements de qualité et fiables sur la fertilité, des services de suivi et de procréation assistée.
3. Fournir de l'information et faire davantage connaître les services d'adoption, de fertilité et de procréation assistée, afin que les Ontariens aient plus facilement accès à ces services.

Orientations stratégiques

En vue d'atteindre nos objectifs, nous avons fixé trois grandes orientations stratégiques :

1. **Habiller les Ontariens** – Donner aux Ontariens les renseignements dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur les possibilités de fonder une famille.
2. **Intervenir rapidement** – Fournir promptement les services et le soutien qui sont offerts pour aider les Ontariens à fonder des familles, notamment des services d'information et de suivi pour prévenir l'infertilité, si possible, des services pour préserver la fertilité, des programmes pour recruter activement des familles adoptives et réorganiser le système afin que la planification de l'adoption puisse commencer plus rapidement et que le contact avec les familles biologiques ne soit pas un obstacle à l'adoption.
3. **Faciliter l'accès aux solutions pour fonder une famille** – Modifier les services existants afin qu'il soit plus facile pour les Ontariens d'avoir recours aux services d'adoption et de procréation assistée.

Principes directeurs

Nos recommandations sont fondées sur les principes suivants :

Accessibilité/bon rapport qualité-prix

Le coût pour fonder une famille par adoption ou par procréation assistée ne devrait pas être un obstacle pour les Ontariens. Les décisions de financement doivent tenir compte de l'incidence élevée sur les coûts de santé et les coûts sociaux si ces services ne sont pas offerts, notamment les frais de placement des pupilles de la Couronne en structure d'accueil et les coûts liés aux naissances multiples.

Accent mis sur l'enfant et sur la famille

Les services d'adoption et de procréation assistée doivent mettre l'accent sur l'enfant et la famille. Ils doivent viser à répondre aux besoins des enfants et des familles en Ontario.

Équité/accessibilité

Tous les Ontariens devraient avoir accès à des programmes et services qui permettent de fonder des familles, quel que soit leur revenu ou l'endroit où ils habitent dans la province.

À l'abri de la discrimination

Tous les Ontariens doivent avoir la possibilité de fonder une famille sans discrimination fondée sur l'ethnie, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, l'origine ethnique, la citoyenneté, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état matrimonial, l'état familial ou un handicap.

Santé, sécurité, bien-être et dignité

La santé, la sécurité, le bien-être et la dignité de chaque enfant en Ontario passent au premier plan dans le processus d'adoption et de procréation assistée. Les services de procréation assistée en Ontario doivent être sécuritaires.

Choix éclairé

Les Ontariens doivent avoir accès à des renseignements exacts sur la procréation assistée, la fertilité et l'adoption, afin de faire des choix éclairés pour fonder une famille.

Qualité/responsabilité

Il revient aux systèmes d'adoption et de procréation assistée de l'Ontario de fournir des services de qualité fondés sur des preuves et de concilier les intérêts individuels et collectifs.

Responsabilité sociale

Aider les Ontariens à fonder des familles est une décision judicieuse du point de vue civique, social et économique.

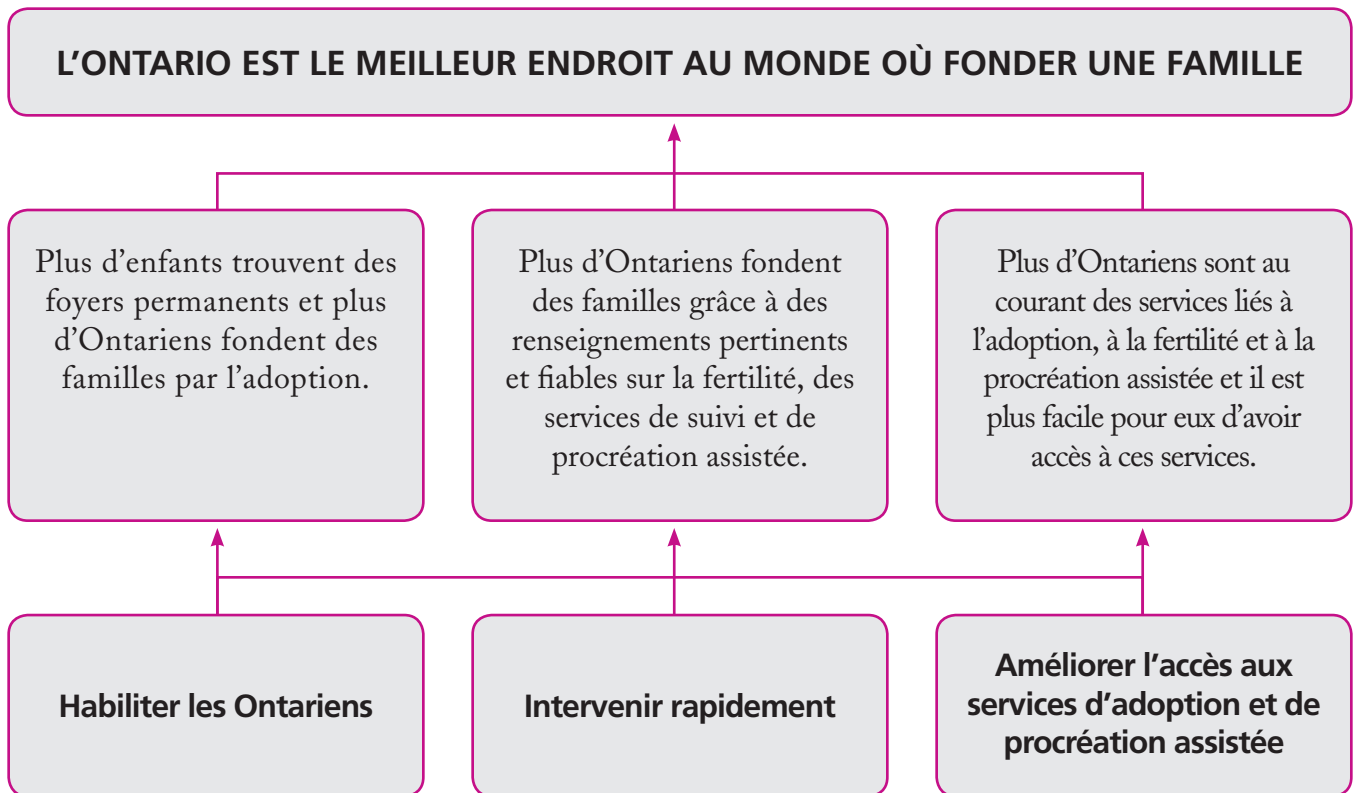
Rapidité/données factuelles

Les programmes et services qui aident les parents à fonder une famille et les enfants à trouver une famille devraient donner suite rapidement aux besoins des Ontariens. Ils devraient prendre en compte les recherches les plus récentes sur les meilleures pratiques en matière de technologies de reproduction et d'adoption.

Voix

Les enfants, les adolescents et les familles devraient avoir leur mot à dire dans la conception de services d'adoption et de procréation assistée. Les systèmes doivent tenir compte de leurs besoins, de leurs préoccupations, de leurs préférences et de leurs priorités.

Comme le démontre le diagramme suivant, les initiatives et les activités recommandées reflètent nos trois orientations stratégiques et nous aideront à réaliser nos objectifs et notre vision.



Les chapitres suivants portent sur les services et le soutien qui sont essentiels pour faire de l'Ontario le meilleur endroit au monde où fonder une famille.

FAMILLES POUR LA VIE : SYSTÈME D'ADOPTION DE L'ONTARIO

OBJECTIF : AIDER PLUS D'ENFANTS À TROUVER DES FOYERS PERMANENTS ET PLUS D'ONTARIENS À FONDER DES FAMILLES PAR L'ADOPTION

L'adoption fournit aux enfants qui ont besoin de foyers permanents – des nouveau-nés aux adolescents – des familles aimantes. Sans l'adoption, de nombreux enfants de la province n'auraient pas la stabilité, le soutien, les soins et l'attention qui sont essentiels à leur développement physique, social et affectif.

L'adoption est une procédure judiciaire pour constituer des familles – donner à des enfants un foyer permanent et des parents pour prendre soin d'eux aujourd'hui et les guider plus tard.

L'adoption est également extrêmement avantageuse pour les adultes qui veulent s'engager d'une façon permanente envers un enfant en fondant ce que l'on appelle souvent une « famille pour la vie ». L'adoption permet à de nombreux Ontariens de devenir parents ou d'agrandir leurs familles. En Ontario, il existe un certain nombre de solutions pour fonder une famille, y compris l'adoption publique, l'adoption privée au pays et l'adoption internationale.

Un système d'adoption solide est bon pour le gouvernement et les contribuables ontariens. Des services d'adoption réglementés et éprouvés aident à bâtir des familles solides. L'adoption publique coûte beaucoup moins cher et offre des perspectives beaucoup plus intéressantes pour les enfants que les foyers d'accueil à long terme¹. Les pupilles de la Couronne qui sortent du système ont moins de chance de terminer leurs études secondaires, courent plus de risques de devenir parents à un jeune âge, de recourir aux services de santé mentale et à l'aide sociale, de se retrouver dans des foyers pour sans-abri, de connaître la pauvreté en tant qu'adultes et de contrevenir à la loi². À long terme, les coûts que représentent pour la société les enfants qui n'ont pas de foyers permanents sont exorbitants. Les coûts humains, du point de vue de la souffrance et du potentiel non réalisé, sont considérables.

Au cours de la dernière année, nous avons étudié la recherche et la documentation sur l'adoption, nous avons interrogé un grand nombre de professionnels en bien-être de l'enfance et en adoption, des familles en attente d'adoption et des familles qui avaient déjà adopté, des anciens pupilles de la Couronne et des pupilles actuels, des familles d'accueil ainsi que des adultes qui avaient été adoptés. Il est devenu clair que les préoccupations les plus déconcertantes portaient principalement, et dans certains cas uniquement, sur l'adoption publique. C'est pourquoi l'adoption publique est notre sujet principal dans ce chapitre. Cependant, nous abordons également les obstacles et les lacunes des services d'adoption privée au pays et des services d'adoption internationale.

Pour tenir compte de l'importance de la diversité et de l'inclusivité pour les Ontariens, tout au long de ce chapitre, « famille » s'entend des couples hétérosexuels, homosexuels et des adultes célibataires, avec ou sans enfants.

Certains points ont été soulevés à plusieurs reprises par différents intervenants :

De nombreux enfants en Ontario – des nouveau-nés aux adolescents – sont sans foyers permanents parce que **le système leur fait faux bond**.

De nombreuses familles en Ontario qui veulent adopter des enfants ne le peuvent pas parce que **l'accès aux renseignements et l'inscription rapide au programme de formation parentale et à l'étude du milieu familial varient grandement d'une région à l'autre**.

Le **système fragmenté** actuel des services d'adoption publique, d'adoption privée au pays et d'adoption internationale sont inefficaces – pour les familles et pour les enfants.

Les services d'adoption publique sont décentralisés et, par conséquent, **les processus varient grandement d'une région à l'autre** : par exemple, certaines sociétés d'aide à l'enfance ne recherchent pas de familles à l'extérieur de leur territoire alors que d'autres le font.

Une plus grande transparence est nécessaire : les processus d'adoption sont trop souvent subjectifs et incohérents. Les familles adoptives, les familles biologiques et les autres sont souvent laissées dans le noir quant au pourquoi et au comment des décisions.

La garde permanente est un objectif fondamental pour les pupilles de la Couronne et **l'adoption devrait être considérée comme la forme de garde permanente la plus importante**.

Les contacts ou les communications avec les familles biologiques ne devraient pas être un obstacle à l'adoption – pour nombre de pupilles de la Couronne, les contacts ou les communications avec la famille biologique demeurent des obstacles à l'adoption.

La mise en œuvre et le maintien de la communication **sans aucun soutien sont difficiles** pour les familles adoptives et les familles biologiques.

Les processus d'adoption ne sont pas toujours rapides, ce qui constitue un fardeau émotionnel pour les parents et les enfants et retarde l'établissement des liens affectifs qui sont essentiels pour des familles saines.

Les familles éventuelles et adoptives **doivent sentir qu'elles ont leur mot à dire** ou qu'elles peuvent s'adresser à quelqu'un si le système ne fonctionne pas.

« Il n'y a pas de lignes directrices, ni de règles. La confusion règne en ce qui a trait aux dates limites, aux études du milieu familial, à l'adoption concomitante et les travailleurs sociaux semblent aussi désorganisés que nous. »

– Personne interrogée

Il y a trop d'enfants en attente

Chaque année, de nombreux professionnels dévoués et chevronnés travaillent au sein des trois services d'adoption de la province – adoption publique, adoption privée au pays et adoption internationale – pour pouvoir fonder environ 1 600 familles³. De plus, les familles se forment également par l'adoption intrafamiliale ou par l'adoption par des beaux-parents.

Pourtant, de nombreux enfants attendent toujours d'être adoptés et de nombreux Ontariens aimeraient bien fonder leur famille par l'adoption – mais le fonctionnement du système empêche ce rapprochement. La situation est particulièrement troublante en ce qui concerne l'adoption publique : de nombreux enfants confiés à une société d'aide à l'enfance (SAE) peuvent avoir été victimes de négligence ou d'abus, ou peuvent présenter d'autres facteurs de risque comme le syndrome foetal d'alcoolisme ou de toxicomanie. Les enfants qui vivent dans des foyers d'accueil ou des centres d'accueil font souvent l'objet de placements multiples et voient défiler de nombreux travailleurs sociaux⁴. Pour beaucoup de ces enfants extrêmement vulnérables, le changement est la seule constance. Trouver la stabilité et des familles aimantes peut faire une énorme différence dans leur vie – et dans leur aptitude à développer leur plein potentiel et à devenir des membres productifs de la société.

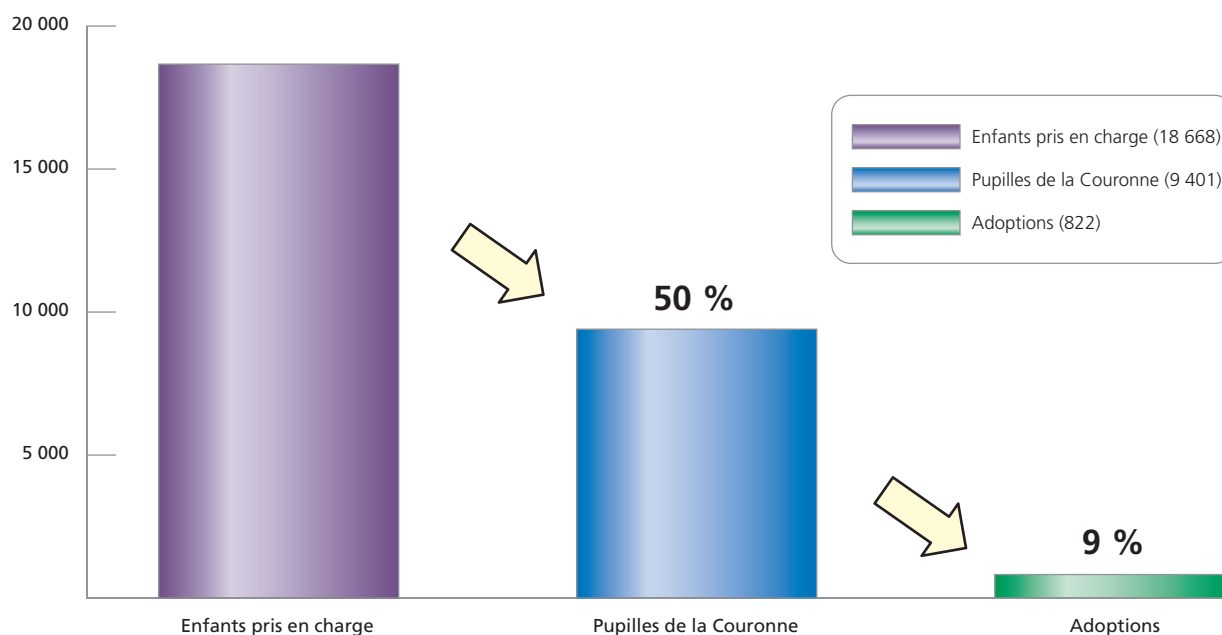
« Il y a des enfants en Ontario qui n'ont pas de foyer permanent, et cette situation est entièrement attribuable à la complexité du système. »

– Personne interrogée

Les fournisseurs de services d'adoption des SAE nous ont dit qu'ils n'avaient pas les ressources dont ils ont besoin pour faire le travail qu'ils aimeraient faire.

À notre avis, **le problème central systémique vient du fait que l'adoption n'est pas la priorité des SAE – ni ne devrait l'être**. La protection des enfants est leur priorité, et avec raison. Environ 2 % seulement du financement des SAE est consacré à l'adoption, et les travailleurs des SAE nous disent eux-mêmes que les ressources qui se consacrent à l'adoption varient grandement d'une société à l'autre⁵.

Enfants pris en charge, pupilles de la Couronne et adoptions en Ontario, 2007-2008



Source : Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

De plus, **il existe d'importants obstacles politiques et juridiques** qui empêchent l'adoption de nombreux pupilles de la Couronne. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Dans le système de bien-être de l'enfance en 2007-2008 :

- Il y avait 18 668 enfants confiés à des SAE.
- Parmi les enfants pris en charge, environ 50 % d'entre eux (9 401) étaient des pupilles de la Couronne (ce qui signifie qu'une SAE était devenue le « parent juridique » de l'enfant).
- Seulement 9 % (822) des 9 401 pupilles de la Couronne ont été adoptés⁶.

Le coût pour grandir en famille d'accueil est trop élevé, non seulement pour les enfants eux-mêmes, mais pour tous les Ontariens. Le placement en famille d'accueil constitue avant tout une solution temporaire pour les enfants pris en charge et non la destination finale pour des milliers de pupilles de la Couronne – la vaste majorité d'entre eux ne seront pas réunis avec leurs familles biologiques. Pour beaucoup d'enfants, le placement en famille d'accueil n'offre pas la garde permanente; en 2006, 35 % des pupilles de la Couronne qui étaient sous tutelle depuis plus de deux ans ont été placés dans trois familles ou plus. L'instabilité est coûteuse pour l'enfant sur le plan affectif et pour l'ensemble des Ontariens. On estime que le coût moyen de prise en charge d'un pupille de la Couronne par la province est de 32 000 \$ par année⁷. Comme des adolescents pris en charge nous l'ont dit, ils n'ont pas de stabilité, pas d'encadrement constant par un adulte, ni de certitude – ils ne savent pas quelle sera leur prochaine destination. Nous ne pouvons pas accepter le fait que c'est la façon dont grandissent des milliers d'enfants en Ontario – particulièrement lorsqu'il existe des solutions plus avantageuses et moins coûteuses.

Un tribunal peut faire d'un enfant un pupille de la Couronne lorsque la réunification avec la famille biologique s'est révélée un échec ou inappropriée. Lorsqu'un enfant devient un pupille de la Couronne, la province assume les droits et les responsabilités d'un parent. Au nom de la province, les SAE exercent ces responsabilités et droits parentaux pour l'enfant.

L'un des principaux obstacles pour changer l'adoption publique est la façon de penser en ce qui concerne l'adoption – des attitudes négatives à propos des pupilles de la Couronne et le scepticisme quant à l'existence de familles prêtes à les adopter. La croyance veut que les familles qui se tournent vers l'adoption « s'intéressent uniquement aux jeunes enfants blancs en bonne santé » et que la plupart des enfants confiés aux SAE ont des besoins spéciaux, sont âgés de plus de trois ans et, par conséquent, ne sont « pas adoptables ». Les travailleurs en adoption nous ont dit qu'il existait des tensions au sein des agences lorsque les travailleurs en protection de l'enfance n'envisagent pas l'adoption pour les enfants qui leur sont confiés, plus particulièrement lorsqu'ils sont plus âgés. Les travailleurs en adoption nous ont également dit qu'il arrive parfois que les tribunaux imposent des tutelles avec ordonnance portant sur le droit de visite (des familles biologiques), empêchant ainsi l'adoption, simplement parce qu'on ne croit pas qu'il existe des familles en Ontario qui seraient prêtes à accepter des enfants autres que des nouveau-nés ou des bébés.

Cependant, les programmes mis sur pied pour placer les enfants plus âgés et les enfants ayant des besoins spéciaux ont beaucoup de succès. Par exemple, le site Web et la banque de données AdoptOntario de l'Adoption Council of Ontario (ACO) ont réussi à jumeler des enfants avec des familles adoptives. Parmi les photos de 260 enfants publiées sur le site depuis janvier 2006, 130 (50 %) ont été retirées du site à la suite d'une adoption⁸. L'Échange des ressources en matière d'adoption (ERA), un événement public où les familles intéressées par l'adoption peuvent visionner des présentations, consulter les profils des enfants en attente et rencontrer des travailleurs en adoption partout dans la province, affiche une feuille de route assez impressionnante. L'ACO nous a indiqué que

le taux approximatif de placement des enfants dont les profils sont présentés lors des événements ERA est de 75 %⁹. Il est important de souligner que la plupart des enfants figurant sur le site AdoptOntario et dont le profil était communiqué lors des événements ERA étaient des enfants plus âgés ou ayant des besoins spéciaux. Nous reconnaissons que pratiquement tous les profils des enfants ont été publiés parce que leur SAE a été incapable de leur trouver un foyer en Ontario pour diverses raisons.

Wendy's Wonderful Kids – trouver des familles pour des enfants difficiles à placer

Le programme Wendy's Wonderful Kids (WWK) est financé par la Dave Thomas Foundation for Adoption. Les programmes WWK ont démontré qu'il était possible de trouver des foyers adoptifs aimants et permanents pour des enfants « difficiles à placer » des services publics aux États-Unis, en Colombie-Britannique et ici même en Ontario.

Le succès des programmes dans d'autres endroits indique également que les idées préconçues au sujet des enfants qui sont adoptables et de ceux qui ne le sont pas sont désuètes et inexactes. La campagne « You Gotta Believe » de l'État de New York, le « Homecoming Project » du Minnesota et le programme « Wendy's Wonderful Kids » ici même en Ontario prouvent que l'âge et les besoins spéciaux ne sont pas des obstacles insurmontables à l'adoption^{10, 11}.

Des pratiques novatrices comme l'Adoption Register (registre d'adoption) en Angleterre et au Pays de Galles démontrent le potentiel des banques de données obligatoires, centralisées. En 2007, ce registre d'adoption a jumelé 199 enfants avec des familles. Parmi ces enfants, 49 % faisaient partie d'une fratrie. Le nombre d'enfants pris en charge par l'entremise du registre d'adoption avait augmenté de 26 % par rapport à l'année précédente alors que le nombre total d'enfants pris en charge en adoption avait chuté¹².

Nous sommes grandement troublés par le fait que malgré la preuve de l'efficacité des programmes et des outils conçus pour jumeler les enfants « difficiles à placer » avec des familles, très peu de pupilles de la Couronne figurent sur le site AdoptOntario et possèdent un profil dans ERA.

L'autre obstacle de taille pour faire augmenter l'adoption publique est la **complexité des processus de bien-être de l'enfance**. En Ontario, la loi en vigueur crée deux catégories de pupilles de la Couronne : ceux qui font l'objet d'une ordonnance portant sur le droit de visite (aux parents biologiques ou aux autres membres de la famille biologique) et ceux qui ne le font pas¹³. La loi de l'Ontario stipule que les **pupilles de la Couronne qui font l'objet d'une ordonnance portant sur le droit de visite ne peuvent pas être adoptés**. Actuellement, parmi les pupilles de la Couronne sous tutelle depuis plus de deux ans, près de 75 % d'entre eux font l'objet d'une ordonnance portant sur le droit de visite. Au total, 99 % des pupilles de la Couronne dont les dossiers ont été revus en 2007 n'avaient pas de plans de garde permanente qui prévoyaient la réunification avec leurs familles biologiques¹⁴. D'après nous, les droits d'accès ont pour effet de coincer les pupilles de la Couronne dans le système plutôt que de leur donner une possibilité de garde permanente sous forme d'adoption.

Il y a trop de familles en attente

Il n'existe pas de renseignements précis sur le nombre de familles en Ontario qui attendent d'adopter par l'entremise des trois services d'adoption. Cependant, nous savons que l'an dernier les SAE ont effectué plus de 1 200 études du milieu familial auprès de familles qui voulaient adopter, et de nombreuses autres familles ont fait faire leurs études du milieu familial et ont suivi la formation parentale au privé¹⁵.

Ironiquement, le système d'adoption actuel en Ontario ne tient pas compte des besoins des familles.

Les familles adoptives et les familles adoptives éventuelles nous ont dit maintes fois qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir des renseignements précis sur les différents services de la province et sur ce à quoi il faut s'attendre lorsque l'on entre dans le système. Il n'existe pas de bureau central pour compiler les dernières recherches, les renseignements sur l'adoption et les services offerts dans la province. De plus, les processus ne sont pas transparents – la raison d'être des politiques et pratiques en matière d'adoption n'est pas claire et il arrive parfois que les règles diffèrent selon le type d'adoption recherché et l'agence qui fournit les services. Les parents adoptifs éventuels se sentent souvent exclus ou se découragent et renoncent à l'adoption. Cependant, les commentaires des familles étaient divergents et mettaient en relief les variations et l'absence de normalisation des services d'adoption à l'échelle de la province. Les expériences des familles dépendaient de nombreux facteurs : le service d'adoption utilisé parmi les trois services existants, les travailleurs rencontrés, leurs antécédents sociaux et culturels, et leurs propres attentes à l'égard du processus d'adoption d'un enfant.

« Le gouvernement n'offre pas un service téléphonique permettant de poser des questions et de parler à des personnes neutres. Vous ne pouvez pas poser ces questions à votre travailleur social, car elles pourraient être retenues contre vous. »

– Personne interrogée

Les fournisseurs de services d'adoption nous ont donné un bon aperçu du système, tant du point de vue de ce qui fonctionne bien et de ce qui ne fonctionne pas. Les titulaires de permis et les intervenants nous ont dit que l'accès à des services souples, novateurs et personnalisés était la plus grande force des services d'adoption privée au pays et internationale, alors que leurs faiblesses comprenaient les coûts pour les familles adoptives et le manque de collaboration entre les services. Les travailleurs des services d'adoption publique nous ont dit que le point fort de leurs services était la priorité accordée aux besoins de l'enfant, alors que la faiblesse la plus criante était le manque de ressources.

Ces types de faiblesse font de l'adoption un processus plus complexe et plus coûteux que nécessaire. Le placement d'enfants hautement vulnérables qui pourraient bénéficier grandement d'un placement rapide est retardé et même compromis^{16, 17}.

Le problème, c'est le système et non les personnes

Étant donné le nombre d'enfants et de familles en attente, il est clair qu'il y aurait beaucoup plus d'adoptions en Ontario si les services d'adoption fonctionnaient mieux. En fait, nous croyons qu'en apportant d'importants changements au système, **l'Ontario pourrait doubler le nombre d'adoptions de pupilles de la Couronne en l'espace de cinq ans.**

À notre avis, le problème ne vient pas des *personnes* qui participent au processus d'adoption. La grande majorité des fournisseurs de services d'adoption, des SAE, des intervenants du secteur privé et des titulaires de permis aimeraient que les services d'adoption en Ontario soient les meilleurs possibles. Ils veulent faire ce qui est bien pour les enfants en attente d'adoption, pour les parents biologiques qui envisagent l'adoption et pour les parents éventuels qui souhaitent fonder leur famille par l'adoption. Nous avons vu des agences communautaires – comme l'ACO, le programme AdoptOntario, le comité ERA, le programme Wendy's Wonderful Kids, la London Coalition of Adoptive Families et le North American Council on Adoptable Children (NACAC) – qui ont travaillé de concert avec des intervenants pour améliorer les services d'adoption en Ontario.

« Le système ne fonctionne pas, mais il compte de très bons employés. »

– Personne interrogée

Le problème principal est la nature « fragmentée » des services d'adoption en Ontario. Les services ne sont pas structurés d'une façon judicieuse pour les enfants ou les familles, ni même pour les fournisseurs de services. En réalité, **il n'y a vraiment pas de système**. Les fournisseurs de services ont tendance à exercer leurs

activités individuellement, souvent moyennant quelques échanges entre eux. Les politiques, la loi, les lignes directrices et les normes en matière d'adoption ne sont pas fondées sur la recherche courante ou sur les meilleures pratiques et, dans bien des cas, elles ne reflètent pas la réalité de l'adoption – ou la diversité de la province. De plus, des renseignements insuffisants sont recueillis au sujet des services et des résultats pour les enfants et les familles. Sans recherche fondée sur des preuves, il est difficile de planifier des services complets d'adoption qui anticipent et satisfont pleinement les besoins des enfants, des familles et des fournisseurs de services.

Deborah et Kristoff se sont mariés dans la trentaine et ont décidé de fonder leur famille en passant par l'adoption. Dans un premier temps, ils ont eu du mal à trouver des renseignements sur les différentes options d'adoption offertes en Ontario. Puis ils ont commencé à discuter avec des familles qui avaient adopté des enfants et ont trouvé des renseignements sur Internet. Ils ont communiqué avec la SAE de leur région et ont trouvé le premier entretien décourageant – au sujet du temps d'attente et du type de besoins que pourrait avoir un enfant. Cependant, ils ont fait connaissance avec d'autres familles qui avaient adopté par l'entremise d'une SAE et ont alors demandé d'être considérés comme des parents adoptifs potentiels. Ils ont dû attendre plus d'un an pour commencer le processus de formation parentale et d'étude du milieu familial. Le temps d'attente les a surpris parce que des amis dans une collectivité voisine ont présenté une demande à la SAE de leur région à peu près au même moment et avaient terminé leur formation parentale et leur étude du milieu familial dans les six mois qui ont suivi. Pour accélérer le processus, Deborah et Kristoff ont demandé s'ils pouvaient faire effectuer leur étude du milieu familial au privé, mais on leur a déconseillé de le faire.

L'année suivant celle où Deborah et Kristoff ont finalement été approuvés pour adopter, la SAE les a appelés au sujet de Kara, une enfant de cinq ans qui vivait en famille d'accueil. Elle avait été prise en charge en raison de négligence. Elle accusait un retard de développement. Lorsqu'elle a été prise en charge par la SAE à l'âge de quatre ans, elle n'avait pas encore franchi plusieurs étapes clés du développement. Pendant l'année suivant sa prise en charge, la SAE a travaillé avec les parents naturels de Kara en vue d'un retour possible à la maison. Lorsque la SAE a déterminé que les parents biologiques ne pouvaient pas prendre soin d'elle, elle s'est adressée au tribunal pour une mise en tutelle.

Pendant son séjour en famille d'accueil, Kara a fait d'importants progrès et a démontré qu'elle était très intelligente – mais, en raison de la désorganisation de ses premières années d'existence, il a été déterminé qu'elle avait besoin d'une famille pouvant lui assurer structure et stabilité.

Deborah et Kristoff avaient très hâte d'adopter Kara. Alors qu'ils s'inquiétaient de ne pas disposer de toutes les compétences nécessaires pour fournir le soutien dont Kara avait besoin, le travailleur en adoption les a rassurés en leur disant que tout ce dont Kara avait le plus besoin était d'un foyer permanent. Deborah et Kristoff ont accepté. Kara a maintenant 15 ans, est une première de classe et une musicienne accomplie.

Kara continue d'avoir besoin d'une certaine structure et d'ordre dans sa vie, mais elle se développe bien. Lorsque Kara a eu neuf ans, Deborah et Kristoff ont adopté un autre enfant par l'entremise de la SAE; Ethan, un garçon de quatre ans.

L'Ontario peut faire mieux – l'Ontario doit faire mieux

Le statu quo est inacceptable. Nous voulons une province où les enfants qui ont besoin de foyers les trouvent le plus rapidement possible et où les familles qui veulent adopter puissent avoir accès rapidement aux renseignements et aux services. Nous sommes convaincus qu'il y aurait plus d'adoptions si le système fonctionnait mieux. L'Ontario peut et doit construire un système de première classe dans lequel :

Tous les enfants qui ont besoin d'une famille sûre, aimante et permanente ont la meilleure chance possible d'en trouver une.

L'âge et les besoins spéciaux ne sont pas considérés comme des obstacles insurmontables à l'adoption.

Les choix faits par les familles sont respectés – sans égard au service d'adoption choisi ou à leurs raisons pour fonder une famille en ayant recours à l'adoption.

Toutes **les familles adoptives éventuelles sont traitées comme des ressources précieuses** et reçoivent des renseignements clairs et exacts sur toutes les formes d'adoption.

Les **processus d'adoption sont simplifiés et accélérés**, afin que les enfants et les parents adoptifs soient réunis le plus rapidement possible.

Les contacts ou les communications avec la famille biologique **ne doivent pas être un obstacle à l'adoption** lorsque c'est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Familles adoptives – **les parents et les enfants** – **reçoivent les services de soutien dont ils ont besoin**, même après l'adoption.

Les renseignements sur les services et les résultats sont recueillis et font l'objet d'une étude constante pour continuer d'améliorer l'adoption pour les enfants et les familles.

« Avant d'être adopté, je n'avais pas de sentiment d'appartenance. Je rêvais d'établir des liens! Je voulais une mère, c'est tout ce que je voulais. Je voulais être aimé. »

– Adulte adopté

Les jeunes nous ont clairement indiqué qu'il était important de garder ouvertes les voies de communication avec les familles biologiques et les familles élargies lorsque ces contacts existent, mais que ceux-ci ne devraient pas les empêcher d'être adoptés.

Afin d'offrir un système d'adoption de première classe, l'Ontario doit passer à l'action maintenant. Nous demandons instamment au gouvernement de :

1. Créer une agence d'adoption provinciale qui offrirait des services locaux pour :

- Fournir à toutes les familles intéressées **les renseignements dont elles ont besoin** pour envisager l'adoption.
- Travailler avec les SAE afin d'**élaborer rapidement des plans d'adoption appropriés** pour les enfants pris en charge.
- **Trouver des familles** pour les pupilles de la Couronne plus âgés et les pupilles de la Couronne ayant des besoins spéciaux.

- **Jumeler** les pupilles de la Couronne avec des familles.
- Fournir aux familles biologiques et aux familles adoptives **le soutien nécessaire pour négocier et maintenir la communication** lorsque c'est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
- Aider les familles tout au long du processus d'adoption et **une fois l'adoption finalisée**.

2. Mettre au point des outils pour gérer le système d'adoption :

- Établir des **politiques et des lois** pour tous les services d'adoption afin de réduire les obstacles à l'adoption.
- S'assurer, lorsque c'est sécuritaire et approprié, que **le contact ou la communication avec les familles biologiques ne sont pas un obstacle à l'adoption**.
- Fournir une **orientation et une supervision cohérentes**; et encourager **la collecte individuelle de données anonymes** afin de faire un suivi auprès des enfants adoptés.
- Établir un **mécanisme de gestion des plaintes** afin que les familles biologiques, les familles adoptives éventuelles, les parents adoptifs et les enfants adoptés qui ne sont pas satisfaits des services reçus puissent se faire entendre.

3. Accorder un financement adéquat pour composer avec les réalités de l'adoption :

- Créer des **aides financières pour la planification de la permanence**.
- Fournir du financement à l'agence d'adoption provinciale afin qu'elle puisse s'acquitter de toutes **les tâches désignées en matière d'adoption**.
- Garantir le financement nécessaire pour **maintenir les prestations** pour les pupilles de la Couronne plus âgés et les pupilles de la Couronne ayant des besoins spéciaux.

Limitation de ces recommandations

Nous reconnaissons pleinement que l'élaboration de toute recommandation pour les enfants des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain doit être le résultat d'une collaboration entre le gouvernement et les autorités, organisations, communautés et fournisseurs de services des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain.

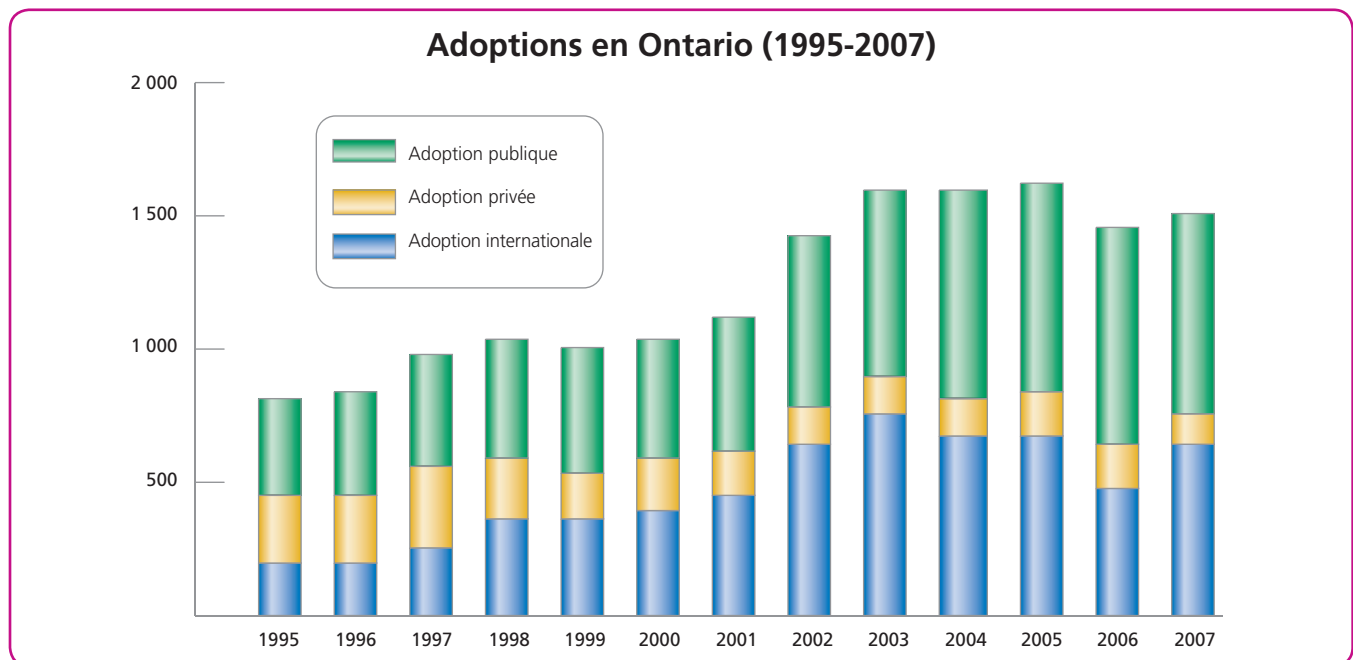
Nous reconnaissons qu'il sera nécessaire pour le gouvernement de travailler en partenariat avec ces groupes pour déterminer si notre rapport a des conséquences sur le bien-être des enfants des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain.

ADOPTION EN ONTARIO – LES NOTIONS ÉLÉMENTAIRES

Trois options s'offrent aux Ontariens qui veulent fonder ou agrandir leur famille par l'adoption : l'adoption publique, l'adoption privée au pays et l'adoption internationale. Les trois services d'adoption sont réglementés par le gouvernement provincial et, dans tous les cas, l'intérêt supérieur de l'enfant est réputé être la priorité¹⁸.

Les tendances en matière d'adoption en Ontario ont changé considérablement avec le temps et continuent de changer. Au cours de la dernière décennie, par exemple, on a constaté un recul du nombre d'adoptions privées au pays et une légère augmentation des adoptions internationales et publiques. En Ontario, comme dans bon nombre d'autres endroits, il y a beaucoup moins de nouveau-nés en attente d'adoption qu'il y a quelques dizaines d'années, et plus de familles choisissent d'adopter dans des pays comme la Chine et, plus récemment, l'Éthiopie¹⁹.

Chaque année depuis cinq ans, **environ** 1 600 enfants ont été adoptés par des familles ontariennes par l'intermédiaire de l'un de ces trois services. Le nombre le plus important – plus de 800 par année – sont les adoptions publiques, suivies d'environ 650 adoptions internationales et 150 adoptions privées au pays.



Sources : Système d'information Adoptions et pupilles de la Couronne, Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario et Citoyenneté et Immigration Canada, *Faits et chiffres*.

Nota : Le système sur les adoptions et les pupilles de la Couronne est mis à jour régulièrement sur réception des ordonnances d'adoption finales des tribunaux provinciaux. Ces données ont été étoffées avec les données statistiques sur les adoptions internationales de Citoyenneté et Immigration Canada

Les Ontariens qui choisissent d'adopter et pourquoi

Les Ontariens – hétérosexuels et homosexuels, ainsi que les célibataires, avec ou sans enfants – choisissent de fonder une famille ou d'agrandir leurs familles par l'adoption pour différentes raisons. Certains veulent aider un enfant dans le besoin. D'autres ont essayé les services de procréation assistée avant de tenter d'adopter ou de se tourner immédiatement vers l'adoption.

Certaines familles adoptent un enfant qui fait déjà partie de leur famille. Certaines sont des familles d'accueil qui prennent soin d'un enfant et qui en sont venues à le considérer comme un membre de leur famille pour la vie.

« Je n'ai jamais pensé que le fait d'être lesbienne pouvait m'empêcher d'avoir un enfant. »

– Personne interrogée

Peu importe la raison pour laquelle elles veulent adopter, les familles ne prennent pas la décision à la légère. Les familles nous ont dit avoir longuement réfléchi au sujet de l'adoption et que cette décision est un changement marquant dans leur vie. Dans tous les cas, elles disaient vouloir s'assurer que l'adoption était dans l'intérêt supérieur de l'enfant – qu'elles aient recours à des services d'adoption publique, d'adoption privée au pays ou d'adoption internationale.

Alors qu'elle était au début de la trentaine, on a diagnostiqué chez Nichelle des problèmes de fertilité. Elle et son partenaire Kofi étaient bouleversés et ne voulaient en parler à personne en raison des préjugés sur l'infertilité. Puis ils ont commencé à en parler à leur famille et à leurs amis. Lorsqu'une jeune femme de leur entourage est tombée enceinte, elle a demandé à Nichelle et Kofi s'ils pouvaient adopter son bébé. Ils ont accepté. Ils ont été dirigés vers un intervenant du secteur privé qui les a aidés à faire faire l'étude du milieu familial et à suivre leur formation parentale, et à un titulaire de permis qui a conseillé la mère biologique et s'est occupé de tous les aspects juridiques de l'adoption. Quelques jours après sa naissance, Alika a été confiée à Nichelle et Kofi. La mère d'Alika continue de faire partie de leur vie. Nichelle estime que son expérience face à l'adoption a été beaucoup plus facile que pour bien d'autres personnes parce qu'elle connaissait la mère biologique. Cependant, le processus et les formalités étaient complexes; l'expérience était éprouvante sur le plan émotif et les coûts étaient plus élevés que prévu.

Les enfants qui ont besoin de foyers permanents

Les enfants adoptés par des familles ontariennes se situent habituellement dans l'un des quatre groupes suivants :

| Adoption publique | Adoption privée au pays | Adoption internationale | Adoption intrafamiliale |
|--|---|---|---|
| <p>L'âge varie de nouveau-nés à adolescents. Les enfants sont habituellement en attente d'adoption parce qu'ils ont été pris en charge par une SAE ou ont été faits pupilles de la Couronne par le tribunal.</p> <p>Chaque année, un plus petit nombre de parents biologiques offrent volontairement leurs enfants en adoption auprès d'une SAE (environ 5 % des adoptions publiques).</p> | <p>Habituellement, les nouveau-nés ou les enfants dont les parents biologiques, pour des raisons personnelles, veulent faire un plan d'adoption pour leur enfant.</p> <p>Les enfants qui à la suite d'une procédure juridique sont adoptés par un conjoint du parent.</p> | <p>Habituellement, les tout-petits ou les jeunes enfants de l'extérieur du Canada dont les parents biologiques ne peuvent pas leur fournir un foyer sécuritaire et stable. Ces enfants sont généralement confiés à un orphelinat ou sont pris en charge par l'État.</p> | <p>L'âge varie – ces enfants vivent en Ontario ou à l'extérieur de la province et sont adoptés par des personnes apparentées qui vivent en Ontario.</p> |

Qui fournit des services d'adoption en Ontario?

Les services d'adoption privée au pays et d'adoption internationale sont dispensés par environ 38 personnes ou agences (titulaires de permis) qui détiennent un permis délivré par le gouvernement en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* (LSEF) ou de la *Loi de 1998 sur l'adoption internationale* (LAI). Les titulaires de permis internationaux doivent connaître les programmes d'adoption du pays en particulier et veiller à ce que toutes les exigences légales soient respectées en Ontario et dans le pays d'origine de l'enfant.

La loi sur l'adoption en Ontario

Les règles sur l'adoption par des résidents ontariens sont édictées par deux lois : la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* et la *Loi de 1998 sur l'adoption internationale*.

L'Ontario oblige toutes les familles adoptives éventuelles à suivre une formation parentale et à faire faire une étude du milieu familial. Outre les travailleurs des SAE qui ont été approuvés pour donner la formation parentale et effectuer les études du milieu familial, il existe 110 *intervenants en adoption* dans la province qui ont été approuvés pour donner la formation et faire l'étude du milieu familial en privé. Les intervenants en adoption approuvés sont des travailleurs sociaux ou d'autres

professionnels possédant une vaste expérience en adoption ou en services de bien-être de l'enfance.

Les services d'adoption publique font partie du vaste système de services de bien-être de l'enfance. Chacune des 53 SAE de la province a été mandatée par le gouvernement pour fournir des services de bien-être de l'enfance, y compris la protection et l'adoption des enfants. Les SAE sont des agences sans but lucratif dont les membres du conseil d'administration sont élus localement. Elles sont assujetties à la réglementation et financées en grande partie par la province. Six SAE ontariennes sont autochtones et trois sont confessionnelles (deux catholiques et une juive).

De nombreuses décisions importantes sur la façon de fournir des services de bien-être de l'enfance sont prises indépendamment, à l'échelle régionale. L'adoption n'est que l'une des options de garde permanente offertes aux enfants confiés à une SAE. Parmi les autres options, citons la garde juridique, la garde intrafamiliale, la garde coutumière et l'accueil familial²⁰.

Combien coûte l'adoption?

La principale différence entre les trois services d'adoption en Ontario est le coût pour les parents adoptifs. Parce que le système de bien-être de l'enfance est financé par des fonds publics, les coûts pour les familles qui adoptent des pupilles de la Couronne sont inexistantes ou minimes – les coûts se limiteront surtout aux honoraires d'un conseiller juridique indépendant que les familles pourraient consulter.

Les familles qui traitent avec des services d'adoption privée au pays ou des services d'adoption internationale doivent prendre en charge les coûts liés à l'adoption, y compris la formation parentale (PRIDE) et l'étude du milieu familial (SAFE), les services du titulaire de permis, les honoraires juridiques et les frais administratifs. Dans le cas de l'adoption privée, les familles paient également les frais de consultation pour les parents biologiques. Dans le cas de l'adoption internationale, les familles paient les frais exigés par le titulaire de permis et les frais de voyage pour rencontrer l'enfant et le ramener à la maison.

D'après les familles adoptives, les coûts d'une adoption privée peuvent être de l'ordre de 20 000 \$ à 30 000 \$, alors qu'une adoption internationale peut coûter jusqu'à 60 000 \$.

« Cela représente environ 60 000 \$ qui auraient pu servir à rembourser le prêt hypothécaire. Mais cela en valait la peine pour nos enfants. »

– Sujet interrogé

Pour contrebalancer ces coûts, les familles peuvent inclure les frais d'adoption dans leur déclaration de revenus, y compris les frais payés à une agence d'adoption autorisée, les frais judiciaires, les frais juridiques et administratifs, ainsi que les frais de voyage et d'hébergement raisonnables dans le cadre

d'une adoption internationale. Les gouvernements fédéral et provincial offrent un crédit d'impôt non remboursable pour les frais d'adoption.

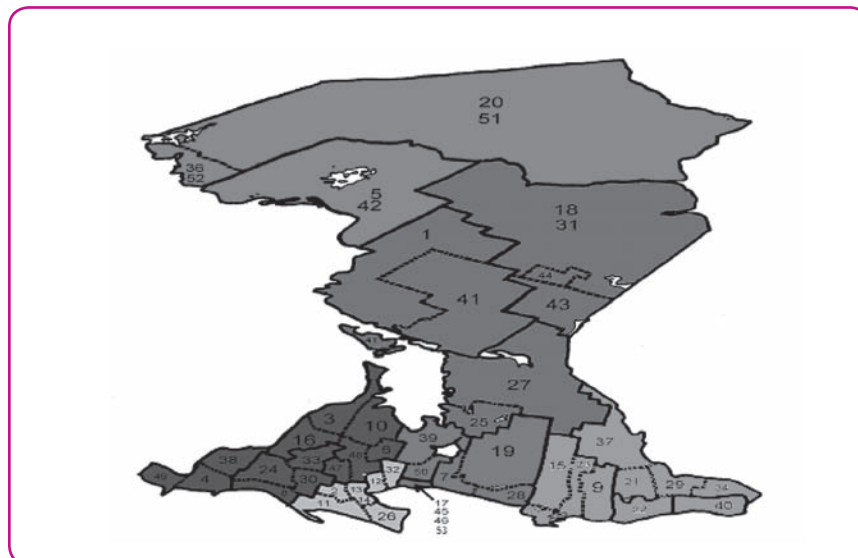
En résumé, les trois services d'adoption en Ontario sont :

| Adoption publique | Adoption privée au pays | Adoption internationale |
|---|--|--|
| <p>Services fournis par les SAE.</p> <p>La plus grande partie du coût des services d'adoption publique est payée par le gouvernement.</p> | <p>Services fournis par des titulaires de permis – le gouvernement doit approuver toutes les propositions d'adoption.</p> <p>Le coût de ces services est payé par les familles adoptives et varie entre 20 000 \$ et 30 000 \$, y compris les frais liés aux processus de formation parentale et d'étude du milieu familial.</p> | <p>Services fournis par les titulaires de permis – le gouvernement doit approuver tous les demandeurs en vertu de la LAI avant que la demande puisse être acheminée vers un autre pays.</p> <p>Le coût de ces services est payé par les familles adoptives et varie entre 30 000 \$ et 60 000 \$, y compris les frais liés aux processus de formation parentale et d'étude du milieu familial.</p> |

LA VOIE À SUIVRE

Au cours de notre étude des services d'adoption en Ontario, trois grands thèmes sont ressortis : le système manque de coordination, la prestation de services est inégale et ne tient pas suffisamment compte des besoins des enfants et des familles. Nous sommes particulièrement préoccupés par la grande différence dans la prestation des services d'adoption fournis par les SAE et nous croyons que cela s'explique principalement par le fait que l'adoption n'est pas la priorité des SAE – et ne devrait pas l'être.

Nous ne croyons pas pouvoir moderniser les services d'adoption publique tels qu'ils existent actuellement en Ontario. La mesure du succès de tout service d'adoption publique est le nombre d'enfants en attente d'adoption qui trouvent des familles pour la vie – et, suivant cette mesure, le système actuel ne fonctionne tout simplement pas. Cela n'est pas surprenant étant donné la décentralisation et le manque d'uniformité. Répartir la responsabilité de l'adoption des pupilles de la Couronne entre 53 SAE, sans normes ni directives claires et uniformes, ne peut pas être efficace. La décentralisation actuelle des services d'adoption publique en Ontario est illustrée par la répartition régionale et locale des 53 SAE dans le tableau ci-après.



La responsabilité première des SAE consiste à fournir un éventail de services de prévention et de protection de l'enfance. Naturellement, évaluer les risques et éviter que l'on fasse du mal aux enfants – souvent une question de vie ou de mort – sont les tâches prioritaires quotidiennes des SAE. Cependant, dans un monde où les ressources sont limitées, la possibilité d'adoption se perd au milieu des requêtes toutes plus urgentes les unes que les autres, et n'est souvent pas un service de haute priorité. Les services d'adoption ne représentent qu'une fraction des services de bien-être de l'enfance que les SAE fournissent pour le compte de la province. En 2007-2008, ils représentaient environ 2 % seulement des plus de 1,3 milliard de dollars dépensés chaque année en Ontario pour les services de bien-être de l'enfance²¹.

Les services de bien-être de l'enfance fournis par les 53 SAE mandatées en Ontario comprennent :

Services de prévention pour consolider les familles, y compris l'intervention en cas de crise, des conseils et autres services pour prévenir les mauvais traitements infligés aux enfants et la négligence.

Services de protection de l'enfance, y compris des rapports d'enquêtes sur des cas de mauvais traitements ou de négligence et le placement d'enfants sous surveillance judiciaire.

Mise en œuvre de programmes de soins pour les enfants, y compris le placement en famille d'accueil, et la prestation de services de soutien aux parents biologiques pour les aider à retrouver la garde de leurs enfants.

Planification de la garde permanente pour les enfants qui deviennent des pupilles de la province, y compris la planification de l'adoption.

Comme les SAE mettent l'accent sur la protection des enfants, il est difficile pour des parents adoptifs d'obtenir l'information dont ils ont besoin sur l'adoption et même d'entreprendre des démarches d'adoption. De nombreuses personnes nous ont dit qu'elles se sont senties comme des menaces potentielles plutôt que des ressources précieuses pour les enfants qui ont besoin d'une famille aimante. De plus, les SAE ont tendance à rechercher dans leurs propres territoires des familles pour adopter les pupilles de la Couronne qui leur ont été confiés. Il arrive parfois que cela fonctionne, mais la plupart du temps, ce n'est pas le cas – et se limiter au territoire comme principal critère pour déterminer la pertinence d'un jumelage adoptif n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Pour terminer, il est clair qu'il existe une composante fiscale à l'adoption. Sans tenir compte des avantages inestimables pour les enfants et les familles, **l'adoption coûte moins cher à long terme que la prise en charge des enfants par le système public**^{22, 23}. Lorsque l'adoption est possible et souhaitable, il est avantageux de le faire le plus rapidement possible.

Ceci ne sera possible qu'avec la mise sur pied d'une agence centrale consacrée uniquement à l'adoption – et qui s'assure que les enfants et les familles à l'échelle de la province ont tous accès rapidement à des services d'adoption. Il est simplement inacceptable de laisser des enfants en famille d'accueil en raison de la façon désuète, inefficace et décentralisée de fournir des services d'adoption. Leurs vies valent plus et nous leur devons bien ça – ainsi qu'aux familles qui veulent fournir des foyers aimants – établir la nouvelle voie à suivre.

1. CRÉER UNE AGENCE D'ADOPTION PROVINCIALE

Nous demandons instamment au gouvernement de créer une agence d'adoption provinciale (AAP) centralisée qui offrirait des services en région pour :

- **Fournir à toutes les familles intéressées les renseignements dont elles ont besoin** pour envisager l'adoption.
- Travailler avec les SAE afin d'**élaborer rapidement des plans d'adoption appropriés** pour les enfants pris en charge.
- **Trouver des familles** pour les pupilles de la Couronne plus âgés et les pupilles de la Couronne ayant des besoins spéciaux.
- **Jumeler** les pupilles de la Couronne avec des familles.
- Fournir aux familles biologiques et aux familles adoptives **le soutien nécessaire pour négocier et maintenir la communication** lorsque c'est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
- **Aider les familles tout au long du processus d'adoption et une fois l'adoption finalisée.**

À quoi ressemblerait un service provincial d'adoption avec une présence locale

Une AAP avec une présence locale, qui relève du gouvernement, ferait office de bureau central pour les renseignements sur les trois services d'adoption en Ontario et aiderait les familles intéressées par l'adoption à avoir accès aux services dont elles ont besoin. L'agence devrait également gérer la prestation des services d'adoption publique, y compris le jumelage d'enfants disponibles avec des familles adoptives éventuelles, placer les enfants dans des familles et superviser les placements. Il reviendrait à l'agence d'aider les familles adoptives au cours du processus d'adoption publique – du point d'entrée jusqu'aux services après l'adoption – et de fournir des prestations aux familles qui adoptent des pupilles de la Couronne ayant des besoins spéciaux.

Les services seraient fournis en français et en anglais

Nous reconnaissons que, pour servir adéquatement les Ontariens, les services doivent être fournis en français et en anglais. La prestation locale de services signifie répondre aux besoins des membres de la collectivité, et l'agence offrirait les services en français dans les régions appropriées.

Les SAE continueraient de s'occuper des enfants pris en charge. Cependant, les travailleurs locaux de l'AAP œuvrant dans le domaine de l'adoption collaboreraient avec les travailleurs des SAE spécialisés dans le bien-être de l'enfance pour planifier l'adoption des enfants pris en charge, s'il y a lieu, dès le début du processus de planification concomitante et, plus particulièrement, lorsque la SAE demande la mise en tutelle pour un enfant.

L'AAP travaillerait également avec les SAE pour examiner régulièrement les dossiers des pupilles de la Couronne qui ne sont pas dans des situations permanentes, notamment en foyer d'accueil à court

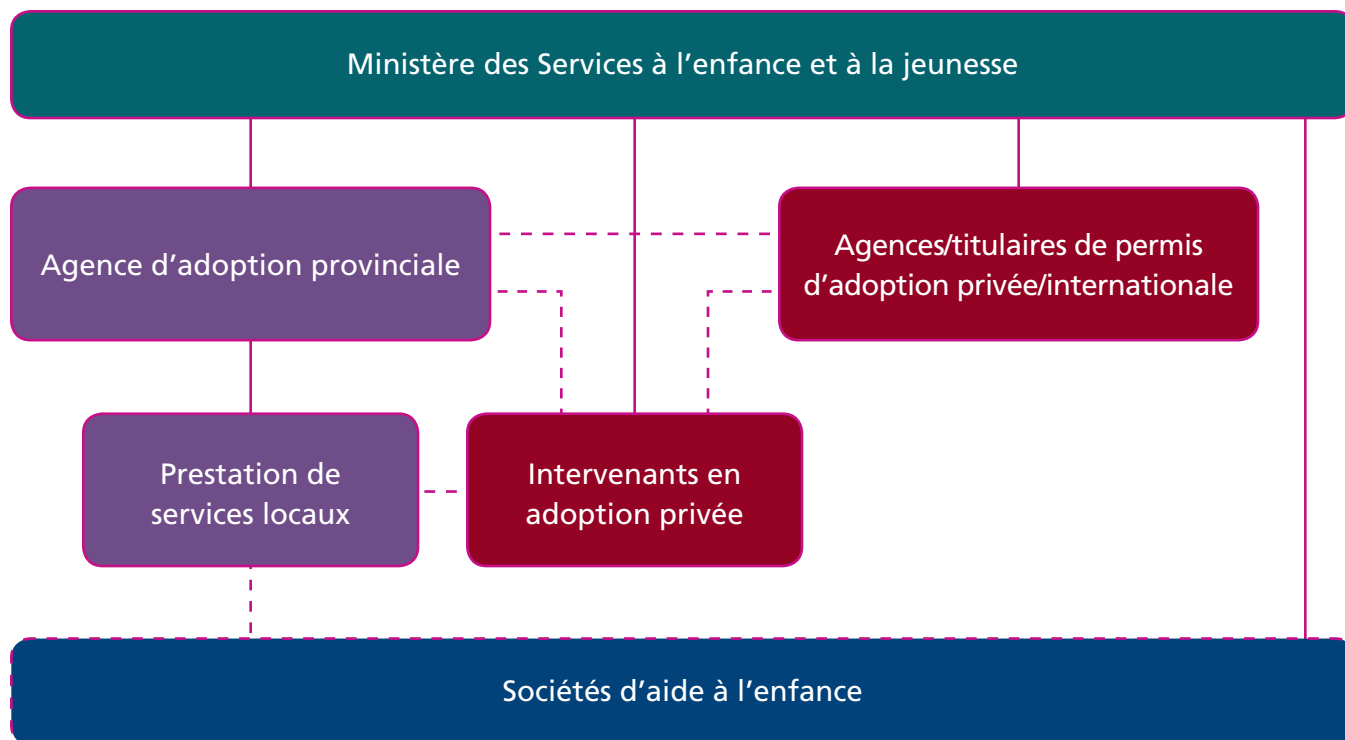
terme, afin de déterminer si l'adoption pourrait constituer une option appropriée pour ces enfants.

Pour faciliter l'entrée des parents adoptifs éventuels dans le système et favoriser l'adoption rapide des pupilles de la Couronne, l'AAP offrirait des services à l'échelle provinciale et locale afin de travailler plus efficacement avec les familles et les SAE.

La question de savoir comment seraient fournis les services et à quel endroit sera finalisée au moment de la mise en œuvre. Lors de l'établissement de son modèle de prestation de services, l'agence devra évaluer les besoins à l'échelle de la province et offrir les services en conséquence.

Les services d'adoption privée au pays et les services d'adoption internationale continueront d'être offerts par des intervenants du secteur privé et des détenteurs de permis qui seront autorisés et régis par le gouvernement. Les familles qui entrent dans le système par l'entremise de l'AAP et qui veulent avoir recours aux services d'adoption privée au pays ou d'adoption internationale seront dirigées vers des intervenants du secteur privé et des titulaires de permis de leur région. Une priorité de l'AAP serait d'établir des relations de collaboration avec les intervenants du secteur privé et les titulaires de permis de la région, afin de mettre sur pied un système provincial plus solide et mieux intégré.

Étant donné son envergure provinciale et parce que son mandat se limiterait à l'adoption, l'AAP fournirait le temps et les ressources nécessaires et mettrait l'accent sur l'adoption, ce que ne peut pas faire le système actuel. L'agence deviendrait un centre d'excellence – un chef de file en matière de communication en effectuant des recherches, en formant des professionnels et en élaborant des services de soutien – pour aider les enfants, les familles adoptives et les familles biologiques à comprendre, à négocier et à maintenir la communication. Avec une présence locale solide, l'agence établirait des relations de travail étroites et des réseaux avec les fournisseurs de services communautaires pour aider les familles avant, pendant et après l'adoption. Nous entrevoyons un système correspondant au diagramme ci-dessous :



En examinant le rôle de l'AAP, nous avons déterminé neuf fonctions clés dans le processus d'adoption. Les chevrons jaunes décrivent les tâches liées aux familles et les chevrons bleus, celles qui sont liées aux enfants :



Entrée dans le système

Le problème : Les renseignements sont difficiles à trouver et l'accès au système n'est pas clair

Un organisme communautaire essaie de combler l'insuffisance d'information

L'Adoption Council of Ontario (ACO), un organisme sans but lucratif, a été créé en 1987 pour aider les Ontariens intéressés à adopter en fournissant des renseignements, des ressources et des programmes. Un site Web, une ligne d'assistance, des documents de référence, des bulletins et des séminaires expliquant « comment adopter » ne sont que quelques-uns des services offerts par l'ACO.

Il est impressionnant de constater ce que cet organisme a été en mesure d'accomplir et de fournir malgré ses ressources limitées.

Les familles – y compris celles qui ont réussi à adopter, celles qui attendent d'être jumelées à un enfant et celles qui ont envisagé l'adoption mais n'y ont pas donné suite – nous ont dit qu'il était très difficile d'obtenir des renseignements clairs, détaillés et objectifs au sujet des trois services d'adoption en Ontario, des différences entre les services, des enfants en attente d'adoption, du coût de l'adoption, des possibilités d'adoption internationale, comme les renseignements sur les pays où les Ontariens adoptent généralement et du temps qu'il faut pour adopter. Certaines familles ont déclaré avoir choisi un service d'adoption au détriment d'un autre par suite de perceptions erronées, de mythes et de renseignements transmis de bouche à oreille. Par exemple, certaines personnes ont choisi l'adoption internationale plutôt que l'adoption publique parce qu'elles avaient entendu dire que l'adoption publique était très compliquée et pouvait prendre de nombreuses années. Finalement, le lieu où habitaient les familles avait une incidence directe sur leur capacité d'accéder aux services.

Certaines familles ont déclaré qu'elles avaient le sentiment que certains titulaires de permis d'adoption privée au pays et d'adoption internationale étaient en compétition les uns avec les autres et qu'il était par conséquent plus difficile de déterminer l'orientation à suivre. D'autres nous ont dit que rencontrer les différentes agences d'adoption internationale pour étudier les diverses options faisait augmenter les coûts d'un processus déjà onéreux.

Nous avons entendu à maintes reprises les familles envisageant l'adoption publique nous dire qu'au lieu d'être traitées comme une ressource précieuse pour les enfants en attente, les agences semblaient plutôt chercher à les exclure du processus d'adoption. De nombreuses familles nous ont dit qu'elles n'étaient pas bien accueillies et qu'on ne leur permettait pas d'étudier si l'adoption publique était un choix indiqué pour elles. Cette attitude s'explique probablement par le manque de ressources des SAE pour accueillir des

familles adoptives éventuelles – ou par le fait que de nombreuses familles cherchent avant tout à adopter des nourrissons en santé. Certaines SAE nous ont dit que, lors du premier contact avec des familles adoptives éventuelles, elles essaient de décrire les réalités des besoins de nombreux enfants pris en charge.

Cette attitude pourrait faire fuir les familles qui s'informent au sujet des nourrissons en santé, mais qui, moyennant des renseignements plus détaillés, pourraient être prêtes à adopter des tout-petits, un enfant plus âgé ou un enfant ayant des besoins spéciaux. L'approche « éliminatoire » peut être le résultat naturel d'un mandat visant la protection de l'enfance : voir l'adoption sous l'angle de la protection de l'enfant est très compréhensible lorsque l'on sait que les principales activités des SAE consistent à protéger les enfants.

La solution : Canaliser l'énergie et la motivation des familles qui veulent adopter en leur fournissant une « porte d'entrée » sur les renseignements importants concernant l'adoption

Les familles qui choisissent d'adopter entament habituellement le processus de collecte de renseignements avec une certaine appréhension, mais également avec beaucoup d'énergie et d'enthousiasme. Elles sont emballées à l'idée de fonder une famille en passant par l'adoption. Nous croyons qu'il est dans l'intérêt supérieur des enfants de canaliser l'énergie de ces familles en concentrant les ressources pour accueillir des familles adoptives éventuelles dans le système en leur fournissant les renseignements nécessaires pour les aider à faire des choix éclairés.

Une approche accueillante à l'égard des familles éventuelles ne veut pas dire faire passer les intérêts des enfants au second plan. Cela signifie simplement que toutes les familles adoptives potentielles obtiennent l'information et le soutien dont elles ont besoin pour étudier la possibilité d'adopter – sans égard au service qu'elles veulent utiliser ou aux caractéristiques de l'enfant qu'elles veulent adopter^{24, 25}.

Actuellement, il y a plus d'enfants qui peuvent légalement être adoptés que de familles, qui ont satisfait les exigences et sont prêtes à adopter. Nous estimons que, si nos recommandations sont mises en œuvre, le nombre d'enfants prêts à être adoptés augmentera considérablement et le besoin d'accueillir des familles dans le système deviendra de plus en plus pressant.

Une agence provinciale servirait de guichet unique aux trois services d'adoption en Ontario (même si les familles peuvent continuer de traiter directement avec des intervenants du secteur privé et des titulaires de permis, si elles le souhaitent). Plus les familles pourront obtenir des renseignements rapidement et facilement, plus les services d'adoption tiendront compte des besoins des familles²⁶.

Formation parentale et évaluation/ Soutien et aide aux familles



Le problème : L'accessibilité, la transférabilité et la rapidité de la formation parentale et de l'évaluation varient grandement d'une région à l'autre

Pour être autorisées à adopter en Ontario, les familles doivent avoir suivi une formation parentale et fait faire une étude du milieu familial qui ont été conçues pour être utilisées par les trois services d'adoption. La formation aide les familles à comprendre les récompenses, ainsi que certains défis liés au fait de fonder une famille au moyen de l'adoption, et les études du milieu familial fournissent aux travailleurs en adoption une image de la famille et sa possibilité de jumelage avec un enfant en particulier. Les familles

qui adoptent en ayant recours aux services d'adoption privée au pays ou d'adoption internationale paient un intervenant du secteur privé pour suivre la formation parentale et effectuer l'étude du milieu familial, mais ces deux services sont offerts gratuitement aux familles qui ont recours au service d'adoption publique.

Dans certaines régions de la province, les familles qui adoptent par l'intermédiaire du service public attendent jusqu'à deux ans avant de pouvoir commencer leur formation parentale et l'étude du milieu familial. Dans d'autres régions, le temps d'attente est beaucoup plus court. Dans bon nombre de régions de la province, pour répondre aux exigences de l'étude du milieu familial, plus particulièrement pour obtenir des vérifications du bien-être de l'enfant et du dossier criminel, le délai est inexplicablement long, peu importe le service d'adoption utilisé.

Certaines familles qui ont suivi la formation parentale et fait faire l'étude du milieu familial auprès d'intervenants du secteur privé se font dire par la suite, lorsqu'elles communiquent avec certaines SAE, qu'elles doivent recommencer une partie ou la totalité du processus – malgré le fait que la formation et l'étude aient été conçues précisément pour être utilisées par les trois services. De plus, certaines SAE ont déclaré que leur agence avait comme politique de ne pas remettre un exemplaire de l'étude du milieu familial à la famille adoptive.

La solution : Uniformiser le temps d'attente et s'assurer que la formation parentale et l'étude du milieu familial sont conviviales et transférables

Nous croyons que la province devrait, dans l'intérêt supérieur des enfants et des familles, fixer un temps d'attente standard pour suivre la formation parentale et faire faire l'étude du milieu familial. Il semble à la fois souhaitable et raisonnable de garantir partout dans la province que la formation parentale commencera au plus tard 60 jours suivant l'inscription des parents auprès de l'AAP et que l'étude du milieu familial sera effectuée au plus tard 30 jours après avoir suivi la formation parentale. Le gouvernement devrait également garantir que les vérifications du bien-être de l'enfant et du dossier criminel nécessaires pour l'étude du milieu familial seront effectuées dans les 30 jours suivant la réception de la demande.

La formation parentale et l'étude du milieu familial ont été conçues pour être utilisées par les trois services et nous croyons qu'une APP pourrait plus facilement faire appliquer cette disposition. Bien qu'une mise à jour puisse être nécessaire dans certains cas, demander aux familles adoptives éventuelles de recommencer la formation et l'étude du milieu familial constitue un obstacle inutile et coûteux.

L'AAP coordonnerait et surveillerait l'accès au programme de formation parentale et à l'étude du milieu familial des familles qui veulent adopter par l'entremise du service public; ces services devraient continuer à être offerts sans frais aux familles. Grâce à la mise en commun des ressources, à la planification à l'échelle de la province de la formation parentale et de l'étude du milieu familial ainsi qu'à un travail de collaboration pour trouver des façons plus efficaces de donner la formation parentale, l'AAP veillerait à ce que les familles puissent réussir les deux programmes dans les délais raisonnables, conformément aux normes provinciales. Par exemple, elle collaborerait avec l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (qui détient le permis nécessaire pour offrir PRIDE au Canada) afin d'étudier comment la formation en ligne pourrait accroître l'accessibilité et la convivialité de PRIDE pour les familles.

Une autre fonction cruciale de l'AAP serait de créer un registre provincial de familles intéressées par l'adoption publique. Lorsque les familles auront terminé l'étude du milieu familial et la formation parentale, l'AAP entrerait leurs noms dans un registre dressant la liste de toutes les familles en Ontario qualifiées pour adopter. Une telle banque de données accélérerait les jumelages et augmenterait le bassin de familles admissibles pour tout enfant légalement prêt à être adopté.

Planification concomitante



Le problème : L'adoption est rarement considérée dans le cadre de la planification de la garde permanente pour les enfants pris en charge

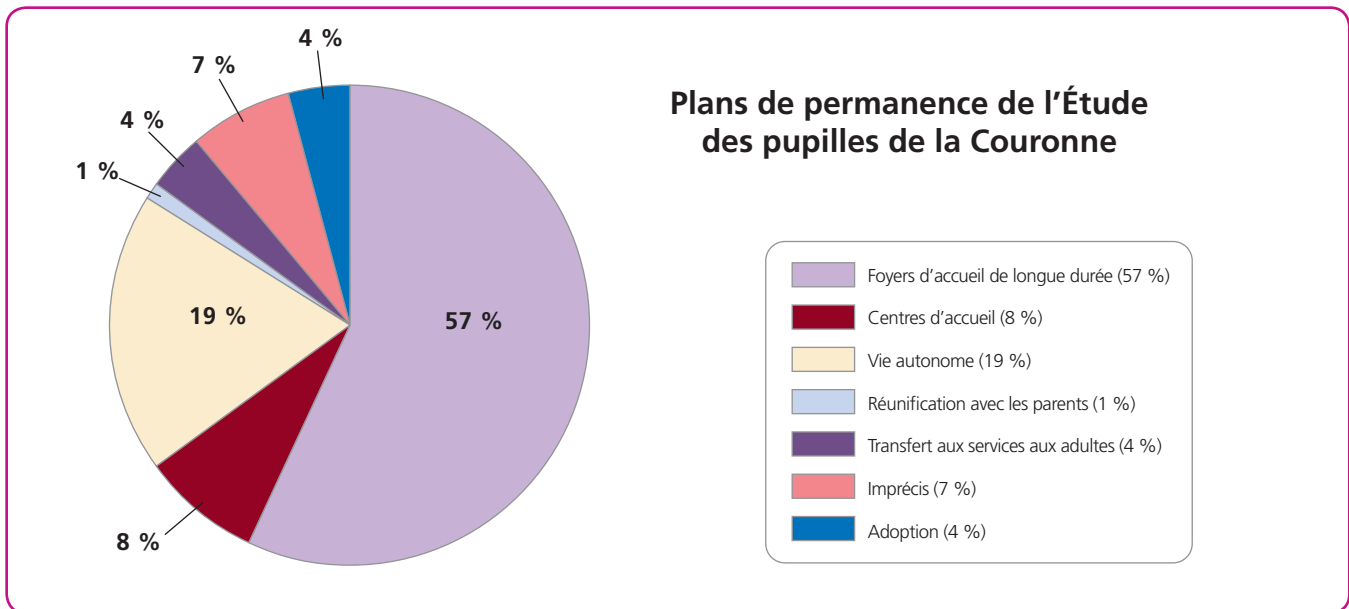
Que les enfants soient adoptés par des services d'adoption publique, privée ou internationale, le temps est une question essentielle. Plus un enfant commence tôt à tisser des liens avec une famille et à s'y attacher, plus l'adoption sera réussie^{27,28}. Plus longtemps un enfant demeure en foyer d'accueil ou fait l'objet d'autres arrangements provisoires, plus il déménage – ou plus il vieillit –, plus il lui sera difficile de s'adapter à une famille permanente^{29, 30, 31}.

Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance de la planification concomitante pour les enfants pris en charge. Bien que le but ultime du système de protection de l'enfance soit de consolider les familles et de laisser les enfants dans leur milieu familial, il devrait être tout aussi important de trouver des foyers permanents pour les enfants qui sont pris en charge lorsqu'il est clair que la réunification avec leurs parents biologiques n'est pas dans leur intérêt supérieur. La garde permanente est essentielle pour le développement social et affectif de l'enfant. La documentation a toujours démontré que l'adoption rapide est vitale pour l'enfant – elle fournit de meilleures chances d'établir des liens rapidement avec sa nouvelle famille et donne de meilleurs résultats plus tard dans la vie^{32, 33, 34}.

L'un des rôles des SAE consiste à élaborer des plans de garde permanente pour les enfants pris en charge. Cependant, en date du 31 mars 2008 :

- Seulement 4 % des 5 548 pupilles de la Couronne qui étaient sous tutelle depuis deux ans ou plus avaient un plan de garde permanente qui comprenait l'adoption.
- Dans plus de 65 % des cas, le plan de garde permanente était le maintien à long terme en famille d'accueil ou en centre d'hébergement de groupe.
- Dans seulement 1 % des cas, les plans prévoyaient la réunification des pupilles avec les parents et les plans de 7 % étaient imprécis³⁵.

Pour nous, ces données démontrent le besoin urgent de se concentrer davantage sur l'adoption comme option de garde permanente. Nous encourageons la réunification de l'enfant avec ses parents biologiques si c'est dans l'intérêt supérieur de l'enfant mais, dans les faits, la grande majorité des pupilles de la Couronne qui sont sous tutelle depuis deux ans ou plus ont peu de chance de retourner dans leurs familles biologiques. Le système devrait être réorienté pour aider un plus grand nombre d'entre eux à trouver des familles adoptives et à leur offrir un avenir où ils ne seront plus pris en charge par l'État.



Source : Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Étude des pupilles de la Couronne, 2008

La solution : La planification de l'adoption devrait commencer beaucoup plus tôt

Il est essentiel de se concentrer sur l'importance d'une planification précoce de la garde permanente pour les enfants pris en charge – peu importe l'âge ou les besoins spéciaux de l'enfant, ou la durée de prise en charge de l'enfant. La planification concomitante de la garde permanente, y compris de l'adoption, doit être une composante clé des services de bien-être de l'enfance dès les premiers contacts avec un enfant^{36, 37, 38}. La planification dès le moment où un enfant est pris en charge permet d'identifier plus rapidement les besoins d'un enfant.

Nous croyons qu'en travaillant ensemble, les SAE et l'AAP pourraient réaliser des adoptions plus rapidement. **Cette collaboration commencerait dès le début et serait formalisée dans le cadre de la demande de mise en tutelle.** Lors de la mise en tutelle, la SAE conserverait la tutelle de l'enfant, mais la planification de l'adoption serait confiée à l'AAP.

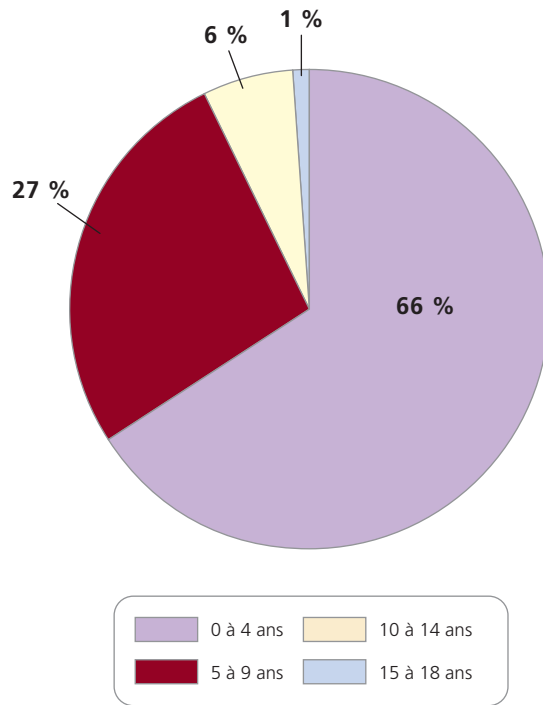
La planification concomitante de la garde permanente est tout aussi importante pour les enfants plus âgés et les adolescents³⁹. Bien que de nombreuses familles qui se tournent vers l'adoption recherchent souvent des nouveau-nés ou des tout-petits, certaines décident d'adopter des enfants plus âgés ou des adolescents. Les pupilles de la Couronne nous ont dit que, plutôt que de renoncer à l'adoption lorsqu'un enfant atteint l'âge de 12 ou 13 ans, la planification concomitante de la garde permanente pour les enfants plus âgés et les adolescents, qui s'attache à les préparer à « sortir du système », devrait tout de même comprendre la planification en vue d'une adoption éventuelle.

En se concentrant uniquement sur l'adoption et en ayant pour mandat de fournir des services dans les régions, l'AAP travaillerait en étroite collaboration avec les SAE pour élaborer rapidement des plans d'adoption appropriés pour les enfants pris en charge. Bien que le fait de travailler avec 53 SAE différentes soit complexe, ce n'est pas irréalisable. L'agence miserait sur les habitudes de collaboration déjà en place dans certaines SAE. Les SAE devraient fournir un service transparent de planification concomitante de la garde permanente, y compris de l'adoption, dès les premiers contacts avec un enfant. De plus, pour encourager la collaboration et réduire les différences dans la prestation des services, le gouvernement devrait également travailler avec les SAE pour normaliser les pratiques liées à la planification de la garde permanente pour les enfants pris en charge.



Le problème : L'Ontario a du mal à trouver des familles pour les enfants plus âgés et les enfants ayant des besoins spéciaux

Adoptions publiques par âge (2003-2007)



Source : Base de données sur l'adoption de pupilles de la Couronne, Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

En Ontario, environ les deux tiers de toutes les adoptions publiques portent sur des enfants de quatre ans ou moins. Cependant, près de neuf pupilles de la Couronne sur dix ont plus de six ans⁴⁰.

Ce ne sont pas tous les parents adoptifs éventuels qui veulent adopter un enfant plus âgé, et certains enfants plus âgés ou adolescents ne veulent pas être adoptés. Alors que certaines SAE consacrent consciencieusement temps et ressources pour trouver des familles pour les enfants plus âgés, cette préoccupation n'est pas constante partout dans la province. Ces enfants et ces adolescents qui ne veulent pas être adoptés devraient avoir cette possibilité, et leurs chances ne devraient pas être fonction de l'endroit où ils habitent en Ontario.

« Il est possible d'aimer un enfant en tout temps, quel que soit son âge ».

– Dialogue avec les jeunes

La solution : Miser sur le succès de programmes novateurs qui prouvent que l'âge et les besoins spéciaux ne devraient pas être des obstacles à l'adoption

Les programmes dans certains endroits (comme New York, le Minnesota et la Californie) réussissent mieux à trouver des familles adoptives pour les enfants plus âgés. L'Ontario pourrait s'en inspirer. Par exemple, les programmes qui parviennent à jumeler des enfants plus âgés avec des familles comptent des personnes qui travaillent activement à recruter des familles. Certains endroits trouvent des familles qui fourniront un foyer d'accueil pour les enfants lorsqu'ils sont pris en charge et les adopteront s'ils deviennent des pupilles de la Couronne. Il s'agit d'une façon efficace d'offrir stabilité et garde permanente aux enfants⁴¹.

Nous croyons que l'AAP devrait s'attacher à recruter de façon proactive des familles qui répondent aux besoins de l'ensemble des pupilles de la Couronne en attente d'adoption : les enfants plus âgés, les enfants ayant des besoins spéciaux, les frères et sœurs, et ceux qui appartiennent à toutes les ethnies, cultures et religions. Disposer d'un registre de familles en attente augmenterait le nombre éventuel et la qualité des jumelages pour les enfants en attente.

Le projet *Homecoming*

Il y a cinq ans, le projet *Homecoming* a été mis au point pour augmenter le nombre des adoptions d'adolescents au Minnesota. En établissant un partenariat avec des professionnels de l'adoption, le projet, qui portait sur des adolescents en attente d'adoption, voulait détruire les mythes, mettre à l'essai de nouvelles pratiques et favoriser un changement du système. Les efforts semblent avoir porté leurs fruits – plus de 30 adolescents ont trouvé des foyers permanents au cours des cinq années, un taux beaucoup plus élevé que la moyenne de l'État. De plus, 12 adolescents ont établi des relations permanentes avec des familles.

NACAC, 2009

Faire connaître les enfants



Le problème : Les Ontariens n'ont pas suffisamment de renseignements sur les enfants en attente d'adoption

Les mythes au sujet de l'adoption publique persistent. De nombreuses personnes en Ontario croient qu'« il est très difficile d'adopter » parce qu'« il n'y a pas d'enfants disponibles ». D'autres qui sont au courant des services d'adoption publique les écartent parce qu'ils croient que « les enfants ont subi des dommages irréparables à la suite de leurs expériences ». Pour d'autres, c'est le concept de communication qui leur fait peur – ce qui, bien souvent, veut dire une lettre par année et des photos envoyées à une famille biologique par l'entremise d'un travailleur en adoption – parce qu'ils craignent que « les parents naturels puissent en tout temps venir frapper à leur porte ».

Il est difficile, voire impossible, de modifier ces perceptions erronées et de faire connaître les enfants en attente d'adoption sans un effort unifié à l'échelle de la province.

La solution : Utiliser et développer les mécanismes qui ont réussi à faire connaître les enfants en attente d'adoption

Faire connaître les enfants en attente d'adoption par les journaux, les magazines, les groupes de discussion sur le Web et les groupes de discussion interactifs peut contribuer à recruter des familles adoptives qui correspondent à leurs besoins spéciaux. De nombreux endroits, comme l'Alberta et les États-Unis, utilisent des sites Web pour trouver un plus grand nombre de familles et réaliser plus d'adoptions^{42, 43}.

L'un des rôles de l'AAP devrait consister à financer et à gérer une banque de données centrale sur le Web, et à favoriser l'expansion de l'ERA pour qu'il y ait des rencontres quatre fois par année au lieu de deux, dans différentes régions de la province. Nous croyons que, lorsque c'est dans leur intérêt supérieur et que cela ne compromet pas leur sécurité, tous les enfants en attente d'adoption en Ontario devraient pouvoir se faire connaître de toutes les façons possibles. Nous espérons qu'en raison de son envergure à l'échelle de

Échange des ressources en matière d'adoption – rapprocher les familles des enfants

Deux fois par année, les familles intéressées par l'adoption peuvent assister à l'événement Échange des ressources en matière d'adoption (ERA) et visionner des présentations vidéo des nombreux enfants en attente d'adoption en Ontario.

la province et de son mandat de planification de l'adoption de pupilles de la Couronne, l'AAP veillera à ce que les enfants en attente d'adoption dans toutes les régions de l'Ontario puissent être connus grâce à ces outils.

Lisa était une célibataire au début de la quarantaine. Elle jouissait d'une belle carrière dans le domaine des ressources humaines et avait supposé qu'elle n'aurait jamais d'enfants. Un jour, elle a lu un article sur des enfants plus âgés en Ontario qui étaient en attente d'adoption. Elle a pensé qu'elle ferait une bonne mère pour un enfant plus âgé et elle s'intéressait particulièrement à Bryan, un adolescent de 14 ans décrit dans l'article. Son attirance vers le garçon était attribuable à l'intérêt qu'il portait à l'art, tout comme elle. Cependant, après avoir communiqué avec la SAE, le travailleur auquel elle a parlé a mentionné que Bryan relevait d'une autre SAE et qu'elle ne pourrait pas l'adopter. Mais Lisa savait défendre sa cause. Après avoir suivi la formation parentale et fait faire l'étude du milieu familial, elle a communiqué avec l'autre SAE.

Le travailleur en adoption avec lequel elle a parlé était sceptique quant à sa capacité de prendre soin de Bryan seule. Comme il avait 14 ans, il aurait également son mot à dire dans le choix de sa famille adoptive. Pour apprendre à connaître Bryan et pour convaincre la SAE qu'elle était sérieuse, Lisa lui a rendu visite chaque week-end. Sur une période d'environ huit mois, ils ont établi de bonnes relations et Bryan est devenu certain de vouloir être adopté par Lisa. Son travailleur a convenu que leurs intérêts similaires ont contribué à tisser des liens solides. Après que Bryan eut emménagé, Lisa a pris un congé d'adoption pour l'aider à s'intégrer dans la collectivité. Elle a ensuite été en mesure de travailler selon un horaire flexible pendant plusieurs mois afin d'être là à son retour de l'école chaque jour.

Jumeler les enfants et les familles



Le problème : Les limites régionales sont des obstacles à l'adoption

« Il existe un foyer adoptif pour tous les enfants en attente d'adoption en Ontario. Il suffit de trouver la bonne famille. »

– Personne du programme AdoptOntario

Il revient à tous les travailleurs en adoption, aux intervenants du secteur privé et aux titulaires de permis de trouver la famille qui correspond le mieux à chaque enfant. Le meilleur jumelage possible est important pour l'enfant et pour la famille.

Cependant, au cours de nos consultations, nous avons appris que de nombreuses SAE hésitaient à prendre en compte les familles à l'extérieur de leur territoire lorsque venait le temps de jumeler des enfants en attente. Cette pratique est peut-être attribuable, en partie, à la façon dont les SAE sont financées et à la volonté de maintenir les enfants à proximité des personnes qui sont importantes dans leur vie. Elle peut également venir du fait que les travailleurs des SAE ont le sentiment de mieux connaître les familles adoptives éventuelles dans leurs propres régions. Cependant, quelle que soit la raison, les familles ainsi que les fournisseurs de services des SAE déclarent qu'en raison de cette pratique, les enfants, plus particulièrement les enfants plus âgés, sont pris en charge plus longtemps – même lorsqu'une famille est prête à les adopter. De plus, les politiques relatives au placement d'enfants dans des familles ayant des origines culturelles similaires sont appliquées différemment dans la province, ce qui retarde les adoptions.

Des choix restreints donnent lieu à moins de jumelages et augmentent la probabilité de ne pas réaliser le meilleur jumelage possible. Il est clair que ce n'est pas dans l'intérêt supérieur de tout enfant.

Jumelage provincial

Un obstacle majeur que nous avons cerné dans le système d'adoption publique était l'absence de jumelage des enfants et des parents entre les agences. Nous croyons intuitivement qu'un plus grand nombre de jumelages entre enfants et familles pourrait être réalisé en adoptant un système de jumelage provincial, et nous avons entrepris de découvrir si les données statistiques nous donnaient raison.

Le fait de limiter le nombre d'options possibles pour les enfants en attente d'une famille entrave grandement la possibilité de jumeler des enfants avec des familles qui peuvent partager leurs intérêts et répondre à leurs besoins. En fait, selon le modèle statistique mis au point par le comité, l'adoption d'un système de jumelage provincial pourrait augmenter l'ensemble des jumelages d'au moins 25 % – ou 200 adoptions – pour tous les pupilles de la Couronne sans droit d'accès.

Ce modèle, qui utilise des données hypothétiques – attribuant des notes uniques pour chaque famille et enfant afin de refléter la probabilité d'un jumelage – a démontré une amélioration importante de jumelage pour les pupilles de la Couronne plus âgés. Plus précisément, nous pourrions presque doubler les jumelages pour les pupilles de la Couronne âgés entre 6 et 12 ans, et entre 13 et 18 ans.

La solution : Jumelage des enfants et des familles à l'échelle de la province

Il est important de jumeler les enfants et les familles en fonction de leurs intérêts, de leurs besoins et de leur compatibilité. Il faut élargir les perspectives au maximum, à défaut de quoi les enfants resteront placés longtemps – et fatalement, un bon nombre d'entre eux ne seront jamais adoptés. De même, les éventuelles familles adoptives qui résident dans des zones où les enfants en attente d'un foyer sont peu nombreux peuvent aussi attendre bien longtemps pour être jumelées à un enfant et peuvent finir par sortir du système si aucun jumelage ne leur est proposé.

Nous savons qu'il peut être capital pour des enfants en attente d'un foyer de rester physiquement proches de personnes qui jouent un rôle important dans leur vie. Si c'est dans l'intérêt supérieur des enfants, nous appuyons sans réserve les efforts mis en œuvre pour les placer dans des familles adoptives qui possèdent le même bagage culturel. Cela dit, ces facteurs ne devraient pas, selon nous, empêcher le jumelage d'enfants avec des familles qui par ailleurs répondraient à leurs besoins et seraient disposées à leur offrir un foyer permanent.

En raison de son mandat étendu et de son orientation, l'AAP adopterait une vision globale et prendrait en considération les familles de tout l'Ontario pour jumeler les enfants. Elle veillerait également à ce que soient respectées uniformément, dans toute la province, des politiques de jumelage d'enfants avec des familles possédant le même bagage culturel. Qui dit multiplication des choix dit meilleurs jumelages.

Faciliter les placements et l'octroi de subventions



Le problème : Les avantages de la communication ne sont pas bien compris, et la garde permanente pour les enfants ayant des besoins spéciaux ne reçoit pas le soutien adéquat

Ouverture

Dans le cadre d'adoptions « ouvertes », si c'est dans l'intérêt supérieur de l'enfant, les familles adoptives, y compris les enfants adoptés, peuvent continuer à entretenir un certain type de communication directe ou indirecte avec les familles biologiques – comme des lettres, des courriels, des appels téléphoniques ou des visites.

Parfois, l'ouverture permet aux familles adoptives d'obtenir en permanence des renseignements importants sur les antécédents médicaux de la famille⁴⁴. Dans bon nombre de cas, l'ouverture renforce le sentiment identitaire, améliore l'estime de soi et rassure fortement les enfants sur eux-mêmes et sur leur rôle au sein de la famille adoptive⁴⁵.

L'ouverture permet souvent aux enfants plus âgés de préserver l'affection qu'ils nourrissent pour leurs parents biologiques ou les membres de leur famille biologique, et dans certains cas, d'atténuer leur sentiment de perte après la rupture de relations importantes et leur impression d'être coupés de leurs racines ethniques, culturelles et biologiques^{46, 47}.

L'ouverture peut également s'avérer importante pour certaines familles biologiques. Certains parents biologiques veulent avoir l'assurance que leur enfant grandit, se développe et réussit bien dans son foyer adoptif⁴⁸.

Les intervenants et titulaires d'un permis en adoption privée au pays favorisent l'ouverture depuis de nombreuses années. Tout récemment, les services d'adoption publique en Ontario et dans d'autres juridictions ont fini par reconnaître que le secret en matière d'adoption était chose du passé et que, dans bien des cas, si le contact ou la communication est sans danger pour l'enfant, l'ouverture peut s'avérer positive pour lui – en particulier s'il est plus âgé⁴⁹. La politique et la législation en matière d'adoption dans plusieurs provinces canadiennes, ainsi qu'aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni, favorisent à présent l'ouverture dans le domaine de l'adoption – aussi bien l'accès aux dossiers d'adoptions antérieures pour les adultes adoptés et les parents biologiques que la promotion de la communication pour les futures adoptions.

Malgré cette évolution, nous avons découvert que, bien souvent, certains travailleurs en adoption et un bon nombre de familles adoptives ne comprennent pas encore tout à fait l'ouverture et la façon dont elle peut être mise en place. Beaucoup de SAE trouvent les outils actuels – y compris les ordonnances et ententes de communication – très complexes. En fait, elles les trouvent si complexes que certaines ont établi une politique pour *ne pas* y avoir recours. Étant donné la complexité des outils, conjuguée aux préoccupations de sécurité pour l'enfant et aux craintes que l'ouverture puisse nuire au « droit parental », certaines SAE et familles adoptives hésitent à envisager l'ouverture dans le cadre d'adoptions publiques.

Subventions d'adoption

Un second frein à la réussite des placements dans le cadre d'un bon nombre d'adoptions publiques concerne les subventions d'adoption. La façon dont les organismes de bien-être de l'enfance sont actuellement structurés fait en sorte que la plupart des enfants ayant des besoins spéciaux reçoivent un soutien financier supplémentaire substantiel pour qu'on puisse répondre à leurs besoins dans une

Ouverture

Si le contact ou la communication avec les parents biologiques ou les membres de la famille biologique est sans danger pour l'enfant, l'ouverture peut s'avérer positive pour lui – en particulier s'il est plus âgé.

structure d'accueil. Cela dit, le gouvernement peut mettre fin à ce soutien si l'enfant est adopté. Certains parents d'accueil particulièrement dévoués nous ont confié qu'ils aimeraient adopter l'enfant vivant actuellement chez eux, mais qu'ils ne pouvaient pas se le permettre, principalement en raison des besoins importants de cet enfant. D'autres craignaient que l'adoption ne soit pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant si elle entraînait la perte des services et appuis essentiels. Paradoxalement, comme le système est en cours de structuration, un enfant ayant des besoins spéciaux a plus de chances que ses besoins soient satisfaits s'il reste placé – une « solution » qui ignore le besoin fondamental d'une garde permanente et d'un attachement émotionnel pour l'enfant, ainsi que la nécessité pour la province de se responsabiliser sur le plan financier. En bref, **il est plus onéreux de laisser les enfants ayant des besoins spéciaux dans une structure d'accueil que de verser des subventions pour leur adoption**^{50, 51}.

Actuellement, certaines SAE versent des subventions d'adoption à certaines familles pour qu'elles puissent s'occuper d'enfants ayant des besoins spéciaux. Toutefois, cette pratique varie fortement d'une région à l'autre. Les SAE peuvent difficilement donner des subventions pour tous les enfants qui en ont besoin et le faire de façon régulière, principalement en raison de la méthode de financement des services d'adoption publique. Compte tenu des ententes actuelles sur les subventions à durée limitée en Ontario, les éventuelles familles adoptives ne peuvent pas compter sur une assistance financière régulière pour répondre aux besoins spéciaux d'un enfant.

La solution : Sensibilisation et soutien accru à l'ouverture, et subventions d'adoption sûres

Sensibilisation à l'ouverture

Nous savons bien que l'ouverture est complexe, que les programmes en la matière évoluent au fil du temps et que la négociation et le maintien de l'ouverture sont particulièrement compliqués dans bon nombre d'adoptions publiques. Il semble aussi que l'ouverture ne soit pas toujours dans l'intérêt supérieur de tous les enfants. Nous avons compris le souci de faire passer l'intérêt supérieur de l'enfant avant les besoins des parents biologiques ou des familles adoptives. D'après nous, l'ouverture est un élément important qui est nécessaire au bon déroulement de l'adoption pour un nombre accru d'enfants. L'AAP aura notamment pour rôle déterminant de favoriser la sensibilisation et le soutien à l'ouverture. L'agence deviendra un « centre d'excellence » : elle développera l'expertise nécessaire pour soutenir les familles adoptives et biologiques durant la négociation de l'ouverture et pour gérer l'offre de soutien continu visant à maintenir cette ouverture.

« J'ai eu peur quand la SAE m'a parlé d'ouverture, jusqu'à ce que je comprenne qu'il s'agissait d'envoyer chaque année une lettre et une photo à la famille biologique de mon enfant. Je suis maintenant contente de le faire, car je lui suis si reconnaissante de m'avoir donné un fils. Je suis fière de lui dire comment il va. Je crois qu'il sera aussi plus facile pour lui quand il sera grand de savoir que je n'ai pas exclu sa famille biologique. »

– Personne interrogée

Subventions sûres

Le gouvernement devrait éliminer les aides financières qui incitent le maintien des enfants à l'assistance publique, et établir à la place des mesures incitatives pour trouver des familles permanentes aux pupilles de la Couronne. Il faudrait instaurer un système provincial de subventions d'adoption permanentes pour les enfants de plus de deux ans et les enfants de n'importe quel âge ayant des besoins spéciaux. D'après l'expérience d'autres provinces qui accordent des subventions d'adoption, nous estimons qu'un plus grand

nombre d'Ontariens adopteraient des enfants ayant des besoins spéciaux s'ils recevaient un soutien financier permanent pour y répondre^{52, 53}. Les échecs de placement d'enfants en adoption diminueraient également si les familles adoptant des enfants ayant des besoins spéciaux recevaient les services dont elles ont besoin pour en prendre soin^{54, 55}.

Nous suggérons au gouvernement d'instaurer un système provincial de subventions d'adoption permanentes qui serait géré par l'AAP afin d'obtenir plus d'uniformité et d'équité dans toute la province. Vous trouverez d'autres renseignements détaillés sur les subventions à la page 86.

Soutien après l'adoption



Le problème : Certaines familles adoptives ont besoin d'une aide et d'un soutien accru après la finalisation de l'adoption

La finalisation d'une adoption est un acte juridique. Elle ne suppose pas pour autant que toutes les familles soient tout à fait à même de s'attacher aux enfants adoptés et de se développer avec eux, ni que les enfants eux-mêmes soient toujours parfaitement en mesure d'adapter leur vie à une structure inconnue et à une nouvelle série de règles. Un appui continu est parfois nécessaire et les familles adoptives se tournent souvent vers leur communauté pour obtenir de l'aide^{56, 57, 58}.

D'après bon nombre de familles, il n'est pas rare que des enfants adoptés se retrouvent en contact avec des professionnels – comme des enseignants, des conseillers et des spécialistes en santé mentale – qui ne mesurent pas tout à fait les besoins ou les défis que connaissent les enfants adoptés et les familles adoptives. Les familles nous ont expliqué qu'elles éprouvaient de la difficulté à trouver les services et les appuis nécessaires et qu'elles avaient l'impression d'être livrées à elles-mêmes une fois l'adoption finalisée.

Les familles qui élèvent des enfants adoptés trouvent particulièrement difficile d'obtenir des services et des appuis qui tiennent compte des besoins et conditions de leurs enfants ou qui les connaissent bien.

« Lorsqu'on adopte un enfant plus âgé, il ne faut pas perdre de vue qu'il y aura inévitablement des habitudes et attitudes enracinées qu'on rejette. Il faudra une personne particulière qui dispose de beaucoup de temps et d'énergie pour les supprimer, recommencer à zéro et reconstruire... Le ou les parents adoptifs ont vraiment besoin d'un système d'aide. Il pourrait être d'ordre financier, émotionnel ou autre. »

– Personne adoptée aujourd'hui adulte

Les solutions : Sensibilisation et formation des professionnels, et développement de réseaux de soutien et de services pour les familles

Sensibilisation et formation

Il importe d'intensifier les efforts de sensibilisation et de formation auprès de tout un ensemble de professionnels – des enseignants aux fournisseurs de services communautaires en passant par le système juridique, les médecins de famille et autres spécialistes – quant aux expériences et besoins des familles adoptives (les parents comme les enfants). L'AAP serait bien placée pour travailler conjointement avec le gouvernement, les organismes provinciaux et d'autres organisations. Cette collaboration permettrait de mieux faire connaître les réalités de l'adoption et des besoins de toutes les familles adoptives dans le cadre

de l'élaboration de la politique et de la planification des services, ainsi que d'influer sur la sensibilisation et la formation des professionnels. Ainsi, l'AAP collaborerait avec les tribunaux pour sensibiliser à l'adoption en général et aux résultats pour les enfants plus âgés en particulier. Elle travaillerait aussi conjointement avec le personnel scolaire pour ajouter le sujet de l'adoption au programme des cours, ce qui permettrait aux enseignants d'accueillir et d'intégrer l'adoption à la matière enseignée en classe à tous les niveaux.

À l'échelle locale, l'agence établirait des relations et créerait des réseaux afin qu'on puisse diriger les familles adoptives ayant besoin d'aide vers des services attentifs aux besoins des enfants adoptés.

Développement de réseaux de soutien et de services

Les familles adoptives nous ont expliqué qu'elles trouvaient utile de parler de leurs joies, de leurs expériences et de leurs difficultés avec d'autres parents adoptifs. Les activités communautaires mises en place par des organismes sans but lucratif comme l'ACO et le NACAC permettent d'obtenir de l'aide et du mentorat. L'AAP encouragerait le dialogue et s'occuperait de l'élaboration d'un registre d'organismes et de réseaux de soutien, registre auquel les familles adoptives ayant besoin d'aide pourraient facilement avoir accès.

Réseaux communautaires – mobilisation pour favoriser le soutien communautaire

Plusieurs réseaux communautaires se sont établis en Ontario, souvent avec peu de ressources financières. Un bon nombre de ces groupes mettent en contact des familles – par exemple, celles qui ont adopté des enfants plus âgés ou des enfants ayant des besoins spéciaux, ou celles qui ont adopté des enfants provenant du même pays d'origine.

Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)

Les TSAF renvoient à la déficience résultant de l'exposition prénatale à l'alcool. Environ neuf enfants sur 1 000 nés au Canada sont atteints de cette déficience (Santé Canada, 2005). D'après le rapport de 2007 sur les pupilles de la Couronne, **près de 4 % des pupilles de la Couronne en Ontario qui sont placés depuis au moins deux ans sont touchés par les TSAF**. Nombre d'universitaires et de professionnels travaillant avec des enfants pris en charge estiment que ces chiffres sont bien trop prudents, notamment en raison de la difficulté de diagnostiquer avec fiabilité cette déficience.

Par ailleurs, nous estimons que l'AAP devrait défendre à l'échelle provinciale le développement de programmes et stratégies pour aider les familles adoptives. En effet, l'Ontario est par exemple la seule province au Canada qui ne dispose pas de stratégie provinciale relativement aux troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). Les TSAF touchent un certain nombre de familles adoptives, quel que soit le service par lequel elles ont adopté. Il faudrait élaborer une stratégie provinciale relative aux TSAF pour offrir de meilleurs appuis, services et diagnostics, et mieux coordonnés, pour les enfants souffrant de TSAF, tout en sensibilisant l'opinion publique à cette question. Dans le cadre de son rôle de support aux familles après l'adoption, l'AAP pourrait contribuer de façon déterminante à l'élaboration d'une telle stratégie.

Programme de mise en œuvre

L'élaboration d'un plan détaillé de mise en œuvre pour la création d'une agence d'adoption provinciale (AAP) dépasse le cadre de notre mandat. Voici toutefois nos suggestions :

- La nomination des membres du conseil d'administration de l'AAP devrait se faire par décret.
- Un protocole d'entente devrait définir le mandat et les indicateurs de rendement de l'agence.
- L'agence devrait obtenir un financement pluriannuel raisonnable, avoir le droit de conserver les fonds en surplus d'une année à l'autre, et être un chef de file en matière de responsabilisation et de transparence.
- L'agence devrait avoir recours, autant que possible, aux professionnels qualifiés et dévoués qui offrent actuellement des services d'adoption publique dans la province.
- Le personnel devrait se composer d'employés de l'organisme en tant que tel (et non de fonctionnaires).
- Il faudrait élaborer une stratégie de mise en œuvre qui connaisse une période de transition de deux ans afin que la responsabilité de l'adoption passe des SAE à la nouvelle AAP.
- Il faudrait accorder un financement adéquat pour supporter les coûts supplémentaires pour le système pendant la période de transition.

QUELLES ÉTAPES LA PROVINCE DE L'ONTARIO DEVRAIT-ELLE SUIVRE POUR OFFRIR DES SERVICES COORDONNÉS, COHÉRENTS ET SENSIBLES AUX BESOINS DES FAMILLES ADOPTIVES?

Pour aider l'Ontario à offrir des services coordonnés, cohérents et sensibles aux besoins des familles adoptives, voici nos recommandations :

1. Créer une agence d'adoption provinciale

1.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait créer une **agence d'adoption provinciale qui offrirait des services en région** :

Pour les familles

- Donner libre accès à des renseignements à jour sur tous les services d'adoption : adoption publique, privée au pays et internationale.
- Faciliter la recommandation des familles, qui souhaitent adopter par l'entremise des services d'adoption privée au pays et d'adoption internationale, à des intervenants ou titulaires de permis privés.
- Prendre en charge la prestation des services pour la formation parentale (PRIDE) et les études du milieu familial (SAFE) dans le cadre de l'adoption publique.
- Inscire les familles qui souhaitent adopter par l'entremise du service d'adoption publique, et garantir que la formation parentale et les études du milieu familial seront effectuées rapidement.

Pour les enfants

- Collaborer avec les sociétés d'aide à l'enfance afin d'élaborer des plans d'adoption pour les enfants placés.

- Recruter des familles pour les pupilles plus âgés de la Couronne et pour ceux ayant des besoins spéciaux.
- Gérer une base de données centrale des pupilles de la Couronne qui peuvent être adoptés et de toutes les familles qui ont reçu l'autorisation d'adopter.
- Jumeler les enfants placés, qui font l'objet d'un plan d'adoption, avec les familles adéquates.
- Prendre des décisions en matière de placement, assurer la supervision des placements et superviser la finalisation des adoptions publiques.

Après l'adoption

- Collaborer avec les organismes locaux d'aide sociale pour développer des services après l'adoption.
- Élaborer un registre central de ressources communautaires pour les familles adoptives et diriger ces dernières vers les services communautaires.
- Appuyer la garde permanente grâce à l'octroi de subventions après l'adoption et d'appuis pour les enfants adoptés par l'entremise du système public.

Centre d'excellence

- Devenir un centre d'excellence – un chef de file dans le domaine de l'ouverture, y compris dans la recherche, la sensibilisation des professionnels et la mise en place d'appuis pour négocier et maintenir l'ouverture.

1.2 Le gouvernement **devrait fixer des délais en matière de prestation de services** pour la formation parentale publique (PRIDE), les études du milieu familial (SAFE), ainsi que les vérifications du bien-être de l'enfant et du casier judiciaire, comme le requiert le processus SAFE. En particulier, il faudrait obtenir la garantie que la formation parentale commencera dans les 60 jours suivant le premier contact avec l'agence d'adoption provinciale, que les études du milieu familial débiteront dans les 30 jours suivant la fin de la formation parentale, et que les vérifications du bien-être de l'enfant et du casier judiciaire ne prendront pas plus de 30 jours après la réception de la demande.

Sociétés d'aide à l'enfance

- 1.3 Le gouvernement devrait normaliser **les pratiques de planification de la garde permanente** pour tous les enfants placés.
- 1.4 Dans le cadre de leur responsabilité à l'égard des services de protection de l'enfance, les sociétés d'aide à l'enfance devraient collaborer étroitement avec l'agence d'adoption provinciale et proposer, en faisant preuve de transparence, la **planification concomitante d'une garde permanente, y compris une planification d'adoption**, dès le premier contact avec un enfant placé.

Obligations de l'agence d'adoption provinciale

L'agence d'adoption provinciale devrait :

- 1.5 Agir dans **l'intérêt supérieur de l'enfant**.
- 1.6 Considérer les éventuelles **familles** adoptives **comme des ressources précieuses** et les aider à adhérer au système d'adoption, le cas échéant.

- 1.7 **Collaborer** étroitement avec le gouvernement, les sociétés d'aide à l'enfance, les intervenants privés, les titulaires de permis, les fournisseurs de services communautaires et d'autres parties prenantes afin que les adoptions par l'entremise du système public aient lieu dans l'intérêt supérieur des enfants.
- 1.8 Collaborer avec l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance afin d'**élaborer un modèle PRIDE plus souple** (p. ex., développer des volets qui pourraient être offerts en ligne).
- 1.9 Élaborer un programme ciblé afin de **trouver des familles** pour les pupilles plus âgés de la Couronne et les pupilles de la Couronne ayant des besoins spéciaux.
- 1.10 Devenir **officiellement responsable de la planification des adoptions** des pupilles de la Couronne au moment de la demande de tutelle par la Couronne.
- 1.11 Donner aux familles adoptives et aux familles biologiques le **soutien nécessaire pour négocier l'ouverture et l'appui permanent pour maintenir cette ouverture**.
- 1.12 Collaborer avec les organismes communautaires locaux pour **accroître la disponibilité des appuis après l'adoption** dans toutes les communautés de l'Ontario.
- 1.13 **Défendre l'élaboration, à l'échelle de la province, de programmes et stratégies** visant à aider les familles adoptives (p. ex., défendre une stratégie provinciale relative aux troubles du spectre de l'alcoolisation foétale).
- 1.14 Collaborer avec les organismes provinciaux et d'autres organisations pour **mieux faire connaître les besoins de toutes les familles adoptives** dans la communauté et dans le cadre de la planification des services provinciaux. En particulier, favoriser la collaboration pour avoir une influence sur la sensibilisation et la formation des tribunaux, du personnel scolaire et d'autres professionnels.

2. ÉLABORATION D'OUTILS POUR GÉRER LE SYSTÈME D'ADOPTION

La création d'une AAP, véritable porte d'ouverture à tous les services d'adoption en Ontario, entraîne un changement radical. Le seul établissement d'un organisme destiné à offrir des services centraux et locaux n'est pas suffisant. Aucun système ne peut fonctionner adéquatement sans politique et législation bien établies, sans règles et normes cohérentes, ni sans renseignements de qualité sur l'efficacité des services.

Pour élaborer un système d'adoption qui soit cohérent, fonctionne parfaitement et figure parmi les plus performants, le gouvernement doit :

- Établir **une politique et une législation** pour tous les services d'adoption, qui permettraient de réduire les obstacles à l'adoption en temps opportun.
- S'assurer que, s'ils sont sans danger et appropriés, le **contact ou la communication avec les familles biologiques** ne sont pas des obstacles à l'adoption.
- Offrir une **orientation et une supervision cohérentes** et favoriser le **rassemblement indépendant de données** afin de surveiller les résultats pour les enfants adoptés.

L'actuel réseau éclaté de services d'adoption publique, d'adoption privée au pays et d'adoption internationale est inefficace – pour les familles comme pour les enfants. Il faut un système d'adoption cohérent qui fonctionne parfaitement.

- Mettre en place des **mécanismes de traitement des plaintes** pour que les familles biologiques, les éventuelles familles adoptives et les enfants adoptés qui ne sont pas satisfaits du service reçu puissent se faire entendre.

Établissement d'une politique et d'une législation pour réduire les obstacles

Méthode d'élaboration de la politique et de la législation

Les politiques et les lois de l'Ontario relatives aux trois services d'adoption donnent parfois l'impression d'avoir été élaborées en vase clos et ne reposent pas toujours sur des données probantes. La raison d'être de certaines politiques n'est pas claire. Certaines politiques ne sont pas explicitement énoncées. D'autres ne s'appliquent pas uniformément aux trois services. D'autres encore ne tiennent pas compte des réalités du monde en perpétuelle évolution. Il faut donc faire des efforts constants pour élaborer et mettre à jour une politique visant à aider les services d'adoption publique, privée au pays et internationale.

Une politique et une législation fondées sur des données probantes sont à la base d'un système d'adoption rigoureux, éthique et juste pour répondre aux besoins des enfants et des familles. Les politiques devraient s'appuyer sur l'idée selon laquelle les trois types d'adoption sont des choix valables et reçoivent l'appui du gouvernement de l'Ontario.

« À ma grande surprise, il n'y a pas de renseignements sur les lois en matière d'adoption pour le grand public. Ils devraient être à la disposition de tout le monde, accompagnés d'explications. »

– Personne interrogée

Il faudrait revoir sur-le-champ toutes les politiques

d'adoption en vigueur afin d'élaborer un cadre stratégique qui sous-tendrait l'adoption par l'entremise des trois services – adoption publique, privée au pays et internationale. Il faudrait réviser régulièrement ce cadre et les politiques (au moins tous les cinq ans) pour s'assurer qu'ils sont à jour, cohérents et toujours fondés sur des données probantes. Il faut éclairer le processus d'élaboration des politiques par les connaissances et l'expérience d'un échantillon représentatif de parties prenantes de l'extérieur, à savoir, mais sans s'y limiter, des fournisseurs de services d'adoption et de bien-être de l'enfance, des titulaires de permis et intervenants privés, des familles adoptives éventuelles ou qui ont donné de bons résultats, des adolescents et adultes ayant été adoptés, des parents biologiques, des parents d'accueil et des pupilles de la Couronne (actuels et anciens).

Nous avons choisi de mettre en évidence des politiques et problèmes juridiques qui, d'après nous, sont clairement des obstacles au placement opportun d'enfants dans des familles et qui requièrent l'attention immédiate du gouvernement. Cette liste n'est pas exhaustive.

Problèmes en matière d'adoption publique

Contact ou communication avec les familles biologiques

Ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite

Une ordonnance du tribunal visant la tutelle de la Couronne permet d'annuler les droits parentaux. Le droit de visite des parents biologiques se termine automatiquement à l'annonce de la tutelle de la Couronne, à moins que le tribunal ne rende une autre ordonnance portant sur le droit de visite. Un tribunal peut rendre cette autre ordonnance seulement s'il estime que la relation entre l'enfant et la personne demandant le droit de visite est riche et bénéfique, **et** que cette ordonnance ne nuira pas aux possibilités d'adoption de l'enfant.

Un pupille de la Couronne ne peut pas être placé en adoption s'il fait l'objet d'une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite.

On estime depuis longtemps que les ordonnances du tribunal portant sur le droit de visite avaient pour effet de maintenir nombre d'enfants dans le système de bien-être de l'enfance. Nous remarquons qu'environ 75 % des enfants qui sont pupilles de la Couronne depuis plus de deux ans font l'objet d'une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite et que le plan de garde permanente pour une grande majorité d'entre eux (65 %) est la famille d'accueil ou la garde en établissement⁵⁹.

Malgré les bonnes intentions du gouvernement, y compris les modifications apportées à la LSEF en novembre 2006, pour clarifier le fait qu'une ordonnance de tutelle de la Couronne annule automatiquement toute ordonnance en cours portant sur le droit de visite, **les ordonnances du tribunal portant sur le droit de visite continuent de constituer un sérieux obstacle à l'adoption des pupilles de la Couronne.**

Peu de changements en 19 ans

L'obstacle principal à l'adoption pour quelque 70 % d'enfants gardés à long terme par des familles d'accueil est une ordonnance portant sur le droit de visite que le tribunal a consenti aux membres de la famille biologique.

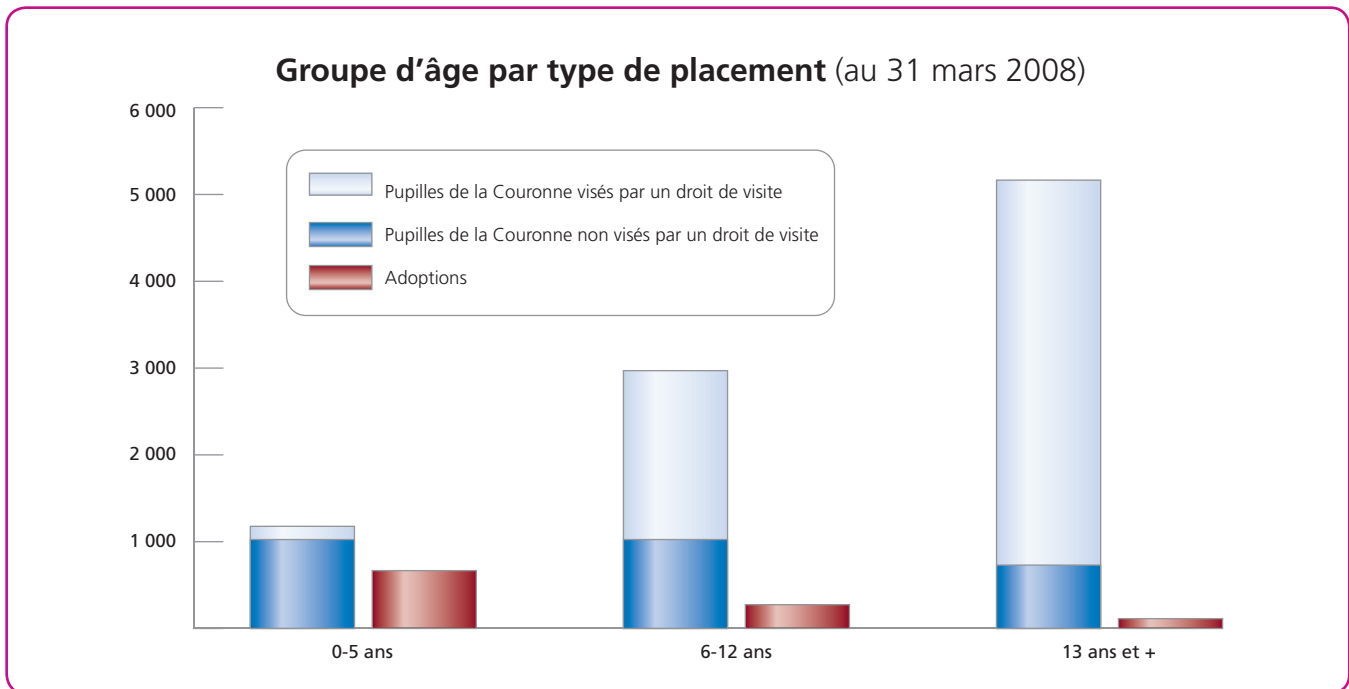
En vertu de la loi ontarienne, aucun pupille de la Couronne qui fait l'objet d'une ordonnance portant sur le droit de visite ne peut être adopté... à moins d'une procédure juridique visant à annuler l'ordonnance en question.

Pourquoi ne pas résoudre la question juridique des ordonnances portant sur le droit de visite afin que les pupilles de la Couronne ne tombent plus dans l'oubli jusqu'à l'âge de 18 ans?

The Toronto Star – 23 janvier 1990

Le tribunal peut émettre une ordonnance portant sur le droit de visite afin de s'assurer qu'un pupille de la Couronne est en contact ou en communication avec un ou des membres de sa famille biologique – à savoir les parents biologiques, les frères et sœurs, les grands-parents, les tantes ou les oncles, ou encore d'autres personnes qui jouent un rôle important pour l'enfant.

Il semble que les changements de 2006 visaient à faciliter l'adoption des pupilles de la Couronne sur le plan juridique. Pourtant, malgré d'importantes modifications législatives, les travailleurs sociaux en adoption dans les SAE nous ont expliqué que les tribunaux sont lents à s'adapter à la nouvelle orientation politique – et continuent à accorder des droits de visite même s'il est évident que l'enfant n'a aucune chance de retourner dans sa famille biologique et qu'il serait dans son intérêt d'être adopté. Dans le cadre d'une collecte non scientifique de renseignements dans les SAE (voir annexe B), le nombre de pupilles de la Couronne qui font l'objet d'une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite a diminué légèrement depuis novembre 2006. Toutefois, cette baisse n'est pas révélatrice d'un changement radical de culture dans le système.



Source : Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, « Les enfants pris en charge en Ontario : données des sociétés d'aide à l'enfance » (octobre 2008).

Ordonnances et ententes de communication

Parallèlement aux modifications législatives de novembre 2006 qui visaient les ordonnances du tribunal portant sur le droit de visite, les ordonnances et ententes de communication ont vu le jour. Si un pupille de la Couronne fait l'objet d'un plan d'adoption et qu'aucune ordonnance portant sur le droit de visite n'est en vigueur, la SAE peut, à tout moment avant la finalisation de l'adoption, déposer une demande d'ordonnance de communication devant le tribunal. Pour qu'un tribunal rende une telle ordonnance, toutes les parties (la SAE, les parents adoptifs, les parents biologiques et l'enfant – s'il a plus de 12 ans) doivent y consentir. Les familles adoptives peuvent convenir d'ententes de communication avec un membre de la famille biologique ou une personne qui joue un rôle important dans la vie de l'enfant. Les ententes de communication peuvent se conclure à tout moment, avant ou après la finalisation d'une adoption.

Les ordonnances de communication visent à rassurer sur le fait que le contact ou la communication entre les enfants et les familles biologiques sont bien protégés en cas d'adoption. Nous le savons bien. Cela dit, beaucoup de SAE trouvent les ordonnances de communication très complexes – si complexes en réalité que certaines ont établi une politique pour ne pas y avoir recours.

Inadéquation des modifications législatives

Les modifications législatives sur le droit de visite et la communication ne permettent pas de résoudre le problème visé.

- L'éventualité d'une ordonnance ou d'une entente de communication ne suffit pas à convaincre les tribunaux de cesser de rendre des ordonnances portant sur le droit de visite (des parents biologiques à l'enfant) en cas de tutelle de la Couronne, surtout s'ils estiment que l'adoption est improbable (p. ex., si l'enfant est plus âgé).
- Le droit de visite et l'ouverture sont déconnectés l'un de l'autre, car une SAE peut déposer une demande d'ordonnance de communication devant le tribunal seulement si aucune ordonnance

portant sur le droit de visite n'est en vigueur. On répondrait toutefois mieux aux besoins des pupilles de la Couronne faisant l'objet d'une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite au moyen d'ordonnances de communication.

- Il ne semble pas exister de mécanisme pour « convertir » le contact ou la communication selon une ordonnance portant sur le droit de visite en contact ou communication selon une ordonnance de communication.
- Le système actuel décourage le recours aux ordonnances de communication avec les parents biologiques (p. ex., l'offre d'une entente ou ordonnance de communication en échange de l'annulation consentie d'une ordonnance portant sur le droit de visite).

Nous encourageons le maintien du contact ou de la communication, si c'est sans danger et approprié, avec les familles biologiques, car nous reconnaissons le caractère vital de ce contact ou de cette communication pour certains enfants. Toutefois, nous sommes convaincus que le contact ou la communication ne doit pas constituer un obstacle à l'adoption.

Enseignements à tirer des autres provinces

Grâce à l'expérience d'autres provinces, nous avons appris l'existence de moyens pour empêcher les ordonnances du tribunal portant sur le droit de visite de devenir un obstacle à l'adoption. En Colombie-Britannique, l'expiration d'une ordonnance portant sur le droit de visite au moment d'un placement en adoption et son remplacement par une entente de communication remportent un vif succès. Depuis 13 ans, l'expérience montre que le degré de conformité est élevé et que les ententes fonctionnent bien.

Nous suggérons au gouvernement d'étudier l'expérience de ces autres provinces pour éclairer et favoriser l'élaboration d'un énoncé de politique clair en Ontario, énoncé selon lequel **le contact ou la communication avec les familles biologiques ne devraient pas être un obstacle à l'adoption des pupilles de la Couronne** et que **les enfants visés par une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite pourraient bénéficier de l'adoption**.

Nous sommes conscients que ce changement de politique exigera des modifications à la LSEF pour qu'à l'avenir, **les pupilles de la Couronne puissent légalement être adoptés – qu'ils fassent ou non l'objet d'une ordonnance portant sur le droit de visite**.

Adoption en Colombie-Britannique

Nous avons appris des méthodes d'adoption en Colombie-Britannique, lesquelles ont éclairé fortement nos recommandations. Premièrement, les enfants visés par une ordonnance portant sur le droit de visite peuvent être adoptés. En Colombie-Britannique, au moment de la finalisation de l'adoption, l'ordonnance portant sur le droit de visite est soit annulée par le tribunal, puis convertie, avec l'accord des parties, en ordonnance de communication, soit transformée en ordonnance d'adoption. Deuxièmement, la province a mis en place une méthode efficace pour favoriser l'ouverture. Les familles biologiques et adoptives peuvent négocier une entente de communication « partielle » que le gouvernement dépose et négocie, ou une entente de communication « totale » que les familles négocient entre elles. Grâce à ces méthodes, un nombre accru d'enfants placés peut être pris en considération pour l'adoption, et un contact essentiel est maintenu avec les familles biologiques s'il y va de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Obstacles supplémentaires à prendre en compte

Si les enfants visés par une ordonnance portant sur le droit de visite peuvent légalement être adoptés, on règle indéniablement un problème pour certains d'entre eux, mais on entraîne aussi des conséquences involontaires pour d'autres. Nous tenons à signaler qu'il peut être plus difficile de trouver des familles adoptives pour les pupilles de la Couronne qui entretiennent un contact ou une communication sur ordonnance du tribunal en raison des complexités supplémentaires engendrées par les ordonnances officielles. D'après nous, les difficultés que les SAE connaissent en essayant de comprendre et d'appliquer les ordonnances de communication ont déjà montré dans quelle mesure tout type de contact ou de communication sur ordonnance d'un tribunal peut constituer un obstacle à l'adoption. Nous estimons qu'il faudrait mettre au point des **outils et des mécanismes pour favoriser la communication lorsque c'est dans l'intérêt supérieur de l'enfant** (p. ex., ententes de communication ou autre forme de contact ou de communication sur ordonnance du tribunal tout spécialement conçue pour l'adoption).

Voie à suivre

Pour reconnaître sans tarder l'importance de maintenir un contact ou une communication avec les parents biologiques et lever les obstacles encore existants en raison du nombre élevé de pupilles de la Couronne visés par une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite, le gouvernement devrait **mener sur-le-champ une étude provinciale de toutes les ordonnances existantes du tribunal portant sur le droit de visite pour les pupilles actuels de la Couronne**. Nous remarquons qu'environ 75 % des enfants qui sont pupilles de la Couronne depuis plus de deux ans font l'objet d'une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite et que le plan de garde permanente pour une grande majorité d'entre eux (65 %) est la famille d'accueil ou la garde en établissement⁶⁰. Si le droit de visite n'est pas exercé ou qu'il n'est plus dans l'intérêt supérieur de l'enfant, il faudrait renvoyer le cas au tribunal pour qu'il juge si le droit de visite est toujours dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Même si un certain type de contact ou de communication avec la famille biologique continue d'être bénéfique pour l'enfant, il faudrait envisager la possibilité de remplacer l'ordonnance portant sur le droit de visite par une entente ou ordonnance de communication.

Pour favoriser une politique globale de communication, le gouvernement devrait également :

- Déterminer clairement comment et quand le tribunal devrait rendre une ordonnance portant sur le droit de visite, et quand il ne devrait pas le faire.
- Sensibiliser les professionnels du système juridique, y compris le corps judiciaire, à l'importance de l'adoption pour les pupilles de la Couronne, en mettant particulièrement l'accent sur l'adoption des pupilles de la Couronne plus âgés.
- Fournir un mécanisme pour que les enfants puissent donner leur avis sur les décisions qui touchent leur vie – au moment où le tribunal rend une ordonnance de tutelle par la Couronne ou évalue la possibilité d'un contact ou d'une communication avec la famille biologique.
- Valoriser une culture qui permettrait aux familles biologiques d'entretenir un certain type de contact ou de communication au cours des processus de négociation ou de médiation liés à l'avenir de l'enfant, tout en envoyant le message clair que l'adoption se poursuivra si elle est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
- Accroître la disponibilité des processus de règlement extrajudiciaire, qui sont moins contradictoires et exigent moins de temps que le système juridique.

Le gouvernement doit s'attacher à élaborer un système et une culture qui appuient l'adoption avec communication, qui répondent aux besoins de toutes les parties (le tribunal, les fournisseurs de services, les familles adoptives, les familles biologiques) et plus important encore, qui sont dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Selon nous, il est possible d'utiliser des outils qui appuient la communication et sont développés dans le cadre d'un système tourné vers l'adoption (p. ex., appui de l'AAP, planification concomitante d'une garde permanente, repérage précoce des familles et jumelage rapide avec les enfants) afin de favoriser des processus d'adoption qui respectent davantage les délais impartis et qui donnent de meilleurs résultats pour les enfants.

Nous sommes convaincus que ces étapes permettront d'encourager l'adoption d'un nombre accru de pupilles de la Couronne – visés ou non par une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite – et simplifieront énormément l'adoption des pupilles de la Couronne à l'avenir.

Transformation de la politique en matière de bien-être de l'enfance

Les observations suivantes concernent uniquement le volet « adoption » de la transformation de la politique en matière de bien-être de l'enfance.

En 2005, le gouvernement de l'Ontario a effectué une série de changements dans la politique en matière de bien-être de l'enfance. Pour encourager le recours à l'adoption comme option de garde permanente pour les enfants placés, le ministère a plaidé en faveur de quatre stratégies :

- 1) Modifications à la LSEF pour autoriser la communication avec la famille biologique après une adoption grâce à des ententes ou ordonnances de communication.
- 2) Élaboration d'outils communs pour les études du milieu familial et les formations parentales.
- 3) Développement d'une base de données électronique et d'un site Internet pour permettre de jumeler plus d'enfants avec des familles.
- 4) Appui, si nécessaire, après la finalisation d'une adoption.

La mise en œuvre des multiples aspects de cette transformation sur le plan de l'adoption s'est faite différemment dans la province. D'après nous, ces profondes disparités s'expliquent en partie par le fait que 53 SAE autonomes interprètent la stratégie du gouvernement.

Nous avons constaté que l'élaboration de processus communs pour les formations parentales et les études du milieu familial a fait énormément avancer les choses, mais que l'objectif de transférabilité complète n'a pas encore été atteint. De même, malgré la création d'un site Internet et d'une base de données électronique grâce au programme AdoptOntario, trop peu de profils d'enfants et de familles y sont répertoriés.

Des options de garde permanente, comme la garde intrafamiliale et la garde juridique, ont vu le jour. Nous avons constaté que certaines SAE ont appuyé tout particulièrement la garde intrafamiliale. Toutefois, nous redoutons que, même s'il est important de hiérarchiser les options pour répondre au mieux aux divers besoins de l'enfant placé, l'adoption ne devienne qu'une option de garde permanente parmi beaucoup d'autres, malgré la sécurité, la stabilité et la certitude juridique qu'elle seule peut apporter.

Les processus de surveillance et de suivi en matière d'adoption n'ont pas été bien pensés ni mis en place après les réformes de transformation. Il est donc exceptionnellement difficile de contrôler leur réussite. Il faut établir des objectifs et mesures clairs pour déterminer si la transformation fait son effet. Ces objectifs et mesures doivent être transparents, validés et contrôlés de façon indépendante, et rendus publics.

En conclusion, nous sommes convaincus qu'il faut en faire davantage pour s'assurer que le contact avec les familles biologiques n'est pas un obstacle à l'adoption. Nous ne croyons pas que les ordonnances ou ententes de communication telles qu'elles existent actuellement peuvent atteindre leurs objectifs. Nous sommes également convaincus que le financement stable et garanti des subventions d'adoption et des appuis après l'adoption est primordial pour multiplier les adoptions. Actuellement, les SAE doivent obtenir les financements à l'intérieur du système, ce qui entraîne d'importantes disparités dans la province. Nous pensons que la mise en place d'idées complexes dans 53 organismes autonomes pose problème pour la réussite des adoptions.

Ethnie, culture et structure familiale

Les services d'adoption publique et internationale sont soutenus par des politiques très différentes en matière de placement d'enfants dans le cadre d'adoption ethnique et culturelle⁶¹. Compte tenu de la nature de l'adoption internationale, beaucoup d'enfants sont placés dans des familles d'ethnie ou de culture différente. La situation est tout autre avec les services d'adoption publique, puisque les SAE mettent l'accent de manière très différente sur le jumelage ethnique et culturel, et que les facteurs importants dans le jumelage des enfants avec des familles diffèrent considérablement (p. ex., apparence physique ou pratiques culturelles).

Sauf exceptions (principalement pour les enfants des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain), les enfants restent longtemps placés si on accorde beaucoup trop d'importance à la recherche de la bonne combinaison ethnique et culturelle, sans prendre en compte d'autres besoins éventuels tout aussi importants pour eux.

La « raffe des années 1960 », mise en place en Ontario et dans d'autres provinces au Canada entre la fin des années 1950 et le milieu des années 1970 et visant à retirer les enfants des Premières Nations, des Métis et des Inuits de leur communauté d'origine et à les faire adopter par des familles qui n'appartiennent pas à ces communautés, est aujourd'hui un grand sujet de préoccupation pour les responsables des Premières Nations, des Métis et des Inuits.

Nous savons bien que le gouvernement devra travailler en partenariat avec les responsables des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain, leurs organismes, leurs communautés et leurs fournisseurs de services pour évaluer si et comment notre rapport a des répercussions sur le bien-être des enfants des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain.

Nous appuyons les efforts déployés pour jumeler les enfants avec des familles de même ethnie, de même culture et de même langue, si cette démarche est clairement dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Toutefois, il faudrait éclairer ces politiques par des données courantes probantes. Selon nous, il ne faudrait pas trop retarder le placement et aucun enfant ne devrait être privé d'un foyer stable et permanent simplement parce que la famille adoptive, qui répond à l'immense majorité des besoins de l'enfant, ne possède pas le même bagage ethnique, culturel ou linguistique⁶².

Nous avons également découvert des différences de comportement dans la province concernant le jumelage d'enfants dans des familles de personnes célibataires et homosexuelles (dans le cadre du service d'adoption internationale, la politique en la matière est déterminée par le pays d'origine de l'enfant; en cas d'adoption privée au pays, le parent biologique choisit le parent adoptif). Là aussi, nous pensons que la politique favorisant les décisions sur la structure familiale devrait s'appuyer sur des données courantes probantes.

D'après notre étude de la documentation, l'ajustement de l'enfant à l'adoption dépend de son âge et du temps passé en placement. Les enfants adoptés dans des familles non traditionnelles – des familles d'ethnies mixtes, de culture ou de langue différente, ou encore de structure familiale distincte – enregistrent des résultats similaires à ceux qui sont adoptés dans des familles plus traditionnelles^{63, 64, 65}.

Nous croyons que l'Ontario doit élaborer des politiques cohérentes pour le jumelage ethnique, culturel et linguistique, ainsi que pour les placements axés sur la structure familiale afin de réduire les disparités dans la province.

Problèmes dans les trois services d'adoption

Planification de l'adoption

Les règles qui empêchent les familles de recourir à plus d'un type d'adoption à la fois (p. ex., obtenir l'approbation pour adopter en Chine et étudier la possibilité d'adopter par l'entremise d'une SAE) ou d'examiner une seconde adoption pendant que la première est en cours (p. ex., envisager la possibilité d'adopter un deuxième enfant tout en attendant un jumelage avec un enfant de Chine) constituent des obstacles à l'adoption. Cela dit, nous savons bien que ces politiques avaient à l'origine pour objectif d'empêcher les familles d'avoir plus d'un placement en 18 mois.

« Nous savons que nous deviendrons parents d'une manière ou d'une autre en faisant une demande par l'entremise des trois systèmes. »

– Personne interrogée

Il est primordial de donner aux éventuelles familles adoptives la possibilité d'étudier parallèlement toutes les options (surtout si elles prévoient adopter plus d'un enfant), en partie à cause de la durée incertaine de l'adoption, quel que soit le service utilisé. D'après nous, le système devrait tolérer davantage les familles qui étudient différentes options d'adoption en même temps – tout en accordant assez de temps entre les adoptions pour permettre aux familles et aux enfants d'établir des liens. Les politiques de planification de l'adoption devraient être claires, fondées sur des données probantes et sensibles à la structure actuelle des services.

Services de procréation assistée et adoption

« Nous avons dû nous demander à quel point nous voulions vraiment devenir parents. Le lendemain de notre premier échec avec la FIV, nous avons appelé un organisme d'adoption. »

– Personne interrogée

Nous avons souvent entendu parler de la politique tacite selon laquelle les familles ne peuvent pas avoir recours parallèlement aux services de procréation et aux services d'adoption. Nous comprenons à quel point il est important pour les familles d'être physiquement et émotionnellement préparées à l'adoption – surtout après un traitement infructueux de procréation assistée. Cela dit, une politique informelle qui empêche l'évaluation parallèle des services de procréation assistée et de

l'adoption pousse les parents à agir dans la clandestinité. Des familles nous ont révélé qu'avec une aide adéquate, elles sont plus à même de prendre les bonnes décisions sur leur capacité à recourir parallèlement aux services de procréation assistée et à l'adoption. En outre, à mesure que les familles évaluent le processus d'adoption, les fournisseurs de services d'adoption et les intervenants, qui sont formés pour donner la formation parentale et effectuer l'étude du milieu familial, peuvent aider les familles à déterminer ce qui leur convient et ce qu'il leur faut pour devenir les meilleurs parents possibles pour leur enfant.

Congé pour les parents adoptifs

D'après les normes de l'emploi dans plusieurs autres provinces, les parents adoptifs peuvent prendre le même nombre de jours de congé que les parents biologiques. Ce n'est pas le cas en Ontario. Dans la province, le congé maternel et parental des parents biologiques s'élève à 52 semaines non rémunérées avec protection de l'emploi, alors que les parents adoptifs n'ont droit qu'à 37 semaines de congé parental. Du point de vue des prestations d'assurance, le gouvernement fédéral fait également une différence entre les parents adoptifs et les parents biologiques.

« Lorsque vous adoptez, vous devez créer un lien qui n'est pas naturellement présent. Il existe énormément d'entreprises qui sont prêtes à le reconnaître, mais pas le gouvernement. Je pense que les lois et la réglementation sur l'adoption sont établies sans empathie ni connaissance de la situation réelle des parents qui adoptent. »

– Personne interrogée

Rien ne justifie cette différence de traitement. Il est vrai que dans les 52 semaines de congé accordées aux parents biologiques, une période de temps est prévue pour aider la mère biologique à se remettre physiquement de l'accouchement. Cela dit, il faudrait prendre en compte le temps que les parents adoptifs consacrent à nouer des liens avec leurs enfants adoptés.

Il faudrait modifier la *Loi sur les normes d'emploi* en Ontario afin que les congés soient les mêmes pour les parents adoptifs et les parents biologiques. Nous recommandons également au gouvernement de l'Ontario d'envisager de proposer au gouvernement fédéral de modifier les règles de l'assurance-emploi afin d'offrir le même traitement pour les parents biologiques et adoptifs.

On a diagnostiqué des problèmes d'infertilité chez Michael et Gwen à la fin de leur trentaine. Quand leur médecin leur a confié que leur chance de concevoir par fécondation in vitro était plutôt mince, ils ont envisagé l'adoption. Ils ont appris sur Internet qu'une adoption internationale serait plus rapide qu'une adoption publique – malgré le coût. Ils ont donc pris contact avec un organisme d'adoption qui se spécialise dans les adoptions internationales en Chine.

Ils avaient déjà mené à bien l'étude de leur milieu familial et leur formation et ils étaient en train de faire une demande de jumelage avec un enfant lorsque la Chine a changé ses règles d'adoption. Ils ont appris qu'il leur faudrait désormais plus de temps pour adopter en Chine et ont eu peur de ne plus pouvoir répondre aux conditions d'âge imposées par le pays. L'organisme d'adoption leur a conseillé d'adopter en Éthiopie, à condition d'abandonner leur demande en Chine. Michael et Gwen ont trouvé difficile le changement de règles et de conditions. Ils étaient déçus de ne pas pouvoir obtenir de renseignements précis sur la durée du processus et son coût. Il semblait y avoir toujours plus de paperasserie à remplir et de frais à régler.

Près de trois ans après avoir entamé leurs démarches en adoption, Gwen et Michael ont été soulagés et heureux d'apprendre qu'ils avaient été jumelés avec une fratrie : Sunil (deux ans) et Crishantha (six mois). Michael et Gwen sont partis en Éthiopie pour conclure l'adoption et aller chercher leurs enfants.

À leur retour, Michael a pris un congé parental. Gwen et Michael ont tissé des liens profonds avec leurs enfants et n'ont aucun regret. Mais l'expérience a eu des conséquences néfastes. Ils estiment avoir dépensé environ 40 000 \$ pour mener à bien les adoptions. Même si le processus d'adoption s'est parfois avéré laborieux, le couple a établi des liens avec un groupe de familles qui ont également adopté des enfants d'Éthiopie. Ils trouvent leur aide très utile.

Difficultés de l'adoption privée au pays et de l'adoption internationale

Tutelle

Pour les adoptions volontaires, la LSEF prévoit actuellement le transfert des responsabilités à l'égard du bien-être de l'enfant et de sa garde au titulaire de permis ou à la SAE qui placent l'enfant, et ce, dès l'obtention de tous les consentements requis par la loi et l'expiration de la période durant laquelle ces consentements peuvent être révoqués. L'adoption privée au pays et l'adoption internationale se heurtent toutefois à un obstacle, dans la mesure où la LSEF ne traite pas de façon claire les cas de dispense de consentements. Il faut une politique et un travail législatif connexe pour clarifier les problèmes de tutelle lorsque le consentement étranger est établi, que les droits parentaux ont été retirés et que la tutelle a été accordée à une entité ou à la famille adoptive dans le pays de résidence de l'enfant, ou qu'un enfant est un pupille permanent d'une autorité autre que celle de l'Ontario (p. ex., une autre province ou un autre pays).

Dépenses

Nous savons bien que la politique relative aux dépenses admissibles en matière d'adoption privée au pays et d'adoption internationale vise à fournir un mécanisme aux familles adoptives pour leur permettre de payer tous les frais d'adoption au pays et, le cas échéant, dans le pays d'origine de l'enfant. Toutefois, la réalité actuelle veut que la réglementation en matière de dépenses soit trop restrictive et ne tienne pas compte des processus réels de l'adoption internationale.

Pour mieux accompagner la réalité actuelle de l'adoption internationale, la loi devrait considérer les dépenses qui peuvent être payées légalement dans un autre pays. Il faudrait exiger la divulgation complète des coûts engendrés pour mener à bien l'adoption.

En outre, il faudrait élargir la catégorie des dépenses légitimes pour y inclure les dépenses encourues dans le cadre d'une procréation assistée par un tiers, si les parents n'ont d'autre choix que l'adoption. Ces dépenses comprendraient le coût des procédures médicales, des tests et autres dépenses autorisées par la loi et la réglementation. De plus, conformément aux règles dans certaines autres provinces, il faudrait envisager d'élargir la catégorie des dépenses légitimes en matière d'adoption privée au pays pour y inclure certains frais médicaux liés à la grossesse et à l'accouchement en cas d'absence d'une autre couverture et sous réserve qu'il s'agisse d'un versement sans condition.

Difficultés de l'adoption internationale

La *Convention de la Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale* (Convention de la Haye) joue un rôle important dans l'adoption internationale. La Convention de la Haye est une entente internationale visant à protéger l'intérêt supérieur des enfants adoptés entre pays, à normaliser les processus d'adoption entre les pays signataires et à empêcher le trafic d'enfants. La convention offre un cadre de référence pour la réglementation ontarienne sur l'adoption internationale.

L'adoption internationale est complexe. Elle est rendue encore plus difficile en Ontario, car la politique qui la sous-tend n'est pas claire et le processus pour mener à bien une adoption est régi par une des deux lois suivantes : la LSEF ou la LAI. Le fait que l'adoption vise un pays signataire ou non de la Convention de la Haye a également des répercussions sur le processus.

La protection des enfants et des familles, ainsi que le respect des délais pour les placements internationaux sont des objectifs qui devraient guider la politique. Nous recommandons au gouvernement de réviser et remanier la politique et la législation en matière d'adoption internationale en vue d'éliminer les obstacles et les lacunes et de favoriser l'harmonie entre la LSEF, la LAI, la Convention de la Haye et les réalités des pays non signataires de cette convention.

L'analyse ci-dessous met en évidence quelques-unes des politiques et questions législatives qui bloquent l'adoption internationale.

La nouvelle réalité de l'adoption internationale

Tout comme dans le cas d'une adoption publique, les enfants plus âgés adoptés dans d'autres pays peuvent également s'adapter à un nouveau foyer permanent. En partie à cause des changements apportés au système de l'adoption internationale ces dernières années, de plus en plus d'enfants adoptés dans d'autres pays ne sont pas des nouveau-nés ou des nourrissons. En réalité, compte tenu du temps nécessaire pour suivre tous les processus visant à s'assurer qu'ils peuvent bien être adoptés, ces enfants ont en fait près de trois ans au moment de l'adoption. Toutefois, d'après les titulaires de permis et les familles

adoptant dans d'autres pays, le gouvernement hésite à approuver les études du milieu familial révélant qu'une famille est prête à adopter un enfant de plus de trois ans ou est jumelée à des enfants de plus de trois ans. Il est important que le gouvernement révise ses politiques d'adoption internationale et envisage l'âge de la même façon que pour une adoption publique, à savoir comme l'un des nombreux facteurs à prendre en compte dans l'évaluation de la qualité d'une famille ou d'une demande en cas d'adoption internationale.

La Convention de la Haye

La Convention de la Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (la Convention de la Haye) a été mise en place pour tenter de régler le problème des pratiques d'adoption moralement contestables. Nous saluons et appuyons cet effort. Précisons toutefois que, dans certains cas, les exigences en vigueur ont généré involontairement des obstacles et des retards additionnels au placement initial d'enfants, ce qui rallonge leur séjour en établissement.

Même si nous voulons que les pratiques éthiques en adoption internationale continuent d'être suivies, nous souhaitons des politiques provinciales qui reconnaissent les réalités actuelles de l'adoption internationale, notamment le fait que les enfants sont de plus en plus âgés et que l'adoption par un membre de la famille est complexe.

Adoption par un membre de la famille

Les politiques relatives à l'adoption par un membre de la famille varient énormément en Ontario. D'un côté, en matière d'adoption publique, la dernière orientation politique, confirmée dans le calendrier de transformation du gouvernement en 2005, vient manifestement appuyer le placement d'enfants chez un membre de la famille. En pratique, les SAE se tournent d'abord vers la famille pour la garde permanente ou l'adoption d'un enfant. D'un autre côté, le soutien apporté à l'adoption internationale par un membre de la famille dépend du cadre législatif (p. ex., la LSEF ou la LAI) qui la régit et aucune politique claire en la matière n'est actuellement en vigueur. Un bon nombre d'adoptions internationales impliquent des Ontariens qui espèrent adopter un jeune de leur famille vivant dans un autre pays et dont les parents ne parviennent pas à assurer la subsistance. Pourtant, les membres de la famille proche qui seraient considérés avec intérêt dans le cadre d'une adoption publique ou privée au pays éprouvent bien souvent des difficultés supplémentaires lorsqu'ils tentent une adoption internationale.

La LSEF dispense certains membres de la famille – grands-parents, tantes, oncles, grands-tantes et grands-oncles – d'un certain nombre d'exigences réglementaires liées au placement en adoption (p. ex., aucune exigence pour mener à bien la formation parentale et le processus d'étude du milieu familial). De son côté, la LAI considère tous les membres de familles adoptives éventuelles de la même façon, qu'ils soient ou non membres de la famille de l'enfant.

Nous constatons qu'il faut résoudre plusieurs problèmes en matière d'adoption internationale par un membre de la famille, notamment la considération qu'accordent d'autres organismes (p. ex., la Convention de la Haye, le gouvernement fédéral) à l'adoption par un membre de la famille ainsi que les incohérences résultant de la mise en place de deux lois en Ontario pour régir l'adoption internationale. Cela dit, nous avons également conscience que la population de l'Ontario est diversifiée et que certains Ontariens, pour des raisons personnelles, espèrent fonder une famille ou l'agrandir en adoptant un proche dans leur pays d'origine.

D'après nous, le gouvernement devrait élaborer une politique claire pour mettre en évidence son appui à l'adoption par un membre de la famille – y compris l'adoption internationale par des proches. Parmi les questions à aborder, citons :

- L'élargissement de la catégorie des membres de la famille et des conjoints (p.ex., conjoint du parent décédé d'un enfant).
- Les obstacles à l'adoption pour les Ontariens qui souhaitent adopter un enfant de leur famille dans un pays avec lequel aucun titulaire de permis de l'Ontario n'a établi de programme (p. ex., il peut être difficile ou onéreux de trouver un titulaire de permis en Ontario prêt à établir un programme dans un pays en vue d'une adoption).
- L'indication claire de l'autorité législative et des processus en cas d'adoption par un membre de la famille (p. ex., en vertu de la LSEF, le gouvernement n'a pas l'autorité nécessaire pour approuver les adoptions par un membre de la famille, mais l'immigration fédérale exige l'approbation du gouvernement).

Jasmine et Terrell sont au début de la quarantaine et ont un fils de 12 ans, Tyson. Leur revenu familial s'élève à 58 000 \$. Un beau jour, Terrell reçoit un appel des services de protection de l'enfance en Ohio. Sa sœur qui vit en Ohio a une fille de cinq ans, Laila. Le père de l'enfant est inconnu. Consommatrice de drogues, la sœur de Terrell est sans emploi. Depuis deux ans, les services de protection de l'enfance s'occupent par intermittence de Laila. Ils prévoient porter la cause devant le tribunal afin de suspendre les droits parentaux de la sœur de Terrell. Avant de placer Laila, actuellement en famille d'accueil, dans un foyer adoptif qui n'a aucun lien familial avec elle, les services sont tenus, en vertu de la politique de l'Ohio, de rechercher des membres de la famille qui souhaiteraient prendre soin de l'enfant. La sœur de Terrell ne s'opposera pas aux procédures juridiques si Terrell et Jasmine peuvent adopter Laila. Les services de protection de l'enfance de l'Ohio veulent savoir si Terrell souhaiterait s'occuper de sa nièce, quand lui et sa conjointe seraient prêts à l'adopter et s'ils peuvent se présenter au tribunal le mois suivant.

Jasmine et Terrell ne savent pas par où commencer. Après une semaine de coups de téléphone et de recherches sur Internet, on leur dit qu'ils doivent faire appel à un intervenant privé en adoption pour effectuer une étude de leur milieu familial. Le coût de l'étude s'élève environ à 2 500 \$. Ils devront également suivre la formation parentale qui leur coûtera 1 400 \$ de plus. Ils se demandent comment ils vont trouver l'argent pour payer ces frais imprévus. Ils apprennent également qu'il faudra à peu près trois mois pour remplir ces deux exigences.

Comme les États-Unis et le Canada sont tous les deux signataires de la Convention de la Haye et que l'adoption sera finalisée aux États-Unis, Jasmine et Terrell auront besoin des services d'un titulaire de permis de l'Ontario, autorisé par la LAI et la Convention de la Haye – une dépense supplémentaire pour le couple. On leur apprend également qu'au nom du gouvernement de l'Ontario, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse doit examiner l'étude de leur milieu familial avant d'émettre une lettre d'approbation, et qu'il faudra passer par d'autres étapes pour satisfaire les règles de la Convention de la Haye, notamment l'approbation, par le gouvernement de l'Ontario, de la proposition d'adoption de l'enfant. Finalement, ils apprennent qu'il faudra du temps supplémentaire pour mener à bien le processus de parrainage visant à accorder le visa d'entrée en Ontario à Laila. Les services de protection de l'enfance en Ohio informent Terrell et Jasmine que le tribunal pourrait ne pas être disposé à attendre les six à huit mois nécessaires pour faire venir Laila en Ontario. Le tribunal là-bas est impatient : Laila est en famille d'accueil depuis trop longtemps et la fin des audiences du tribunal a déjà fait l'objet de trois reports.

Lacunes législatives

Les règles de la Convention de la Haye régissent les adoptions de nombreux pays dans le monde, mais pas de tous. LAI est la loi qui applique la Convention de la Haye en Ontario. En tant qu'autorité centrale pour la Convention de la Haye dans la province, le gouvernement est tenu d'approuver les familles aptes à l'adoption, puis d'approuver la proposition d'adoption.

La LAI donne des procédures à suivre en Ontario lorsque les adoptions seront finalisées dans le pays d'origine de l'enfant – qu'il soit signataire ou non de la Convention de la Haye. Des problèmes se posent lorsque la Convention de la Haye s'applique aux adoptions qui devront être finalisées en Ontario. La LSEF ne prévoit pas de procédures à suivre pour garantir le respect des exigences de la Convention de la Haye. Cette lacune législative rend peu intelligibles les procédures à suivre pour finaliser ces adoptions.

Des lacunes législatives ressortent de l'absence d'harmonisation entre la LAI, la LSEF et la Convention de la Haye, ce qui entraîne une complexité, des dépenses et un retard inutiles pour les familles et les enfants.

Conflit de lois

Dans la plupart des autres provinces et États, la législation en matière d'adoption dispose de règles portant sur les conflits de lois, lesquelles reconnaissent les situations où les exigences juridiques diffèrent d'un endroit à un autre. Même si la LSEF prévoit clairement le cas d'enfants qu'on fait venir en Ontario pour y finaliser leur adoption, elle comporte de sérieuses lacunes puisqu'elle ne parvient pas à résoudre les problèmes qui se posent si les règles du pays d'origine de l'enfant ne correspondent pas à celles de l'Ontario. Par exemple, l'Ontario dispose de règles précises sur l'obtention des consentements à l'adoption, la date de leur entrée en vigueur, leur nature et les frais légitimes liés à l'adoption. Dans de nombreux cas, ces règles diffèrent de celles du pays d'origine de l'enfant. La LSEF ne prend absolument pas en compte ces différences, ce qui fragilise les familles ontariennes qui se présentent au tribunal en Ontario pour obtenir une ordonnance d'adoption avec des documents étrangers qui pourraient ne pas satisfaire les règles provinciales.

Dans certains cas, un enfant peut très bien avoir été remis par un parent à un orphelinat ou avoir été abandonné. Les droits parentaux sur cet enfant sont alors transférés par un tribunal ou, conformément aux lois du pays, à un orphelinat ou à une personne habilitée à consentir à l'adoption de l'enfant. La LSEF ne reconnaît pas automatiquement une telle ordonnance ni ne considère le consentement d'un orphelinat ou d'une personne habilitée comme suffisant pour autoriser la finalisation de l'adoption en Ontario, même si l'autorité d'adoption à l'étranger et le ministère ont approuvé l'adoption.

Les lois d'autres provinces et États considèrent comme valides et suffisants les consentements et ordonnances en matière d'adoption étrangère qui mettent fin aux droits parentaux, s'ils respectent les règles de l'autorité étrangère. Nous suggérons au gouvernement de modifier dans les plus brefs délais la LSEF pour y ajouter ces dispositions relatives au conflit de lois.

Ontariens résidant temporairement à l'extérieur de la province

La politique comporte une lacune pour les Ontariens qui vivent ou travaillent temporairement à l'extérieur de l'Ontario et qui souhaitent procéder à une adoption internationale. Aux États-Unis, le secrétaire d'État est autorisé à aider les citoyens impliqués dans une adoption internationale. Il existe là-bas des règlements et des lignes directrices qui s'attaquent aux difficultés liées à l'adoption dont souffrent les citoyens résidant à l'étranger. D'après nous, le gouvernement devrait, dans le cadre de son mandat, élaborer une politique afin d'aider davantage d'Ontariens à fonder une famille par l'entremise de l'adoption, notamment ceux qui vivent temporairement à l'extérieur de la province et qui souhaitent adopter.

Adoption internationale – rôle du gouvernement

Dans le présent rapport, les recommandations visent certains obstacles et lacunes en matière d'adoption internationale.

Nous croyons que l'adoption internationale est un moyen important de fonder une famille pour les Ontariens. D'après nous, le gouvernement devrait apporter un soutien manifeste aux adoptions internationales, surtout parce qu'elles représentent près d'un tiers des adoptions annuelles en Ontario. Pour mieux appuyer les familles dans leur choix d'adopter à l'étranger, nous estimons qu'il faut faire preuve d'une attention constante et accrue sur le plan politique.

En outre, pour offrir un service efficace en adoption internationale qui tient compte des réalités actuelles des Ontariens, le gouvernement doit reconnaître les effets des politiques d'autres autorités sur l'Ontario et mobiliser toute son énergie pour aider les Ontariens à adopter à l'étranger.

Par exemple, la politique et la législation du gouvernement fédéral ont des répercussions sur l'adoption internationale : les autorités canadiennes de l'immigration responsables de l'émission des visas n'ont pas toujours d'égard pour la rigueur du processus de sélection qui est exigée en Ontario avant l'approbation d'un placement en adoption internationale. Elles exigent un examen plus approfondi de ces adoptions, ce qui implique souvent la séparation des enfants de leurs familles adoptives ou la séparation des membres des familles adoptives elles-mêmes (lorsque l'un des parents reste dans le pays d'origine de l'enfant pour s'en occuper en attendant l'approbation de finaliser l'adoption). L'attente de l'approbation d'un visa est une expérience coûteuse et stressante pour les familles. Le délai nuit aux liens et à l'attachement entre l'enfant et la famille.

Le gouvernement provincial doit s'associer aux principaux preneurs de décision qui relèvent de lui, aux autres provinces, au gouvernement fédéral ainsi qu'aux gouvernements d'autres provinces et pays, et doit plaider en faveur des Ontariens qui fondent leur famille par l'entremise de l'adoption internationale, et ce, au sein du gouvernement lui-même et devant les différents ordres de gouvernement (gouvernement fédéral et gouvernements d'autres pays).

Même si nous comprenons que le gouvernement de l'Ontario ne peut pas avoir d'influence directe sur la politique et la législation d'autres autorités, nous estimons qu'il est important d'établir par concertation des liens entre les gouvernements pour éclairer la politique de l'Ontario et celle d'autres ordres de gouvernement, et pour aider les Ontariens à adopter à l'étranger, et ainsi répondre au mieux aux besoins des enfants. Nous invitons le gouvernement de l'Ontario à réduire au minimum les obstacles ou les délais du processus d'adoption internationale, dans la mesure où ils relèvent de son autorité.

Le gouvernement devrait s'efforcer par concertation d'élaborer une politique pertinente et à jour en matière d'adoption internationale. Il devrait aussi développer des mécanismes pour gérer les chevauchements au sein des autorités elles-mêmes et entre elles afin d'améliorer la politique et la législation de l'Ontario et du gouvernement fédéral.

Orientation, supervision et contrôle

Orientation et supervision cohérentes

Lorsque nous avons étudié le fonctionnement du système d'adoption dans son ensemble en Ontario, nous avons constaté que le gouvernement participe bien plus directement à l'orientation quotidienne des titulaires de permis offrant des services d'adoption internationale et d'adoption privée au pays qu'à celle du secteur de l'adoption publique.

Le gouvernement approuve les études du milieu familial dans le cadre de l'adoption internationale, ainsi que les plans de placement pour les adoptions privées au pays et les adoptions internationales. En revanche, il adopte davantage le principe de « non-intervention » dans les services d'adoption publique. Les SAE nous ont ainsi répété à maintes reprises qu'il faudrait expliquer clairement le but des changements apportés à la politique. Nous avons également remarqué qu'un bon nombre de lignes directrices et de normes qui orientent les pratiques d'adoption sont dépassées. La dernière série complète de directives à l'intention des fournisseurs de services en adoption publique remonte à 1985. Celle qui s'adresse aux titulaires de permis et aux intervenants du secteur privé pour les adoptions privées au pays et les adoptions internationales date, quant à elle, de 2000.

D'après nous, il faut orienter et surveiller régulièrement tous les services d'adoption pour réduire les disparités en matière d'adoption publique dans la province, pour assurer la responsabilisation des systèmes privés d'adoption au pays et d'adoption internationale, et pour faire en sorte que l'adoption soit bien dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Objectifs et normes de la province

Pour améliorer réellement la prestation de services, il est important d'établir une série d'objectifs provinciaux pour les adoptions publiques à finaliser chaque année. Si le gouvernement s'engage à mettre en pratique les recommandations sur l'adoption données dans le présent rapport, nous prévoyons que **le nombre d'adoptions des pupilles de la Couronne doublera en l'espace de cinq ans** (on compte actuellement près de 800 adoptions publiques – d'ici 2014, le nombre d'adoptions par an devrait passer à 1 600). Nous croyons que cet objectif est réalisable d'après l'expérience des États-Unis. En effet, le nombre d'adoptions y a fortement augmenté après l'apport de modifications importantes à la politique, modifications codifiées par le Président Clinton dans la loi fédérale (*Adoption and Safe Families Act*). Aux États-Unis, les réformes de 2002 sur l'adoption ont permis de doubler le nombre d'enfants adoptés entre 1995 et 2000. Parmi les politiques à l'appui de ces résultats, citons :

- Le financement de subventions permanentes de l'État pour les adoptions d'enfants ayant des besoins spéciaux.
- Les aides financières pour les États qui ont augmenté leur nombre d'adoptions.
- La normalisation des règles d'annulation des droits parentaux (p. ex., si un enfant était placé pendant 15 des 22 derniers mois, il faut enclencher le processus d'annulation des droits parentaux).

Objectif de la province

Pour fixer l'objectif visant à doubler les adoptions des pupilles de la Couronne en l'espace de cinq ans, nous avons examiné le nombre actuel de pupilles de la Couronne (déduction faite du nombre de pupilles de la Couronne autochtones et issus des Premières Nations) selon l'âge et le placement. Nous avons ensuite comparé ces données au taux de placement national des États-Unis pour les mêmes tranches d'âge, puis avons établi, par similitude, les taux de placement en Ontario.

Il faudrait également fixer des normes de prestation de services. Lors de notre analyse de l'agence provinciale à la page 52, nous avons signalé le rôle important que le gouvernement doit jouer dans l'établissement des normes sur la disponibilité de la formation parentale et des études du milieu familial ainsi que sur le processus de vérification du bien-être de l'enfant et du casier judiciaire.

Il faudrait réévaluer et réviser tous les objectifs et les normes de service avant la fin de la période de cinq ans et, le cas échéant, établir de nouveaux objectifs ambitieux.

Rapidité des processus juridiques

Les travailleurs du bien-être de l'enfance nous ont répété sans cesse que les processus juridiques peuvent être très lents, exiger un temps considérable et coûter très cher – ils ont visiblement une incidence directe sur la rapidité des placements d'enfants sous la tutelle de la Couronne. À son tour, cette situation se répercute directement sur la capacité de parvenir à des accords pour la garde permanente de ces enfants, y compris l'adoption.

Le gouvernement a déjà pris d'importantes mesures pour régler ce problème. Il a appuyé l'élaboration de processus de règlement extrajudiciaire, notamment la médiation, pour alléger le fardeau des tribunaux. Cela dit, les renseignements dont on dispose sur le fonctionnement réel de ces processus dans la province sont rares.

Nous recommandons au gouvernement de hiérarchiser les solutions à ce problème et d'envisager d'établir également des normes de service dans ce domaine. Dans le cadre de son rôle de surveillance de tout le système (organismes de bien-être de l'enfance et système juridique), le gouvernement devrait étudier les moyens de recourir aux processus de règlement extrajudiciaire afin que les enfants accèdent aussi efficacement que possible aux processus de tutelle de la Couronne, tout en recueillant des données pour évaluer le fonctionnement des méthodes comme le règlement extrajudiciaire.

Octroi de permis

Comme nous l'avons indiqué, le gouvernement est chargé d'octroyer les permis aux fournisseurs de services d'adoption privée au pays et internationale. Nous reconnaissons tout à fait l'importance de la réglementation et du processus d'octroi de permis aux fournisseurs de services d'adoption privée. Toutefois, nous remettons en cause les exigences actuelles concernant le renouvellement annuel de tous les permis. Compte tenu de la réalité du processus d'adoption internationale – qui prend souvent plusieurs années – et de la grande responsabilité des titulaires de permis, nous estimons que le gouvernement devrait utiliser au mieux ses ressources et adopter une approche graduelle pour l'octroi de permis (comme dans le processus d'agrément des hôpitaux). Les nouveaux organismes et les organismes qui ont besoin d'un soutien supplémentaire recevraient un permis de courte durée. Ceux qui ont fait leurs preuves et ont invariablement un rendement solide recevraient des permis de longue durée. Quelle que soit la durée du permis, nous prévoyons poursuivre la réglementation des organismes pendant cette période en offrant un soutien et des conseils réguliers ainsi qu'en assurant une surveillance et un contrôle qui pourraient être assortis de l'obligation de présenter périodiquement des rapports et de faire l'objet d'une inspection des données.

Données sur la prestation de services et les résultats

Tout au long de notre examen des services d'adoption en Ontario, le manque de données sur la prestation de services nous a sans cesse exaspérés. Même le peu de renseignements communiqués au gouvernement comportent de nombreuses lacunes. Par exemple, la révision du statut des pupilles de la Couronne ne donne que des renseignements sur les enfants qui sont sous tutelle depuis deux années au moins. Elle révèle peu de choses sur les mesures mises en place pour faciliter les adoptions des pupilles

de la Couronne qui souhaitent un foyer permanent, et n'indique rien sur les pupilles de la Couronne qui sont sous tutelle depuis moins de deux ans.

Nous avons également eu la surprise de ne trouver aucune donnée sur la situation des enfants après la finalisation de leur adoption. Autrement dit, il n'existe aucun renseignement sur les jumelages qui fonctionnent le mieux pour les enfants ou les types d'appui dont les familles ont besoin après la finalisation de l'adoption. Sans ces renseignements, les services ne peuvent pas s'améliorer continuellement⁶⁶.

Pour la collecte des données et l'établissement de rapports sur les enfants pris en charge, les pupilles de la Couronne, les adoptions et les autres accords en matière de garde permanente, l'Ontario pourrait s'inspirer des pratiques des États-Unis où les données anonymes sont recueillies dans chaque État et communiquées à l'échelle nationale⁶⁷. Il est nécessaire de recueillir des données indépendantes pour favoriser la transparence du processus de collecte des données et gagner la confiance du public. En effet, le public fait davantage confiance à des données recueillies par un tiers indépendant qui possède une expertise en matière de protection des renseignements personnels, de sécurité et de collecte des données dans les services sociaux.

Le gouvernement devrait déterminer les données requises pour évaluer les services d'adoption en Ontario et élaborer des processus clairs d'établissement de rapports. Nous recommandons au gouvernement de recourir aux services d'un tiers indépendant de confiance pour recueillir et analyser des données longitudinales anonymes sur les résultats pour les enfants adoptés. Il faudrait rassembler davantage de renseignements sur les pupilles de la Couronne qui ne sont pas adoptés – notamment les enfants qui sont sous garde intrafamiliale et garde légale.

Disponibilité des données sur la prestation de services pour tous les Ontariens

Nous estimons que, pour favoriser la responsabilisation, tous les Ontariens devraient recevoir des renseignements clairs et impartiaux sur tous les services d'adoption réglementés par la province. Ces renseignements devraient figurer clairement sur le site Internet du gouvernement et présenter brièvement les exigences d'octroi de permis pour les titulaires de permis en adoption privée au pays et internationale, les processus d'approbation des intervenants privés et les normes pour la prestation des services d'adoption. Par ailleurs, on devrait y trouver des renseignements sur les coûts et le temps approximatifs requis pour mener à bien une adoption selon les trois services – et des données sur la probabilité de placement d'un enfant. En dernier lieu, il faudrait établir distinctement des données sur les mécanismes et processus de traitement des plaintes.

Établissement de mécanismes pour que les personnes insatisfaites des services puissent se faire entendre

Il est important d'établir un puissant contrepoids au pouvoir d'une éventuelle AAP. Nous en arrivons également à la conclusion suivante : comme le gouvernement est chargé de réglementer les services d'adoption privée au pays et d'adoption internationale, il faut davantage de mécanismes pour responsabiliser les fournisseurs de services.

Nous savons bien que certains mécanismes sont actuellement en vigueur (comme la Commission de révision des services à l'enfance et à la famille). Ils permettent aux utilisateurs des services d'adoption de s'exprimer, mais ils ne sont pas adéquats.

Le gouvernement devrait revoir et améliorer les mécanismes officiels de traitement des plaintes pour s'assurer que toutes les parties impliquées dans des processus d'adoption – familles adoptives et biologiques – ainsi que les enfants et les adolescents qui ne sont pas satisfaits du service reçu – peuvent se faire entendre.

Commission de révision des services à l'enfance et à la famille

La LSEF donne à la Commission de révision des services à l'enfance et à la famille le mandat d'entendre la demande d'un parent d'accueil ou de toute autre personne exigeant une révision de la décision d'une SAE relativement à l'adoption d'un enfant.

La Commission a également le mandat de revoir la décision d'une SAE ou d'un titulaire de permis relativement au retrait d'un enfant placé chez quelqu'un en vue d'une adoption.

ÉTAPES SUPPLÉMENTAIRES QUE L'ONTARIO DEVRAIT SUIVRE POUR AMÉLIORER SES SERVICES D'ADOPTION

Pour faire en sorte que l'Ontario dispose d'un système d'adoption de première classe, nous recommandons ce qui suit :

2. Mettre au point des outils pour gérer le système d'adoption

Ouverture et ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite

2.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait **supprimer les obstacles résultant des ordonnances du tribunal portant sur le droit de visite** des familles biologiques tout en reconnaissant l'importance du contact et de la communication avec les familles biologiques.

- Élaborer un énoncé de politique clair stipulant que les contacts ou les communications avec les familles biologiques ne devraient pas être un obstacle à l'adoption des pupilles de la Couronne et que les enfants visés par une ordonnance portant sur le droit de visite peuvent avoir droit à l'adoption.
- Modifier la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* pour que les futurs pupilles de la Couronne visés par une ordonnance portant sur le droit de visite puissent être adoptés légalement.
- Adapter les outils et mécanismes pour faciliter le contact et l'ouverture lorsque c'est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
- Effectuer un examen provincial immédiat de toutes les ordonnances portant sur le droit de visite des pupilles de la Couronne actuels : si le droit de visite n'est pas exercé ou n'est plus dans l'intérêt supérieur de l'enfant, il faudrait renvoyer le cas devant le tribunal pour qu'il le réexamine; si un certain type de contact avec la famille biologique continue d'être bénéfique pour l'enfant, il faudrait envisager la possibilité de remplacer l'ordonnance portant sur le droit de visite par une entente ou ordonnance de communication.

2.2 Le gouvernement devrait **élaborer une politique et des processus obligatoires pour appuyer l'adoption avec ouverture**.

- Repérer clairement comment et quand il faudrait utiliser l'ordonnance du tribunal portant sur le contact.
- Sensibiliser les professionnels du système juridique, y compris le corps judiciaire, à l'importance de l'adoption pour les pupilles de la Couronne, en mettant particulièrement l'accent sur l'adoption des pupilles de la Couronne plus âgés.
- Fournir un mécanisme afin que le point de vue des enfants soit pris en compte dans les décisions qui ont une influence sur leur vie – notamment pendant l'examen d'un éventuel contact.

- Établir des principes qui permettraient aux familles biologiques d'entretenir un certain type de contact au cours des processus de négociation ou de médiation liés à l'avenir de l'enfant, tout en envoyant le message clair que l'adoption se poursuivra si elle est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
- Accroître la disponibilité des processus de règlement extrajudiciaire tout en recueillant des données pour contrôler le fonctionnement des différents mécanismes.

Politique et législation

- 2.3 Le gouvernement devrait revoir sur-le-champ toutes les politiques d'adoption en vigueur et aller de l'avant pour **élaborer un cadre stratégique** qui sous-tendrait l'adoption publique, privée au pays et internationale.
- 2.4 Le gouvernement devrait s'assurer que le processus d'élaboration de la politique est **éclairé par les connaissances et l'expérience d'un échantillon représentatif de parties prenantes de l'extérieur**, à savoir, mais sans s'y limiter, des fournisseurs de services d'adoption et de bien-être de l'enfance, des titulaires de permis et intervenants privés, des familles adoptives éventuelles ou qui ont donné de bons résultats, des jeunes et adultes ayant été adoptés, des parents biologiques, des parents d'accueil et des pupilles de la Couronne (actuels et anciens).
- 2.5 Le gouvernement devrait réviser ce cadre tous les cinq ans pour **veiller à ce que les politiques soient à jour, cohérentes et toujours fondées sur des données probantes**.
- 2.6 Le gouvernement devrait favoriser la **cohérence au sein des trois services d'adoption et entre eux** et élaborer une politique provinciale qui :
- Prévoit de manière claire que l'ethnie, la culture, la langue, l'orientation sexuelle et la structure familiale ne sont pas des obstacles à l'adoption d'enfants dans les délais requis.
 - Appuie les familles pour qu'elles étudient parallèlement l'adoption offerte par les services d'adoption privée au pays, d'adoption internationale et d'adoption publique et qu'elles examinent les services de procréation assistée et d'adoption en fonction de leur propre situation.
 - Considère l'âge seulement comme l'un des nombreux facteurs à prendre en compte dans l'évaluation de la qualité d'une famille ou d'une demande en cas d'adoption.
 - Favorise le même congé pour les parents biologiques et adoptifs aux termes de la *Loi sur les normes d'emploi*.
- 2.7 Le gouvernement devrait élaborer une politique claire pour mettre en évidence son **soutien à l'adoption par un membre de la famille**, notamment aux proches qui adoptent dans un autre pays.

Lacunes et obstacles

- 2.8 Le gouvernement devrait revoir la politique d'adoption internationale et remanier la législation en vue de **protéger les enfants et les familles, de veiller à ce que les placements se fassent dans les délais requis et d'éliminer les obstacles et les lacunes législatives**, tout en favorisant l'harmonisation entre la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, la *Loi sur l'adoption internationale*, la Convention de la Haye et les réalités des pays non signataires de cette convention.
- 2.9 Le gouvernement devrait voter des **modifications politiques ou législatives** pour :
- Inclure des dispositions relatives au conflit des lois dans la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, ce qui permettrait de reconnaître les consentements d'adoption et les ordonnances d'annulation des droits parentaux qui ont été accordés à l'extérieur de l'Ontario.

- Comblent les lacunes législatives, y compris celles qui sont liées à la tutelle et aux dépenses, et élaborer une politique pour aider les Ontariens qui résident temporairement à l'extérieur de la province et qui souhaitent adopter.

Défense de la cause

- 2.10 Le gouvernement devrait **proposer** au gouvernement du Canada de modifier les règles en matière d'assurance-emploi afin que les parents biologiques et adoptifs soient traités de la même façon.
- 2.11 Pour faciliter davantage les processus d'adoption internationale dans les meilleurs délais, le gouvernement devrait jouer un rôle de **défenseur de la cause** :
- en Ontario;
 - auprès d'autres gouvernements provinciaux et territoriaux;
 - auprès du gouvernement fédéral;
 - auprès des gouvernements d'autres pays.

Surveillance et contrôle

- 2.12 Le gouvernement devrait **surveiller et contrôler clairement** le système d'adoption de l'Ontario.
- 2.13 Le gouvernement devrait établir un objectif provincial **pour doubler en cinq ans le nombre d'adoptions des pupilles de la Couronne** et, dans un délai de cinq ans, revoir et fixer de nouveaux objectifs ambitieux.
- 2.14 Le gouvernement devrait **établir des normes de service et faire en sorte qu'elles soient réévaluées et révisées** avant la fin de la période de cinq ans.
- 2.15 Le gouvernement devrait mettre en œuvre un **processus graduel d'obtention de permis** pour l'adoption internationale.

Collecte de données et établissement de rapports

- 2.16 Le gouvernement devrait déterminer les données requises pour évaluer les services d'adoption en Ontario et **établir des processus clairs d'établissement de rapports**.
- 2.17 Le gouvernement devrait recourir aux services d'un **tiers indépendant de confiance pour recueillir et analyser des données longitudinales anonymes sur les résultats** pour les enfants adoptés.
- 2.18 Le tiers en question devrait recueillir des **renseignements sur les pupilles de la Couronne qui ne sont pas adoptés** – notamment sur les résultats pour les enfants qui sont sous garde intrafamiliale et garde légale.
- 2.19 Le gouvernement devrait offrir des **renseignements pertinents sur tous les services d'adoption à la disposition des Ontariens**, à savoir des données sur les coûts moyens, le temps d'attente, le succès des placements et les normes de service.

Processus de traitement des plaintes

- 2.20 Le gouvernement devrait revoir et **améliorer les mécanismes officiels de traitement des plaintes** pour s'assurer que toutes les parties impliquées dans des processus d'adoption – les familles adoptives et biologiques ainsi que les enfants et les adolescents – qui ne sont pas satisfaites du service reçu peuvent se faire entendre.

3. ACCORDER UN FINANCEMENT ADÉQUAT POUR COMPOSER AVEC LES RÉALITÉS DE L'ADOPTION

Nous devons tous reconnaître que l'adoption publique est financièrement avantageuse (surtout par rapport au coût de la garde des pupilles de la Couronne en structure d'accueil).

- Instaurer des **mesures incitatives pour la planification de la garde permanente**.
- Appuyer l'agence d'adoption provinciale pour qu'elle puisse effectuer **toutes les tâches désignées en matière d'adoption**.
- Garantir le financement **régulier des subventions d'adoption** pour les enfants plus âgés et les enfants ayant des besoins spéciaux.

Par ailleurs, pour appuyer les familles qui optent pour l'adoption privée au pays ou l'adoption internationale, le gouvernement devrait :

- **Augmenter à 30 000 \$ le plafond pour les dépenses d'adoption admissibles** aux fins de l'impôt sur le revenu.

Instaurer des aides financières pour la planification de la garde permanente

L'actuelle méthode de financement des SAE par le gouvernement n'appuie pas nécessairement la planification de la garde permanente. Lorsque les enfants passent de la garde à des foyers permanents, une part du financement de base des SAE responsables de ces enfants est supprimée. Cette méthode de financement peut involontairement avoir un effet dissuasif sur l'adoption des enfants et encourager l'assistance publique.

Il faut donc une méthode de financement qui inciterait l'AAP et les SAE à coopérer et à voir les avantages d'une telle coopération. D'après nous, il est essentiel d'inclure dans le financement de chaque SAE des mesures incitatives pour planifier la garde permanente dès le départ et collaborer étroitement avec l'AAP.

Financement approprié pour aider l'agence d'adoption provinciale à effectuer toutes les tâches désignées

Pour remplir toutes les tâches mises en évidence dans le présent rapport et maintenir l'accès à l'adoption publique, l'AAP aura besoin d'un financement approprié. Il s'agit de fournir les ressources suffisantes pour : établir une présence à l'échelle provinciale comme à l'échelle locale, recruter le personnel nécessaire pour effectuer la série de tâches requises tout au long du processus d'adoption, fournir des subventions régulières et augmenter la capacité de la communauté à développer tout un ensemble d'appuis après l'adoption, financer la formation parentale et les études du milieu familial pour toutes les familles qui adoptent par l'entremise du service public, et élargir l'ERA pour qu'il se produise quatre fois par an dans les centres régionaux de toute la province.

D'après notre analyse préliminaire, il est possible d'établir une AAP avec les ressources actuellement en place pour les services d'adoption publique. L'établissement de l'AAP ne coûterait donc pas plus à la province.

Financement des subventions et des appuis après l'adoption

Même si les subventions et autres appuis financiers sont accordés aux familles qui adoptent par l'entremise d'une SAE, la disponibilité et la durée des subventions présentent aussi d'énormes disparités. L'octroi même d'une subvention dépend du lieu de résidence de l'enfant dans la province et de la SAE qui en est responsable. Par conséquent, l'octroi de subventions est plutôt une question de chance.

En 1997, les États-Unis ont augmenté le financement fédéral des subventions d'adoption, ce qui a entraîné, d'un point de vue statistique, une augmentation significative du nombre d'adoptions finalisées.

D'après les données dans d'autres endroits (au Canada et aux États-Unis), les subventions et autres appuis financiers après l'adoption sont des outils très importants pour faciliter les placements en adoption d'enfants de plus de deux ans et d'enfants de tout âge ayant des besoins spéciaux^{68, 69}. Dans certains cas, si des subventions sont disponibles, les enfants qui ont été placés longtemps dans des familles d'accueil sont adoptés. Comme nous l'avons expliqué précédemment dans le présent rapport,

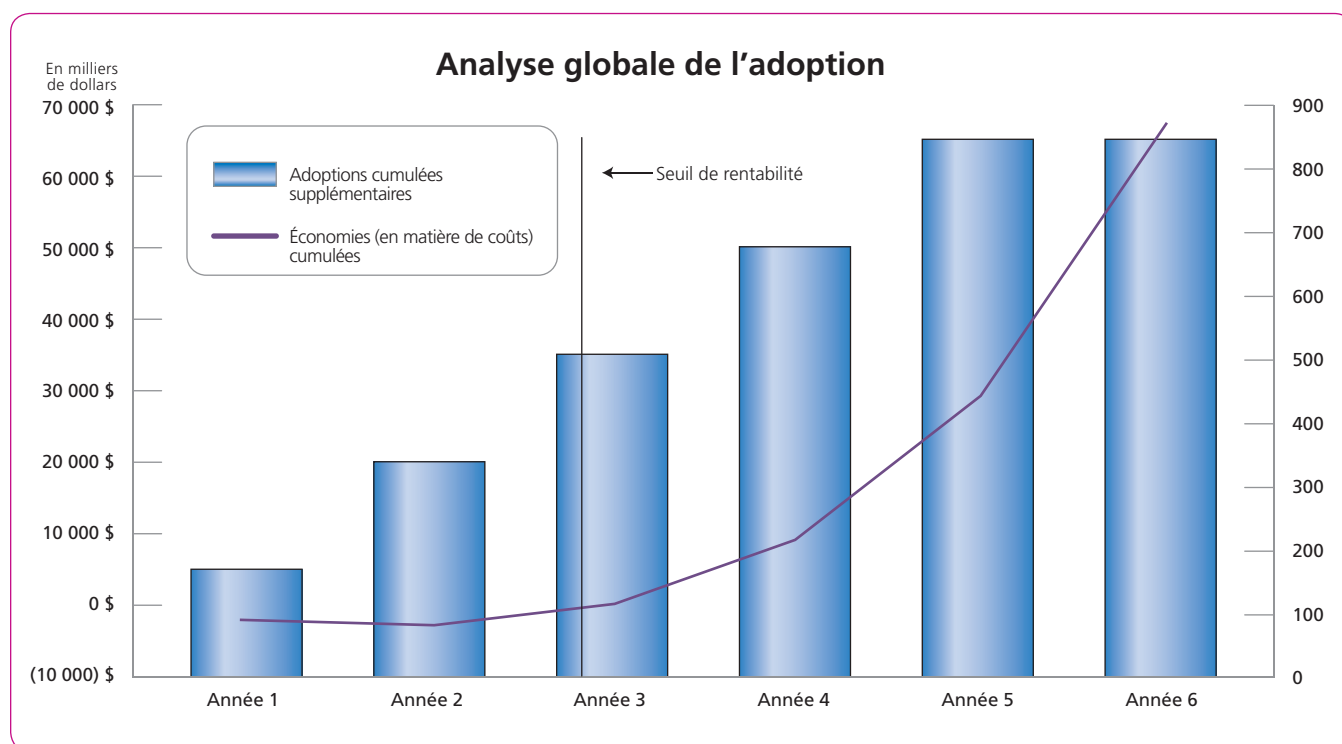
nous avons entendu parler d'expériences de familles d'accueil qui ont adopté l'enfant placé chez elles et ayant des besoins spéciaux – au détriment des services et appuis financés – afin de lui offrir un foyer permanent et une famille pour la vie. Pourtant, l'adoption ne devrait pas obéir à un scénario dichotomique. Les enfants ayant des besoins spéciaux ne devraient pas avoir à sacrifier des services et des appuis pour devenir membres de familles permanentes.

En Alberta et dans de nombreux États américains, toutes les familles qui adoptent un enfant par l'entremise de l'adoption publique reçoivent une subvention mensuelle – quels que soient les besoins de l'enfant. L'Ontario est donc en décalage. Il est urgent que nous élaborions un système provincial de subventions.

« Il faut offrir un soutien accru aux parents d'accueil qui veulent adopter les enfants avec lesquels ils ont établi des liens. »

– Personne interrogée

D'après l'analyse des coûts que nous avons effectuée pour nous assurer qu'une offre de subventions en Ontario réduirait les coûts pour le gouvernement, il est possible d'atteindre un seuil de rentabilité en moins de trois ans. Les économies cumulées sur cinq ans pour les organismes de bien-être de l'enfance (si nous atteignons notre objectif de doubler les adoptions durant cette période) s'élèveraient à plus de 28 millions de dollars. À noter qu'il s'agit d'une estimation prudente puisqu'elle ne prend pas en compte l'argent économisé sur les mesures d'évitement des coûts à long terme pour la société lorsque les enfants ne trouvent pas de foyers permanents.



D'après nous, il faudrait ajuster les subventions aux besoins et aux critères particuliers pour assurer l'équité. Nous recommandons qu'elles oscillent entre 50 % et 80 % du taux auquel a droit actuellement une famille d'accueil pour s'occuper de l'enfant. Par ailleurs, il faudrait mettre des fonds de côté pour d'autres appuis (p. ex., les coûts importants des traitements médicaux) et les besoins futurs. Pour les adoptions qui ont lieu dès la publication du présent rapport, il faudrait verser ces subventions avec effet rétroactif. D'après notre analyse des coûts du système actuel, nous croyons que des subventions sûres et régulières entraîneraient des économies de coûts pour les organismes de bien-être de l'enfance.

Daniella et José sont devenus les parents d'accueil de Jason lorsqu'il avait six ans. Jason avait été fortement délaissé et on suspectait des TSAF (sans les avoir toutefois diagnostiqués). Jason a mis du temps à établir des liens avec Daniella et José et à rattraper ses retards de développement, mais il a fait d'excellents progrès. Jason a vécu avec Daniella et José pendant la majeure partie des trois années suivantes – à l'exception de deux brèves périodes où il est reparti dans sa famille biologique.

Lorsque Jason est devenu un pupille de la Couronne à l'âge de neuf ans, Daniella et José ont voulu l'adopter. Il faisait déjà partie de la famille – leurs trois autres enfants l'adoraient – et ils voulaient établir une relation permanente avec l'enfant. Cela dit, lorsqu'ils en ont parlé au travailleur de la SAE, ils ont compris que la démarche ne serait pas si facile. Tant que Jason était un enfant placé en famille d'accueil, la famille recevait environ 1 200 \$ par mois pour s'en occuper, ainsi qu'une autre subvention spéciale pour couvrir les coûts du tutorat nécessaire à cause de ses troubles d'apprentissage. S'ils l'adoptaient, ils perdaient la subvention pour famille d'accueil. Ils pourraient profiter d'autres subventions et appuis, mais seulement annuellement, et cette aide pourrait être suspendue à tout moment. Même s'ils voulaient adopter Jason, ils n'étaient plus certains de pouvoir lui offrir la même qualité de soins et de soutien qu'à titre de parents d'accueil.

Allègement fiscal pour le coût de l'adoption

Les adoptions privées au pays et internationales coûtent cher aux familles. Une adoption privée au pays peut coûter entre 20 000 \$ et 30 000 \$, y compris le coût de PRIDE et de SAFE. On dit qu'une adoption internationale peut coûter jusqu'à 60 000 \$.

En 2008, les Ontariens qui ont adopté ont pu déclarer un maximum de 10 592 \$ en frais admissibles liés à une adoption aux fins de l'impôt provincial sur le revenu, ce qui donne droit à un crédit d'impôt non remboursable visant à réduire le montant des impôts exigibles. Les frais que les Ontariens peuvent déclarer sont les frais payés à un organisme d'adoption, les frais du tribunal et les frais juridiques ainsi que les frais de déplacement et de subsistance en cas d'adoption dans un autre pays. Ce crédit peut contribuer à réduire l'impôt provincial des Ontariens d'environ 640 \$ tout au plus (sur la base d'un taux fiscal de 6,05 %). Un crédit similaire d'impôt fédéral non remboursable prévoit une réduction d'impôt de près de 1 600 \$ (sur la base d'un taux fiscal de 15 %).

Étant donné les coûts actuels de l'adoption privée au pays et de l'adoption internationale, nous estimons que le plafond provincial de 10 592 \$ est trop bas et recommandons au gouvernement provincial d'augmenter à 30 000 \$ le plafond des dépenses d'adoption admissibles. Cette augmentation permettrait une réduction de l'impôt provincial exigible pouvant aller jusqu'à 1 815 \$.

Le coût estimatif de l'augmentation du plafond pour la province est inférieur à un million de dollars par an.

COMMENT LA PROVINCE DE L'ONTARIO PEUT-ELLE COMPOSER AU MIEUX AVEC LES RÉALITÉS DE L'ADOPTION?

Pour que l'Ontario puisse composer au mieux avec les réalités de l'adoption, il faut financer adéquatement le système d'adoption. Nous recommandons ce qui suit :

3. Accorder un financement adéquat pour composer avec les réalités de l'adoption

- 3.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait **financer la planification de la garde permanente** pour récompenser les sociétés d'aide à l'enfance et l'agence d'adoption provinciale lorsqu'ils placent des enfants en adoption.
- 3.2 Le gouvernement devrait apporter **un financement adéquat pour aider l'agence d'adoption provinciale à remplir toutes les tâches désignées**, notamment assurer une présence à l'échelle provinciale et régionale.
- 3.3 Le gouvernement devrait financer des **initiatives spéciales**, notamment :
 - La formation parentale et les études du milieu familial pour toutes les familles adoptant par l'entremise du service d'adoption publique.
 - La hausse de la fréquence de l'échange des ressources en matière d'adoption (quatre fois par an) dans les centres régionaux de la province.
- 3.4 Le gouvernement devrait **financer les subventions pour l'adoption normalisée et régulière** des pupilles de la Couronne âgés d'au moins deux ans, ainsi que des pupilles de la Couronne ayant moins de deux ans et des besoins spéciaux. Nous recommandons le recours à des critères fondés sur les besoins pour accorder des subventions oscillant entre 50 % et 80 % du taux actuel appliqué aux familles d'accueil, et suggérons également au gouvernement de mettre de côté des fonds pour financer d'autres appuis et besoins futurs.
- 3.5 Le gouvernement devrait augmenter à 30 000 \$ le **plafond des dépenses d'adoption admissibles** aux fins de l'impôt sur le revenu.

CONCLUSION

L'adoption est un excellent moyen de fonder une famille en Ontario, d'offrir une stabilité ainsi que des liens et des appuis familiaux à long terme, et de proposer différentes options aux familles qui veulent élever des enfants.

L'Ontario a la capacité d'être un chef de file dans le domaine de l'adoption. Grâce à la vision et aux efforts du gouvernement ainsi qu'au soutien des fournisseurs de services et d'autres personnes qui se consacrent à l'adoption, il est possible de fusionner l'actuelle mosaïque des services d'adoption – adoption publique, privée au pays et internationale – pour créer un réseau de services des plus performants, qui profiterait à tous les Ontariens.

Nous savons avec certitude que les enfants de l'assistance publique qui retournent chez eux et qui ne peuvent pas être placés en raison de leur âge auront beaucoup plus de difficultés dans leur vie future. Les enfants, qui grandissent dans des structures de placement, sans la stabilité, l'appui moral, le bon accueil ni la sécurité que seule une famille permanente peut offrir, éprouvent continuellement d'énormes difficultés. Il est regrettable que des milliers d'enfants dans cette province soient actuellement confrontés à un tel avenir – d'autant plus qu'on pourrait éviter cette situation dans bien des cas. L'adoption offrirait un avenir complètement différent à bon nombre de ces enfants. Les sujets interrogés ainsi que la documentation nous ont souvent révélé que les enfants, même ceux qui connaissent d'importantes difficultés, se développent bien dès qu'ils ont une famille pour la vie. Ce n'est pas toujours facile, mais comme les familles adoptives le reconnaissent, le jeu en vaut vraiment la chandelle. Nous encourageons le gouvernement à appuyer l'idée selon laquelle la vie des pupilles de la Couronne est aussi précieuse que celle de tous les autres enfants de la province. Les enfants de l'assistance publique devraient pouvoir aussi établir des liens permanents et familiaux. La voie à suivre est claire : mettre toute l'énergie nécessaire pour augmenter leurs chances de trouver un foyer permanent par l'entremise de l'adoption.

Nous encourageons le gouvernement à aider plus d'enfants à trouver des foyers permanents et plus d'Ontariens à fonder une famille grâce à l'adoption. Nous avons pour objectif d'offrir un système d'adoption qui anticipe les besoins des enfants et des familles – adoptives et biologiques – et y est sensible. Nous estimons que suivre nos recommandations permettrait de :

- Trouver des **familles pour bien plus d'enfants** qui en ont besoin.
- **Éliminer les obstacles actuels** – législatifs, organisationnels et comportementaux – à l'adoption.
- **Simplifier et accélérer les processus** pour que les enfants et les familles adoptives soient réunis aussi vite que possible.
- Grâce à la communication, **favoriser le contact ou la communication avec les familles biologiques** lorsque c'est sans danger pour l'enfant et dans son intérêt.
- **Respecter le choix** des familles – quel que soit le service d'adoption choisi.
- Élaborer un système qui considère **les familles adoptives comme une ressource précieuse** et apporte le soutien dont elles ont besoin, même après la finalisation de l'adoption.
- Offrir des **services d'adoption en constante amélioration**.
- **Doubler le nombre d'adoptions de pupilles de la Couronne** en l'espace de cinq ans.

Nous savons que l'Ontario a la capacité d'établir un système qui tient compte de notre vision et dépasse nos objectifs. D'après nous, en l'espace de cinq ans, l'adoption dans la province pourrait offrir un portrait bien différent et plus positif qu'aujourd'hui. Un changement radical du système d'adoption entraînera la multiplication des foyers permanents – et une amélioration des conditions de vie – pour les enfants pris en charge. De notre point de vue, l'avenir des enfants extrêmement vulnérables est une question de la plus haute importance pour les gouvernements. Nous sommes heureux que le gouvernement nous ait donné le temps, les ressources et le cadre nécessaires pour étudier les meilleures façons d'aider les enfants ayant besoin d'une famille pour la vie ainsi que les Ontariens cherchant à fonder une famille grâce à l'adoption.

SOINS À DISPENSER : L'INFERTILITÉ ET LA PROCRÉATION ASSISTÉE EN ONTARIO

OBJECTIF : AIDER PLUS D'ONTARIENS À FONDER DES FAMILLES EN LEUR FOURNISSANT DES RENSEIGNEMENTS SUR LA FERTILITÉ AINSI QUE DES SERVICES DE SURVEILLANCE DE LA FERTILITÉ ET DE PROCRÉATION ASSISTÉE, QUI SOIENT DE QUALITÉ SUPÉRIEURE ET TOUT À FAIT SÛRS.

Nous croyons que tous les Ontariens devraient avoir la possibilité de fonder une famille. L'infertilité est un état pathologique qui empêche certains Ontariens d'avoir des enfants. Ces problèmes médicaux exigent souvent des traitements. Actuellement, en Ontario, un couple sur huit est aux prises avec un problème d'infertilité. **Un couple sur six a fait l'expérience de l'infertilité à un moment donné dans sa vie.** L'infertilité augmente, aussi bien chez les

hommes que chez les femmes. Et bon nombre d'Ontariens, qu'ils soient de même sexe ou célibataires, ou encore qu'ils aient une maladie comme le cancer ou le VIH, ont besoin d'aide pour fonder une famille.

L'infertilité est un état pathologique qui exige souvent un traitement médical. Les conséquences de l'infertilité sont nombreuses à l'échelle individuelle, familiale et sociale.

L'accès à des services de procréation assistée ne devrait faire l'objet d'aucune discrimination.

Chaque année, des dizaines de milliers d'Ontariens font appel à des services de procréation assistée et à d'autres services comme l'acupuncture et la médecine naturopathique pour essayer de concevoir un enfant. Des milliers d'autres ne cherchent jamais à obtenir de l'aide.

Les personnes ayant fait l'expérience de problèmes d'infertilité ou qui ont cherché à obtenir de l'aide nous ont parlé des obstacles rencontrés.

- **L'information est difficile à obtenir** : nombreux sont ceux et celles qui ne connaissent pas les facteurs ayant eu une incidence sur leur fertilité.
- Les gens ne savent pas vraiment **à quelle porte frapper pour obtenir de l'aide**. Certaines installations et certains praticiens qui proposent des services de procréation assistée ne sont pas agréés. **Les traitements sont-ils sûrs?** Où s'adresser pour recevoir les meilleurs soins?
- Les **procédures sont trop onéreuses**. La plupart des Ontariens n'ont tout simplement pas les moyens de s'offrir les traitements.
- Le **soutien affectif n'est pas suffisant** pour les aider à faire face à la peine qu'entraînent les problèmes de fertilité, à gérer le stress que ces questions imposent aux relations ou encore les difficultés liées au traitement.
- **L'accès aux services est difficile** pour de nombreuses personnes en raison de leur lieu de résidence.
- Les **obstacles sociaux et juridiques** empêchent parfois les conjoints de même sexe, les célibataires et les personnes ayant le VIH d'avoir accès aux services dont ils ont besoin.

- Les **besoins en matière de fertilité des jeunes patients ayant un cancer** sont souvent oubliés par les spécialistes du cancer.
- L'infertilité entraîne encore un sentiment d'échec ou des **préjugés** synonymes de silence et de douleur.

L'Ontario peut mieux faire. L'Ontario doit mieux faire. Le statu quo n'est pas acceptable. Nous imaginons une province où tous les Ontariens ont accès à l'information dont ils ont besoin pour protéger leur fertilité; où ils reçoivent des soins de grande qualité et tout à fait sûrs, et où d'autres obstacles, notamment les coûts, l'éloignement et les préjugés ne les empêchent pas de bénéficier des services nécessaires.

Afin de devenir le meilleur endroit où créer une famille, l'Ontario doit agir dès maintenant.

1. **Tous les Ontariens doivent savoir comment protéger leur fertilité.**
2. **Les services de procréation assistée doivent être sûrs et répondre aux normes fondées sur l'expérience clinique les plus rigoureuses.**
3. **L'Ontario ne peut se permettre de NE PAS financer des services de procréation assistée.**
4. **Tous les Ontariens qui peuvent en bénéficier doivent avoir accès à des services de procréation assistée.**

Janet et Philippe étaient dans le milieu de la vingtaine et étudiants de troisième cycle lorsqu'ils se sont rencontrés et mariés. Ils voulaient terminer leurs études et travailler pendant quelques années avant de fonder une famille. Quand ils ont commencé à essayer de concevoir un enfant, Janet était au début de la trentaine. Après avoir essayé pendant six mois en vain, le couple était préoccupé. Janet et Philippe ont consulté leur médecin de famille qui leur a conseillé de continuer à essayer pendant encore six mois. Sept mois plus tard, Janet est retournée voir le médecin qui a dirigé le couple vers un spécialiste. Au bout de plusieurs mois de recherches et de surveillance du cycle de Janet, le spécialiste a diagnostiqué un problème d'infertilité masculine.

Le médecin leur a recommandé la fécondation in vitro (FIV) comme étant le meilleur traitement. Mais quand le couple a découvert que cette procédure allait leur coûter 10 000 \$ par cycle et que les régimes de soins médicaux de leurs employeurs ne couvriraient ni les traitements, ni les médicaments, Janet et Philippe ont décidé d'essayer plusieurs cycles d'insémination intra-utérine avec du sperme lavé, puisqu'ils n'auraient à payer que le lavage du sperme. Après l'échec de l'insémination intra-utérine, le couple a décidé d'essayer la fécondation in vitro. Janet et Philippe ont également communiqué avec une agence afin d'adopter un enfant, mais on leur a répondu qu'ils devraient attendre la fin des traitements de l'infertilité avant de pouvoir commencer un processus d'adoption.

En raison du coût élevé des traitements, Janet et Philippe n'ont pu se permettre que deux cycles de fécondation in vitro. Ils ont utilisé les économies qu'ils avaient faites pour acheter une maison afin de payer les traitements. Ce qui ne les a pas empêchés de devoir emprunter. Pendant les traitements, les cycles de Janet étaient surveillés de très près. Elle arrivait souvent en retard au travail. Elle ne se sentait pas à l'aise de parler de ses problèmes médicaux avec son directeur et a donc essayé de trouver une solution. Tout cela était très stressant pour elle. Les médicaments qu'elle devait prendre pour stimuler ses ovaires lui rendaient la vie difficile, aussi bien physiquement qu'émotionnellement. La pression financière combinée aux effets des médicaments et au sentiment de honte et d'échec de Janet et Philippe minait la santé du couple. Janet et Philippe étaient stressés et tendus l'un envers l'autre. Ils trouvaient très difficile de parler de leur situation entre eux et avec d'autres. Plusieurs membres de la famille et les amis proches ne savaient pas ce qui se passait.

Janet et Philippe savaient qu'ils ne pouvaient s'offrir que deux cycles de fécondation in vitro. C'est pourquoi le couple a demandé à ce que plusieurs embryons soient transférés. Au cours du deuxième cycle de fécondation in vitro, Janet est tombée enceinte. Puis le couple a découvert qu'il allait avoir des jumeaux, et il était ravi. Toutefois, cette grossesse multiple a été très difficile pour Janet. Elle avait de l'hypertension et du diabète gestationnel et a dû être hospitalisée à la fin de sa grossesse. Ses bébés sont nés à 32 semaines; chacun pesait moins de 2 500 grammes et leurs poumons n'étaient pas complètement développés. Ils ont dû passer presque deux mois dans une unité néonatale de soins intensifs.

Janet et Philippe sont ravis d'avoir leurs bébés -- une fille et un garçon -- à la maison maintenant mais ils savent que leurs enfants risquent d'avoir des problèmes de santé plus tard en raison de leur naissance prématurée. Ils se demandent si une partie du stress de la famille et des problèmes de santé aurait pu être évitée s'ils avaient essayé d'obtenir de l'aide plus tôt ou si le coût des traitements n'avait pas joué un si grand rôle dans leurs choix.

1. TOUS LES ONTARIENS DEVRAIENT SAVOIR COMMENT PROTÉGER LEUR FERTILITÉ

Savoir C'EST pouvoir. Plus les gens sont renseignés sur leur santé, mieux ils sont en mesure de prendre des décisions éclairées, qu'il s'agisse d'améliorer leur santé, de gérer leur infertilité ou de chercher de l'aide tôt, alors que les chances de réussite sont les plus grandes.

L'âge est le facteur le plus important dans la capacité de concevoir un enfant. La fertilité de l'homme et de la femme décroît avec l'âge. Des facteurs liés au mode de vie, notamment le tabagisme, la consommation d'alcool et de certaines drogues à usage récréatif, ont des répercussions sur la fertilité, de la même façon qu'un poids trop élevé, certains traitements médicaux et d'autres problèmes de santé.

La surveillance de la fertilité peut contribuer à faire des choix éclairés, notamment pour ce qui est du moment idéal pour fonder une famille et du moment auquel il faut consulter un médecin pour obtenir de l'aide en matière de fertilité. Cela peut aussi faciliter une recommandation rapide à des spécialistes en fertilité.

Cinq principes pour surveiller la fertilité :

1. Lorsque cela est possible, faire participer le partenaire.
2. Donner des conseils initiaux et procéder à des recherches de base dans un contexte de soins primaires.
3. Savoir que la fertilité décroît de façon spectaculaire avec l'âge.
4. Encourager la recommandation rapide à des équipes de spécialistes en fertilité.
5. Donner accès à des groupes de soutien et à des conseillers en matière d'infertilité.

Société canadienne de fertilité et d'andrologie,
Guidelines for First Line Physicians

Afin de donner aux personnes concernées l'information dont elles ont besoin pour protéger leur fertilité et prendre des décisions éclairées, nous recommandons ce qui suit :

- Il faut encourager tous les praticiens en soins primaires, y compris les docteurs en naturopathie et les spécialistes de médecine chinoise traditionnelle à faire de **l'éducation et du counseling en matière de fertilité** un volet normal des soins dispensés à tous les patients qui sont dans le début de la vingtaine, hommes et femmes confondus, qu'ils soient en couple ou célibataires (même à ceux et celles qui n'essaient pas de fonder une famille), quelle que soit leur orientation sexuelle.

- Tous les praticiens en soins primaires, les gynécologues et les autres spécialistes devraient accorder une attention particulière à l'âge quand ils **diagnostiquent des problèmes de fertilité** chez les femmes (de l'âge de 28 ans à 30 ans) qui n'ont pas réussi à concevoir un enfant par des voies naturelles au bout d'un an, et faire participer leur partenaire aux évaluations.
- Tous les praticiens en soins primaires, les gynécologues et les autres spécialistes devraient proposer des **tests de fertilité et une surveillance de la fertilité** aux femmes de 30 ans et plus qui souhaitent fonder une famille, ainsi qu'**à leurs partenaires masculins**, de façon à pouvoir les diriger rapidement vers des spécialistes de la fertilité, le cas échéant.
- Tous les praticiens en soins primaires, les gynécologues et les autres spécialistes devraient **envisager de diriger** les femmes âgées de 30 ans et plus qui n'ont pas réussi à concevoir un enfant par des voies naturelles après avoir essayé pendant six mois **vers un spécialiste en matière d'infertilité**.
- Le gouvernement devrait financer et soutenir l'élaboration de **lignes directrices pour la pratique clinique** en matière d'information et de surveillance au chapitre de la fertilité, notamment un algorithme afin d'aider les praticiens à évaluer leurs patients dans les cas de problèmes de fertilité.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait continuer à **financer les tests existants de la réserve ovarienne et l'analyse de sperme**, normaliser ces tests à l'échelle de la province et introduire de nouveaux tests plus précis et plus faciles à utiliser à mesure qu'ils seront disponibles et approuvés.

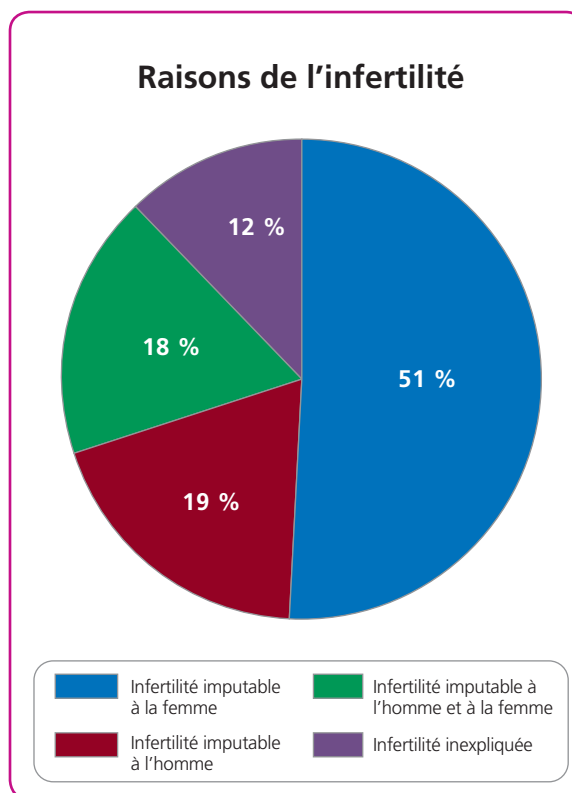
Pourquoi l'Ontario devrait-il investir dans l'information et la surveillance en matière de fertilité?

De nombreux Ontariens ne savent pas comment protéger leur fertilité

Actuellement, environ un couple ontarien sur huit essaie de fonder une famille. L'infertilité féminine – problèmes de production d'ovules, trompes de Fallope bouchées ou endométriose – compte pour 51 % des problèmes de fertilité. L'infertilité masculine – faible numération des spermatozoïdes et spermatozoïdes de forme anormale ou dont la mobilité est réduite – compte pour 19 % de l'infertilité. Dans environ 18 % des cas, l'infertilité est imputable à l'homme et à la femme; dans 12 % des cas, elle est inexpliquée⁷⁰.

Plusieurs facteurs conditionnent la fertilité d'une femme, notamment :

- L'âge
- Les infections transmissibles sexuellement ou les infections génitales hautes
- L'endométriose ou le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
- Le tabagisme ou la grande consommation d'alcool et de certaines drogues récréatives



Source : Centers for Disease Control and Prevention, 2006. *Assisted Reproductive Technology Success Rates: National Summary and Fertility Clinic Reports.*

- Le poids trop élevé
- Les toxines environnementales, radiations et certains pesticides et produits chimiques
- L'utilisation antérieure de dispositifs intra-utérins comme moyen de contraception
- D'autres problèmes de santé, comme l'hypertension artérielle, le diabète, la maladie hépatique ou des reins, la maladie thyroïdienne, l'excroissance pituitaire et la tuberculose
- Les traitements contre le cancer (chimiothérapie, radiothérapie)
- La chirurgie abdominale ou pelvienne⁷¹

Les facteurs qui touchent la fertilité de l'homme sont les suivants :

- L'âge
- Les infections transmissibles sexuellement
- Le tabagisme ou une grande consommation d'alcool
- La consommation de médicaments sur ordonnance, de drogues en vente libre et à usage récréatif et de stéroïdes anabolisants
- Les risques professionnels qui exposent les hommes à des toxines ou à des températures élevées
- Les traitements contre le cancer
- Blessures ou problèmes de santé touchant le système reproducteur masculin, notamment varicelle, blessures aux testicules, cancer des testicules, problèmes hormonaux, vasectomie, impuissance, anomalie congénitale et maladies auto-immunes⁷²

Il est essentiel que les praticiens en soins primaires parlent des facteurs pertinents d'infertilité avec leurs patients. Les Ontariens devraient savoir comment protéger au mieux leur fertilité et que, quelle que soit l'intensité des mesures de prévention, rien ne peut enrayer le déclin de la fertilité lié à l'âge. En l'absence d'autres problèmes de fertilité, adopter un mode de vie sain (conserver un poids santé et ne pas fumer) peut augmenter les chances de concevoir un enfant, mais cela ne peut en rien modifier le fait que la fertilité diminue avec l'âge.

Les connaissances précoces et plus étendues en matière de fertilité constitueraient une aide précieuse

La connaissance précoce des problèmes de fertilité pourrait aider les Ontariens à prendre des décisions éclairées en matière de santé génésique et de conception. De plus, plus tôt les Ontariens sauront qu'ils risquent d'avoir des problèmes de fertilité, plus tôt ils pourront être dirigés vers les bonnes ressources pour recevoir le traitement approprié.

Pour la majorité des femmes, la fertilité commence à décroître vers l'âge de 30 ans, même pour celles qui ont un mode de vie sain. Les causes sont multiples :

- Chaque femme naît avec la totalité des ovules qu'elle doit avoir pour toute sa vie. Chaque mois, pour chaque ovule expulsé susceptible d'être fécondé, de nombreux ovules parviennent à maturité et la majorité d'entre eux sont absorbés par le corps. La plupart des femmes vont ovuler environ 400 fois au cours de leur vie.
- Les ovules vieillissent à mesure que la femme vieillit, ce qui rend la conception plus difficile et augmente les risques d'aberrations chromosomiques, provoquant souvent une fausse couche.

Bon nombre de femmes ne savent pas comment elles peuvent concrètement préserver leur santé génésique.

« Je ne m'étais pas rendu compte que l'âge jouait un rôle si important dans la fertilité et l'infertilité ne m'avait même jamais traversé l'esprit. »

– Personne interrogée

Les objectifs d'un programme provincial d'information et de surveillance en matière de fertilité devraient faire en sorte que :

- Tous les Ontariens soient informés à propos de la fertilité.
- Si la surveillance de la fertilité indique un problème éventuel, les Ontariens soient rapidement dirigés vers un spécialiste.
- Les ressources en matière de soins de santé soient utilisées judicieusement.

13 % des hommes du même âge et 17 % des hommes âgés de 35 ans⁷³. Les médecins de famille devraient être soutenus afin de pouvoir intégrer des services de counseling en matière de fertilité dans les soins de santé préventifs systématiques.

Les médecins de famille peuvent contribuer à renseigner leurs patients sur les façons de protéger leur fertilité. C'est aussi le cas d'autres fournisseurs. Ainsi, la pratique de la médecine naturopathique, de la médecine chinoise traditionnelle et de l'homéopathie met-elle l'accent sur des traitements conçus pour équilibrer les hormones, augmenter le flux sanguin et préserver la fertilité.

Selon notre sondage réalisé auprès des Ontariens qui ont eu recours à des services en matière d'infertilité, environ un quart d'entre eux seulement ont déclaré que leur médecin avait pris l'initiative d'une discussion sur la fertilité avec eux avant même que ceux-ci n'essaient de fonder une famille. Très peu ont reçu des conseils en matière de fertilité avant d'avoir des problèmes dans ce domaine. Ceux qui avaient effectivement reçu des conseils avaient généralement des problèmes de santé qui se répercutaient sur leur fertilité, notamment une infection génitale haute, de l'obésité ou le SOPK.

« Je pensais que c'étaient les gens dans la trentaine ayant des problèmes de santé qui avaient vraiment des difficultés, et que les jeunes gens en bonne santé n'avaient aucun problème de fertilité. Nous sommes tous les deux en excellente santé. Nous n'aurions jamais pensé que ça nous arriverait. »

– Personne interrogée

Actuellement, en Ontario, le fait que la question de la fertilité soit abordée et évaluée trop tardivement est un sujet de préoccupation. Au moment où bon nombre de patients en parlent à leur praticien en soins primaires, ils ont déjà plus de 30 ans ou ont des difficultés à concevoir un enfant. En vertu du fichier des honoraires de l'Assurance-santé de l'Ontario, les médecins peuvent facturer des services de counseling en matière de fertilité sous un code commun. Par contre, comme il n'y a pas de code de facturation distinct, il n'y a aucun moyen de faire un suivi et de savoir combien d'Ontariens bénéficient de services de counseling en matière de fertilité.

Cela dit, l'on devrait aussi donner suffisamment de temps aux Ontariens pour essayer de concevoir un enfant par des voies naturelles. Après avoir essayé pendant un an, environ 90 % des couples y parviennent⁷⁴. Un bon programme de surveillance de la fertilité donnerait aux Ontariens les plus jeunes le temps de concevoir naturellement avant de consulter un spécialiste en matière de fertilité.

Nous avons entendu dire que les hétérosexuels célibataires, les lesbiennes et les gays étaient moins susceptibles que les couples hétérosexuels d'être renseignés et surveillés en matière de fertilité. Cet écart dans les soins préventifs est un problème parce que, comme pour le reste de la population, une proportion d'hétérosexuels célibataires, de lesbiennes et de gays auront des problèmes de fertilité.

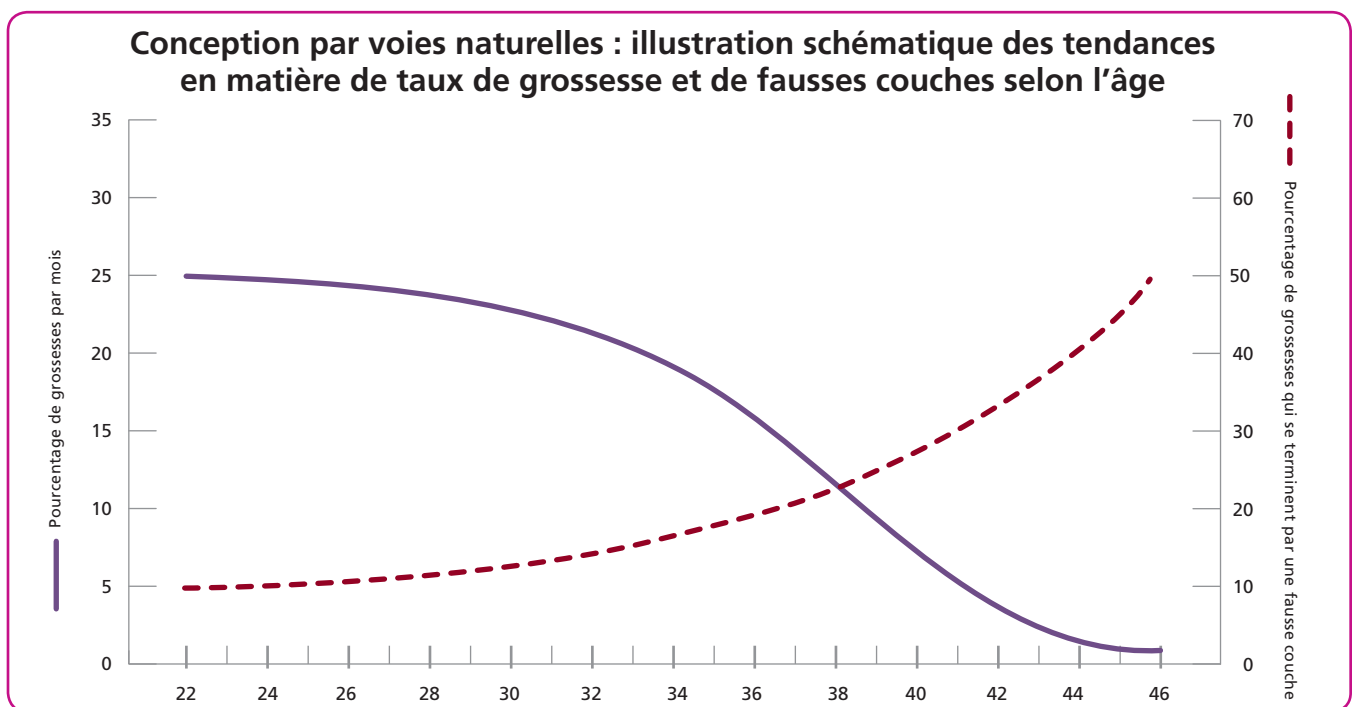
Le gouvernement a pris un engagement

Le gouvernement de l'Ontario a pris l'engagement de rendre accessibles des programmes de surveillance de la fertilité aux femmes plus tôt dans leur vie. Mais les femmes ne sont pas les seules à souffrir d'infertilité. Nous recommandons que les hommes tout autant que les femmes soient renseignés en matière de fertilité et que l'on offre aux hommes des programmes de surveillance de la fertilité quand leur partenaire fait l'objet d'une surveillance ou d'une évaluation.

Pourquoi l'âge est-il important pour l'information et la surveillance en matière de fertilité?

En matière de fertilité, l'âge compte

L'âge est le facteur le plus important dans la capacité de concevoir un enfant. Pour les femmes comme pour les hommes, la fertilité décroît avec l'âge, même si ce processus a lieu à différents âges et à des taux différents⁷⁵.



Source : Société canadienne de fertilité et d'andrologie. « Lignes directrices à l'intention des médecins de première ligne pour la recherche des problèmes d'infertilité », 2004.

Même si le concept d'horloge biologique n'a rien de nouveau, les femmes sont nombreuses à penser qu'elles peuvent en venir à bout en restant en bonne forme physique (« Mais je suis jeune; je n'ai que 40 ans! »). Or, ce n'est pas le cas : les ovaires continuent de vieillir, quel que soit la forme physique ou le niveau d'activité de la femme, ou encore l'attention qu'elle accorde à son régime alimentaire. Le taux auquel la fertilité décroît est différent pour chaque femme à mesure que les ovaires vieillissent; toutefois, le nombre et la qualité des ovules se détériorent⁷⁶.

La plupart des femmes commencent à devenir moins fertiles autour de 30 ans; le processus s'accélère à 35 ans⁷⁷. Dans la vingtaine, les femmes ont de 20 % à 25 % de chances de concevoir avec leurs propres ovules au cours d'un mois donné⁷⁸. À 40 ans, cette proportion est de 5 %. À 45 ans, si la femme n'a pas eu d'enfant, elle n'a pratiquement aucune chance de concevoir avec ses propres ovules⁷⁹.

« Je n'avais jamais pensé qu'il pouvait aussi s'agir d'un problème masculin. »

– Personne interrogée

Les hommes commencent à devenir moins fertiles autour de 40 ans puisque la numération et la qualité des spermatozoïdes se détériorent⁸⁰. Les risques de fausse couche, de mortinatalité et d'anomalies fœtales augmentent avec l'âge du père⁸¹. Une femme de 35 ans qui essaie d'avoir un bébé avec un homme de 40 ans

court deux fois plus de risques de faire une fausse couche qu'une femme du même âge qui conçoit un enfant avec un homme de moins de 40 ans⁸². Quand le père a plus de 40 ans, les risques d'accoucher d'un enfant ayant une anomalie congénitale, comme le syndrome de Down, des anomalies des extrémités et du système nerveux ou de multiples malformations sont multipliés par deux⁸³.

En matière de traitements de l'infertilité, l'âge compte

L'âge est aussi un facteur dans la réussite de la reproduction assistée. Les chances de tomber enceinte, de mener la grossesse à terme et d'accoucher diminuent avec l'âge, même dans les cas de procréation assistée⁸⁴. Plus les femmes sont jeunes quand elles suivent un traitement, plus le traitement a de chances d'être efficace. Actuellement, la moyenne d'âge des femmes qui souhaitent suivre un traitement est de plus de 35 ans⁸⁵. La procréation assistée peut compenser en partie seulement l'âge et la baisse de fertilité⁸⁶ liée à l'âge. C'est pourquoi un bon programme d'information et de surveillance en matière de fertilité faciliterait la recommandation précoce des personnes qui souhaitent obtenir de l'aide à des spécialistes.

La surveillance de la fertilité doit être rentable et fondée sur l'expérience clinique

La plupart des Ontariens seront en mesure de fonder une famille par leurs propres moyens, sans l'aide d'un programme de surveillance de la fertilité. La plupart d'entre eux ne souhaiteront pas subir de tests de fertilité sans avoir une bonne raison de le faire. Afin de s'assurer que les ressources en matière de santé sont utilisées judicieusement, la surveillance de la fertilité doit être proposée uniquement quand il y a un élément probant, comme l'âge de la personne ou des problèmes de santé antérieurs, indiquant qu'un test est justifié.

Nous reconnaissons que les praticiens en soins primaires devraient toujours être en mesure de prendre les décisions cliniques les plus appropriées pour leurs patients. Nous reconnaissons aussi que la décision d'entreprendre des tests et des traitements incombe toujours à la personne concernée.

C'est pourquoi nous recommandons que des programmes d'information soient offerts à tous les Ontariens dans la vingtaine et que des tests et la surveillance de la fertilité s'adressent à toutes les femmes en Ontario âgées de 28 ans et plus (ainsi qu'à leurs partenaires masculins) qui n'ont pas réussi à tomber enceintes naturellement après avoir essayé pendant un an.

Étant donné que la fertilité d'une femme diminue plus rapidement après l'âge de 30 ans, nous recommandons également que toutes les femmes de 30 ans et plus qui souhaitent fonder une famille aient la possibilité de faire surveiller leur fertilité sur-le-champ et NE soient PAS encouragées à essayer de concevoir pendant un an avant d'être testées. D'après nos estimations, les tests de surveillance de la fertilité (voir ci-dessous les tests à faire passer) pour ces femmes et leur partenaire – le cas échéant – coûteraient environ 1,6 million de dollars par an à la province.

De plus, nous croyons que les femmes âgées de 30 ans et plus doivent être dirigées vers un spécialiste en matière de fertilité si elles ont essayé de concevoir naturellement pendant six mois en vain.

Il est de notre avis qu'en proposant un programme d'information et de surveillance de la fertilité, un plus grand nombre d'Ontariens seront au fait des éventuels problèmes de fertilité qu'ils sont susceptibles d'avoir quand ils essaieront de concevoir, et que les personnes ayant besoin de services de procréation assistée auront plus de chances de réussir parce qu'elles seront plus jeunes.

« Mon médecin pensait qu'il était trop tôt pour s'inquiéter. J'avais 32 ans. »

– Personne interrogée

Pour être en mesure de parler à leurs patients de fertilité et de dispenser des services de surveillance de la fertilité uniformes et irréprochables, les fournisseurs de soins primaires vont avoir besoin de directives fondées sur l'expérience clinique.

Quels tests de surveillance l'Ontario devrait-il utiliser?

Des tests sont actuellement accessibles afin d'estimer la réserve ovarienne, soit le dosage de l'hormone de stimulation folliculaire et le comptage des follicules antraux. L'analyse de sperme est utilisée pour évaluer la fertilité potentielle des partenaires masculins de femmes qui font elles-mêmes l'objet de tests. Ces tests sont actuellement financés par l'Assurance-santé de l'Ontario mais contribuent à diagnostiquer l'infertilité une fois que les personnes concernées ont déjà défini qu'elles avaient des difficultés à concevoir.

Quelques mots sur les tests de dépistage de l'infertilité

L'analyse de sang destinée à doser l'**hormone de stimulation folliculaire** (HSF) qui a lieu les jours 1, 2 et 3 du cycle menstruel mesure le niveau d'une protéine qui stimule les follicules (sacs d'ovules) dans le sang d'une femme pour produire et expulser les ovules. Le niveau de cette hormone augmente à mesure que le comptage des ovules (réserve ovarienne) décroît. Les pilules anticonceptionnelles et d'autres hormones modifient l'exactitude de ce test. Par conséquent, il ne donne aucun résultat concluant pour les femmes qui prennent la pilule ou des hormones anticonceptionnelles.

Le **comptage des follicules antraux** (CFA) est un examen échographique par voie vaginale permettant de calculer le nombre réel de follicules qui se développent à un moment donné dans les ovaires d'une femme. L'exactitude de ce test dépend de la compétence du technicien qui procède à l'échographie et du moment où le test a lieu. Le test doit se faire pendant les cinq premiers jours du cycle menstruel de la femme.

Le **dosage de l'hormone antimüllérienne** (DHA) est un examen permettant d'évaluer le taux de l'hormone que produit la réserve ovarienne dans le sang d'une femme. La prise d'une pilule anticonceptionnelle ou d'autres hormones n'a pas d'effet sur le niveau du DHA dans le sang d'une femme. Ce test n'est pas encore autorisé au Canada.

L'**analyse de sperme** mesure la quantité de sperme d'un homme et sa qualité, notamment son volume, le nombre de spermatozoïdes dans chaque échantillon, leur forme (morphologie) et leur capacité de mouvement (mobilité), autant de paramètres qui illustrent la fertilité potentielle de l'homme. L'analyse doit avoir lieu dans l'heure qui suit le prélèvement de l'échantillon de sperme.

Pris individuellement, les tests actuels ne donnent pas de vision d'ensemble

Actuellement, les tests approuvés et financés permettent une évaluation limitée de la réserve ovarienne et du potentiel de fertilité. Les tests mesurant la réserve ovarienne peuvent contribuer à estimer la quantité d'ovules d'une femme mais ne permettent pas de déterminer la qualité de ces ovules ou si une femme aura ou non des difficultés à concevoir ou à mener sa grossesse à terme. Les tests ne fonctionnent pas si la femme prend une pilule anticonceptionnelle ou d'autres hormones. Ils donnent de meilleurs résultats pour les femmes plus âgées ou plus susceptibles de connaître une chute abrupte de leur réserve ovarienne.

Le test qui permet d'évaluer la fertilité masculine est plus efficace dans le cas d'hommes peut-être infertiles.

Pourtant, les tests actuels sont un volet essentiel de cette vision d'ensemble

Malgré leurs limites, il s'agit des tests qui sont autorisés au Canada pour l'instant. Ils sont efficaces, utilisés de concert avec les autres outils d'évaluation diagnostique mis à la disposition des médecins (par ex., l'hystérosalpingogramme est utilisé pour obtenir une image de l'utérus et des trompes de Fallope et procéder à une évaluation) dans le but de diagnostiquer des problèmes de fertilité. Ils peuvent aussi servir à mieux comprendre le potentiel de fertilité quand ils sont utilisés dans le cadre d'un programme de surveillance de la fertilité des personnes appropriées.

Nous savons que des tests plus précis destinés à définir le potentiel global de fertilité sont en cours d'élaboration et nous encourageons l'Ontario à les adopter dès que leur utilisation aura été approuvée au Canada.

Les tests doivent avoir lieu et être interprétés de façon uniforme

Ces trois tests, à savoir le dosage de l'hormone de stimulation folliculaire, le comptage des follicules antraux et l'analyse de sperme sont utilisés à l'échelle de la province mais les conditions dans lesquelles ils ont lieu et la façon d'en interpréter les résultats manquent d'uniformité. Les laboratoires et les fournisseurs ont besoin de normes, de directives et de formation afin de s'assurer que les tests ont lieu et sont interprétés de la même façon aux quatre coins de la province.

QUELLES MESURES L'ONTARIO DEVRAIT-IL PRENDRE POUR METTRE EN ŒUVRE UN PROGRAMME D'INFORMATION ET DE SURVEILLANCE EN MATIÈRE DE FERTILITÉ?

Afin d'aider l'Ontario à mettre en œuvre un programme complet d'information et de surveillance en matière de fertilité fondé sur l'expérience clinique, nous recommandons ce qui suit :

1. Tous les Ontariens devraient savoir comment protéger leur fertilité

Information

- 1.1 Le gouvernement de l'Ontario doit s'assurer que tous les **praticiens en soins primaires sont renseignés** en matière de fertilité et de questions connexes, notamment : incidence de l'âge sur la fertilité, l'infertilité chez l'homme et chez la femme ainsi que les importants facteurs de risque qui touchent la fertilité; les besoins génésiques des familles non traditionnelles et les services complémentaires accessibles afin d'augmenter ou de traiter l'infertilité.
- 1.2 Tous les praticiens en soins primaires, y compris les docteurs en naturopathie et les spécialistes de médecine chinoise traditionnelle devraient faire de **l'information et du counseling en**

matière de fertilité un volet systématique des soins dispensés à tous les patients dès le début de la vingtaine, hommes et femmes confondus, en couple ou célibataires (même auprès de ceux et celles qui ne tentent pas de fonder une famille), quelle que soit leur orientation sexuelle.

- 1.3 Le gouvernement devrait s'assurer que les **documents éducatifs imprimés et publiés sur le Web** sont élaborés et mis à la disposition des praticiens en soins primaires afin que ceux-ci puissent les partager avec leurs patients.
- Les documents sur les questions de fertilité, notamment sur le déclin de la fertilité en raison de l'âge, doivent être communiqués aux femmes et aux hommes de 28 ans et plus.
 - Les documents sur les facteurs de risque liés à l'infertilité doivent être communiqués aux femmes et aux hommes de 28 ans et plus qui sont touchés par ces facteurs (par ex., infections sexuellement transmissibles, obésité, anorexie, tabagisme).
 - Les documents faisant la promotion de comportements sains et mettant en lumière les comportements nocifs qui risquent de compromettre les possibilités de concevoir un enfant de façon naturelle doivent être communiqués à toutes les femmes et à tous les hommes qui veulent avoir des enfants.

Counseling

- 1.4 Le gouvernement devrait rajuster le **fichier des honoraires** de l'Assurance-santé de l'Ontario afin de permettre aux médecins de définir clairement les services de counseling fournis spécifiquement pour des raisons d'infertilité et pour que les médecins puissent prévoir le temps nécessaire à cette pratique dans un horaire déjà chargé; le gouvernement saurait ainsi combien d'Ontariens reçoivent cette information

Tests et surveillance de la fertilité

- 1.5 Tous les praticiens en soins primaires, les obstétriciens et les gynécologues ou les spécialistes en fertilité devraient offrir des **tests et une surveillance de la fertilité** aux :
- Femmes âgées de 28 ans et plus qui n'ont pas réussi à concevoir naturellement au bout d'un an après avoir cessé d'utiliser des moyens de contraception.
 - Femmes âgées de 30 ans et plus qui souhaitent fonder une famille (afin d'estimer leur réserve ovarienne et le besoin de recommandation).
 - Femmes âgées de 30 ans et plus qui n'ont pas réussi à concevoir naturellement au bout de six mois.
 - Partenaires masculins de femmes qui entreprennent des tests.

Quiconque, à la suite de procédures de surveillance de la fertilité, semble avoir un problème de fertilité devrait être **dirigé dans les plus brefs délais** vers un spécialiste en matière de fertilité (par ex., les femmes de moins de 30 ans qui ont essayé de concevoir naturellement pendant 12 mois sans succès; les femmes âgées de 30 ans et plus, au bout de six mois).

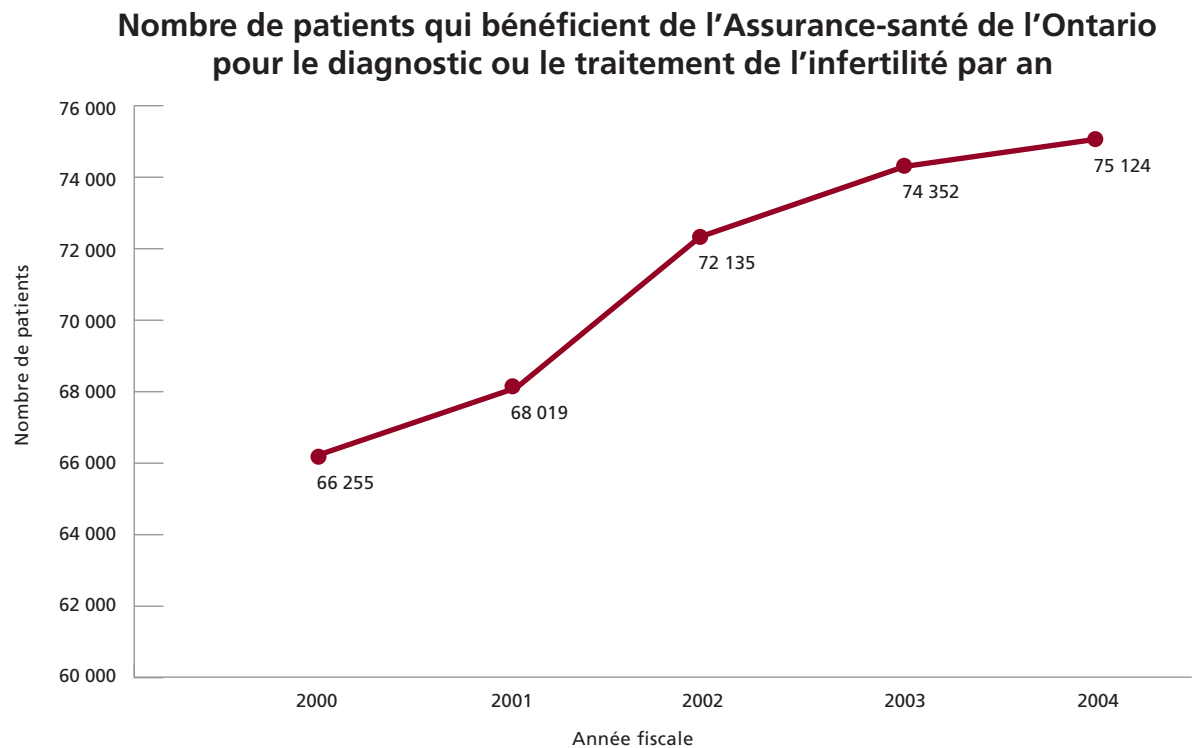
- 1.6 **Des directives de pratique clinique** en matière d'information et de surveillance de la fertilité devraient être élaborées, notamment :
- Directives sur l'information en matière de fertilité.
 - Facteurs de risque importants pour la fertilité des femmes et des hommes.

- Algorithme pour aider les praticiens en soins primaires à évaluer les facteurs de risque des patients en matière d'infertilité ainsi que les tests diagnostiques appropriés à utiliser.
- Critères permettant de diagnostiquer l'infertilité chez les femmes et les hommes.
- Méthodes validées de dosage de l'hormone de stimulation folliculaire, du comptage des follicules antraux et de l'analyse de sperme à utiliser à l'échelle de la province.
- Fourchettes ou seuils de tests précis à utiliser pour faire rapidement des recommandations auprès des spécialistes appropriés.

1.7 Le gouvernement devrait continuer à **financer les tests existants** (dosage de l'hormone de stimulation folliculaire, comptage des follicules antraux et analyse de sperme) et introduire de nouveaux tests (dosage de l'hormone antimüllérienne) qui sont plus précis et plus faciles à utiliser dès qu'ils seront disponibles et approuvés.

2. LES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE DOIVENT ÊTRE SÛRS ET RÉPONDRE AUX NORMES FONDÉES SUR L'EXPÉRIENCE CLINIQUE LES PLUS RIGOUREUSES

Chaque année, des dizaines de milliers d'Ontariens utilisent des procédures médicales, comme la fécondation in vitro et l'insémination intra-utérine pour les aider à fonder une famille.

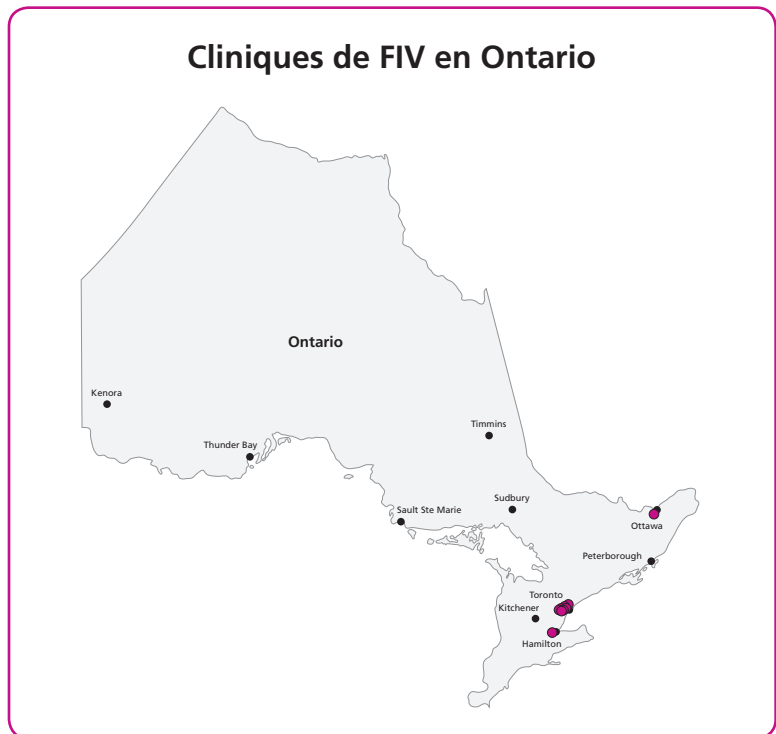


Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Provincial Health Planning Database, ministère de la Santé de l'Ontario, 2006

Les services de procréation assistée sont offerts dans 14 cliniques spécialisées et plusieurs centres de fertilité et cabinets médicaux privés en Ontario. La plupart de ces 14 établissements sont des cliniques privées et indépendantes qui se trouvent dans le couloir Toronto-London-Ottawa. Trois d'entre elles sont partiellement financées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, deux sont des cliniques publiques situées dans des hôpitaux; la dernière ne se trouve pas dans un hôpital⁸⁷.

Les cliniques et les cabinets médicaux qui proposent des services de procréation assistée ne sont pas tenus d'être accrédités, et l'information sur leur pratique et leur taux de réussite n'est pas facilement accessible. C'est pourquoi il est difficile pour les Ontariens de prendre une décision éclairée quant au choix de l'endroit approprié pour recevoir des soins ou pour avoir la certitude que les soins dispensés sont tout à fait sûrs.

La procréation assistée peut être un moyen sûr et efficace de fonder une famille. Toutefois, la façon dont les services sont utilisés actuellement en Ontario signifie qu'il y a des risques, aussi bien pour la mère que pour l'enfant conçu par procréation assistée, quand les procédures donnent lieu à des naissances multiples (par ex., jumeaux, triplés ou plus). Il y a malgré tout une bonne nouvelle : ces risques peuvent être évités.



Afin de s'assurer que les Ontariens ont accès à des services de procréation assistée sûrs, qui sont conformes aux directives en vigueur sur les pratiques cliniques exemplaires, nous recommandons ce qui suit :

- Toutes les cliniques où se pratique la fécondation in vitro et tous les centres de fertilité en Ontario doivent être **agréés**, conformément aux normes provinciales.
- Afin d'être autorisées à offrir des services de procréation assistée, toutes les cliniques doivent **réduire leur taux annuel de naissances multiples** à moins de 15 % en l'espace de cinq ans (contre 27,5 % actuellement).
- L'Ontario suit les enfants nés à l'issue de procédures de procréation assistée et les Ontariens ayant recours à ces services afin **d'évaluer l'incidence des services** sur leur santé et leur bien-être à long terme.
- Les politiques et les pratiques doivent être **réexaminées et mises à jour tous les cinq ans au moins** afin de s'assurer qu'elles rendent bien compte des technologies, de l'expérience clinique et des capacités actuelles.

Quels services de procréation assistée les Ontariens utilisent-ils?

Il existe une vaste gamme de services de procréation assistée destinés à aider les gens qui le souhaitent à fonder une famille, notamment des traitements à l'aide de médicaments afin de provoquer ou de réguler l'ovulation, des traitements chirurgicaux pour déboucher les trompes ou retirer des fibromes utérins,

l'insémination intra-utérine, la fécondation in vitro, le prélèvement d'ovocytes afin d'aider les femmes à préserver leur fertilité, des services de counseling et des traitements complémentaires, comme l'acupuncture.

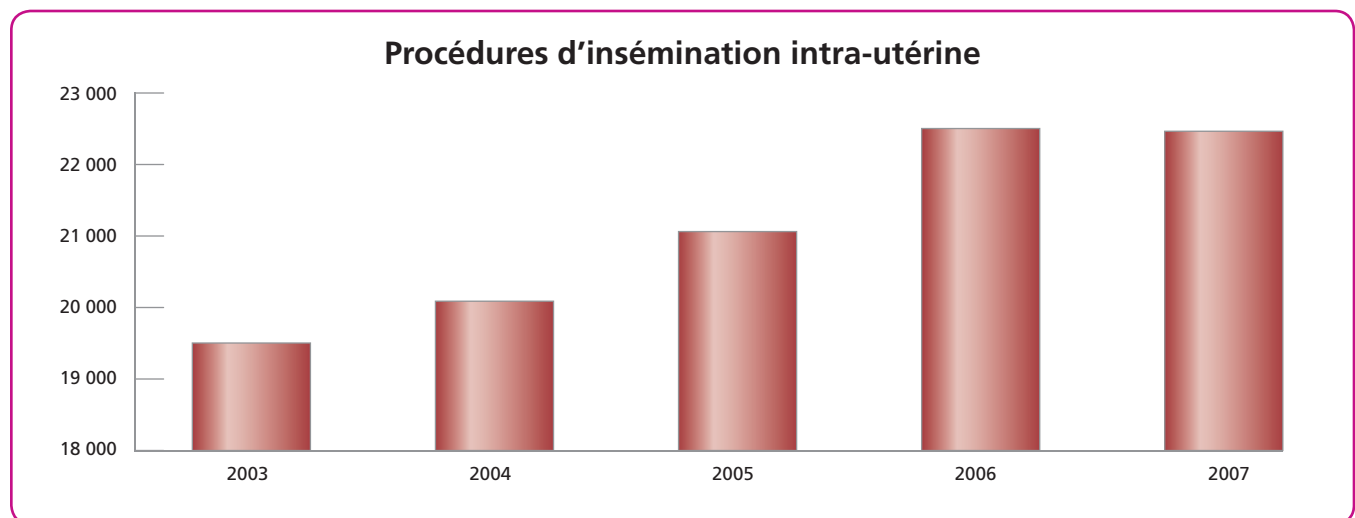
Dans notre travail, nous avons précisément mis l'accent sur les traitements et les autres services qui soulevaient des problèmes en matière de sécurité, d'utilisation appropriée, de coût et d'accès, notamment :

- Insémination intra-utérine (IIU) – avec ou sans stimulation ovarienne contrôlée (SOC)
- Fécondation in vitro (FIV) – avec ou sans injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (IICS)
- Congélation et conservation des ovules, du sperme et des embryons afin de préserver la fertilité

Insémination intra-utérine

Dans l'insémination intra-utérine, on injecte du sperme lavé et filtré dans l'utérus au moment de l'ovulation. On utilise l'insémination intra-utérine essentiellement dans les cas suivants :

- Le sperme de l'homme pose problème (le comptage des spermatozoïdes est faible ou leur mobilité est réduite) ou l'homme a des problèmes lors des relations sexuelles.
- Les couples hétérosexuels ont des problèmes de fertilité inexplicables.
- Les femmes (y compris les femmes célibataires et celles qui font partie d'un couple hétérosexuel ou homosexuel) utilisent le sperme congelé d'un donneur.
- Les femmes produisent un mucus cervical hostile (le mucus cervical ne permet pas aux spermatozoïdes de se rendre dans l'utérus).



Source : D'après les renseignements du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour les exercices 2003-2007.

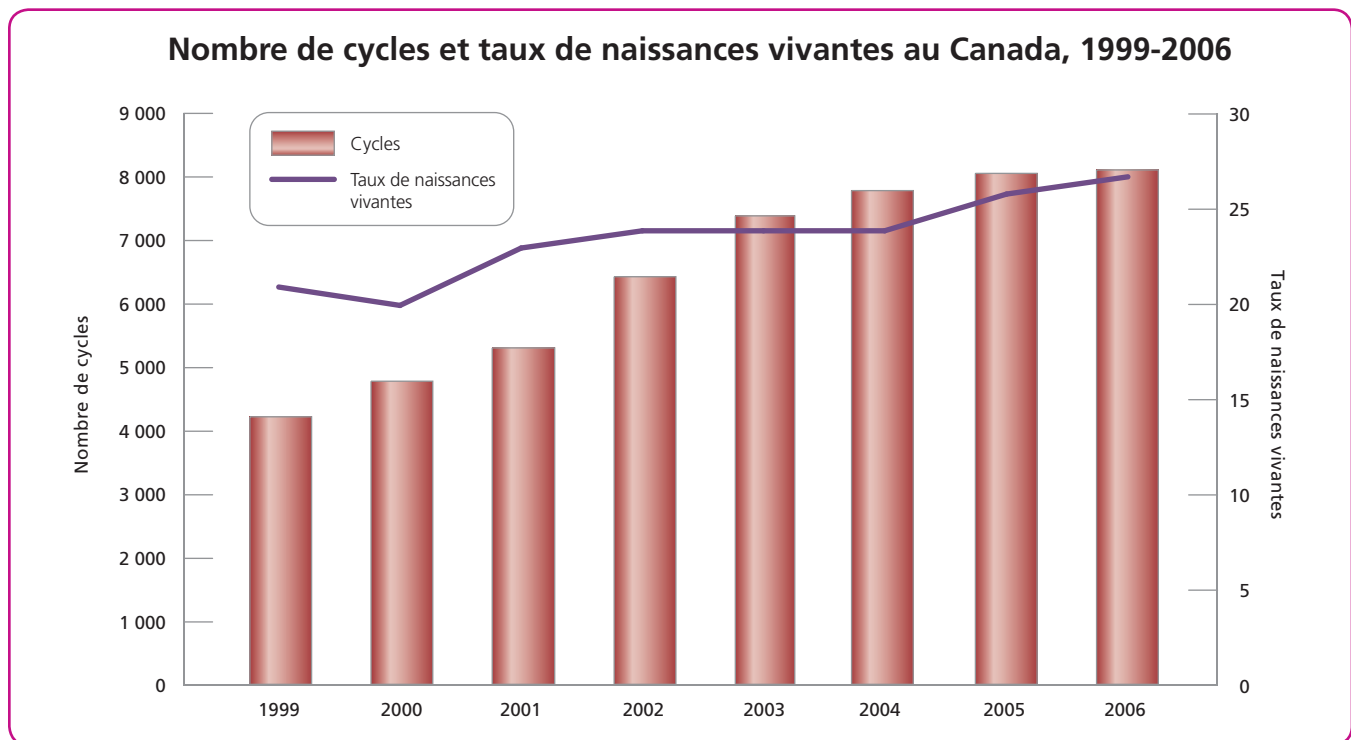
L'insémination intra-utérine peut être utilisée seule ou de concert avec une stimulation ovarienne contrôlée. La stimulation ovarienne contrôlée suppose que la femme prenne des médicaments afin de l'aider à produire plus d'un ovule au cours d'un cycle menstruel; il s'agit ensuite de prévoir le meilleur moment pour l'insémination en fonction de la date de l'ovulation. La stimulation ovarienne contrôlée augmente les chances de concevoir un enfant par insémination intra-utérine en produisant un plus grand nombre d'ovules, que des spermatozoïdes pourront féconder. L'insémination intra-utérine exige des analyses de sang et des échographies fréquentes afin de déterminer le moment de l'ovulation. Il faut aussi parfois laver le sperme, processus qui se fait dans une centrifugeuse afin de séparer les meilleurs spermatozoïdes du liquide séminal.

Le recours à l'insémination intra-utérine augmente avec le temps : plus de 22 000 procédures d'insémination intra-utérine ont eu lieu en Ontario en 2007.

| Avantages de l'insémination intra-utérine | Inconvénients |
|--|--|
| <p>Pas de chirurgie ni d'autres procédures; la femme n'est pas obligée de s'absenter souvent de son travail (technique minimalement intrusive).</p> <p>Coût relativement peu élevé (la plupart des coûts sont couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario).</p> <p>Option efficace pour les femmes qui n'ont pas de problèmes de fertilité mais qui ont besoin du sperme d'un donneur.</p> | <p>Taux de réussite inférieur par cycle de traitement à celui de la fécondation in vitro.</p> <p>Parce que cette technique est peu onéreuse, on l'utilise même quand la fécondation in vitro serait plus efficace.</p> <p>Ne fonctionne pas pour les femmes dont les trompes sont bouchées.</p> <p>Quand on a recours à la stimulation ovarienne contrôlée, le risque de naissances multiples est élevé (les médecins n'arrivent pas à contrôler le nombre d'ovules fécondés).</p> |

Fécondation in vitro

La fécondation in vitro est un processus selon lequel les ovules sont fécondés à l'extérieur du corps. La femme doit habituellement prendre des médicaments pour augmenter la production d'ovules (SOC). Les ovules sont ensuite retirés des ovaires et fécondés en laboratoire, à l'aide du sperme lavé du partenaire ou d'un donneur. Un ou plusieurs des embryons qui en résultent sont ensuite transférés dans l'utérus.



Source : Société canadienne de fertilité et d'andrologie

On utilise la fécondation in vitro quand la cause de l'infertilité est imputable à l'homme et à la femme, et pour les femmes et les hommes ayant besoin d'ovules de donneuses. Tout comme pour l'insémination intra-utérine, une femme qui a choisi la fécondation in vitro doit se prêter à de fréquentes analyses de sang et échographies afin de surveiller les effets des médicaments et de prévoir les procédures à prendre au bon moment durant son cycle.

Actuellement, dans 50 % à 70 % des cas, la fécondation in vitro est utilisée de concert avec l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde, procédure qui exige d'utiliser des outils spécialisés afin de sélectionner des spermatozoïdes de grande qualité et d'injecter un seul spermatozoïde directement dans chaque ovule. Bien que l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde soit recommandée uniquement dans les cas où l'homme a de graves problèmes d'infertilité, un plus grand nombre d'Ontariens optent pour cette solution parce qu'elle augmente les chances de fécondation et, par conséquent, les possibilités d'avoir un embryon qui s'implantera et grandira; cette technique permet aussi de produire des embryons à congeler.

Certaines personnes qui choisissent la fécondation in vitro vont faire congeler et conserver les embryons excédentaires, et les utiliser la prochaine fois qu'elles essaieront de concevoir un enfant. Autrement dit, la femme n'aura pas à recommencer le traitement à base de médicaments, ni le processus de prélèvement d'ovocytes. En 2006, 8 278 cycles de fécondation in vitro ont eu lieu dans des cliniques aux quatre coins du Canada, avec ou sans injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde; plus de la moitié d'entre eux, soit 4 321, ont eu lieu en Ontario.

| Avantages de la fécondation in vitro | Inconvénients |
|---|---|
| <p>Pour certaines personnes, sous réserve de certaines indications, la fécondation in vitro est la seule option qui leur permettra de fonder une famille par procréation assistée.</p> <p>Réduction des risques de naissances multiples (le nombre d'embryons transférés est contrôlé).</p> | <p>Procédure invasive qui exige de la femme de s'absenter de son travail.</p> <p>Le coût élevé entraîne le transfert de plusieurs embryons (ce qui augmente les risques de grossesses multiples) ou le recours à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde alors que cela n'est pas toujours nécessaire.</p> <p>Procédure onéreuse.</p> |

| Avantages de l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde | Inconvénients |
|---|---|
| <p>Cette procédure est le seul moyen de surmonter une grave infertilité imputable à l'homme ou la stérilité de l'homme.</p> | <p>Augmente les risques d'aberrations chromosomiques sexuelles chez les garçons.</p> <p>Procédure onéreuse puisqu'elle doit avoir lieu de concert avec la fécondation in vitro (qui n'est pas couverte par l'Assurance-santé de l'Ontario).</p> |

| Avantages de la congélation et de la conservation des embryons | Inconvénients |
|--|--|
| <p>La femme n'a pas à subir autant de prélèvements d'ovocytes; moins de médicaments destinés à régler les problèmes de fertilité sont nécessaires.</p> <p>Réduction des risques de naissances multiples grâce à l'utilisation d'embryons congelés et à l'implantation d'un ou de deux embryons congelés chaque fois.</p> <p>Le coût du transfert d'un embryon congelé est inférieur au coût du transfert d'un embryon frais.</p> | <p>Questions d'ordre éthique qui surviennent si la femme n'utilise pas tous les embryons congelés et conservés.</p> <p>Coût (non couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario), raison pour laquelle le recours à cette procédure est très limité.</p> |

Congélation et conservation des ovules, spermatozoïdes et embryons afin de préserver la fertilité

Les ovules, les spermatozoïdes et les embryons peuvent être congelés et conservés afin de préserver la fertilité des personnes qui suivent des traitements susceptibles d'avoir un effet sur leur fertilité, notamment la radiothérapie, la chirurgie ou la chimiothérapie en cas de cancer.

Les deux méthodes les plus efficaces pour préserver la fertilité consistent à congeler des spermatozoïdes et des embryons. Les ovules sont plus viables quand ils sont fécondés et congelés sous forme d'embryons⁸⁸. Cependant, certaines femmes qui veulent préserver leur fertilité n'ont pas toujours un partenaire pour fournir le sperme; elles doivent alors faire congeler leurs ovules ou utiliser le sperme d'un donneur.

Un plus grand nombre d'Ontariens ont recours à des traitements complémentaires

« J'ai suivi des traitements d'acupuncture afin de mettre mon corps en forme, de me sentir mieux et de réduire mon stress, ce qui m'a aidé à me sentir de nouveau en bonne santé. »

– Personne interrogée

Beaucoup d'Ontariens se tournent vers des traitements complémentaires, comme l'acupuncture, la naturopathie et la médecine chinoise traditionnelle, soit avec une procédure de procréation assistée, soit pour remplacer cette procédure. La naturopathie et la médecine chinoise traditionnelle sont des professions réglementées en Ontario, et les deux proposent des traitements destinés à promouvoir la santé et le bien-être d'ensemble, à favoriser la fertilité et à traiter l'infertilité.

Selon notre sondage en ligne, presque la moitié des répondants ont eu recours à un type ou un autre de services complémentaires, l'acupuncture étant le plus courant, suivi par la naturopathie et la médecine chinoise traditionnelle. Plusieurs autres ont déclaré avoir reçu des massages ou d'autres formes de physiothérapie. Les répondants ont dit qu'ils avaient recours à l'acupuncture essentiellement pour réduire le stress, et les aider à se détendre et à améliorer leur santé mentale et physique pendant qu'ils avaient recours à une procédure de procréation assistée.

L'agrément est un moyen efficace de garantir la sécurité et la qualité des soins

Actuellement, les cliniques où l'on pratique la fécondation in vitro et les centres de fertilité ne sont pas tenus d'être agréés, même si les endocrinologues, les infirmières, la plupart des conseillers et les autres professionnels de la santé qui offrent des services de procréation assistée appartiennent tous à des professions réglementées et doivent satisfaire à des normes de pratique définies par leur ordre de réglementation. Les cliniques peuvent être agréées par Agrément Canada, sur une base volontaire. Toutes les cliniques ontariennes ne sont pas agréées. Sans agrément provincial obligatoire, il n'y a pas de normes provinciales communes régissant le fonctionnement des cliniques, les services qui doivent être offerts ou encore les prix facturés par les cliniques pour leurs services.

On ne sait pas qui va agréer les cliniques

En 2004, le gouvernement canadien a adopté la *Loi sur la procréation assistée* qui définit les règles régissant les services de procréation assistée. La plupart des règlements connexes n'ont pas encore été rédigés ou adoptés. Quand ils le seront, ils s'appliqueront à toutes les cliniques de procréation assistée au Canada. Au moment de rédiger notre rapport, le gouvernement du Québec remettait cette loi en question, avançant que les provinces et territoires doivent être responsables de la

En tant que comité d'experts, nous soutenons la position du Québec. Nous sommes convaincus que l'Ontario devrait prendre en charge la réglementation des services de procréation assistée qu'elle offre et que le coût de l'agrément des cliniques devrait être assumé par la province.

réglementation des cliniques de procréation assistée, comme c'est le cas pour tous les autres aspects de leur système de soins de santé. La Cour d'appel du Québec a confirmé la position du Québec. Plusieurs autres provinces se sont jointes au Québec à cet égard, puisque la question fait l'objet d'un appel devant la Cour suprême du Canada. Une décision est imminente.

Autrement dit, si la Cour suprême renverse la décision de la Cour d'appel du Québec et si la loi est maintenue, les cliniques de l'Ontario seront réglementées en fonction de normes fédérales et le gouvernement fédéral devra couvrir les coûts d'agrément et de réglementation des cliniques. Quelle que soit la décision de la Cour, nous sommes d'avis que l'Ontario devrait jouer un rôle actif dans le processus d'agrément afin de s'assurer que les cliniques et les praticiens dispensent des soins sûrs et de grande qualité aux Ontariens.

L'agrément permettra d'obtenir plus de renseignements sur les taux de réussite

La procréation assistée est une science et une pratique clinique encore relativement jeune. Il y a 31 ans seulement que le premier bébé est né à l'issue d'une procédure de fécondation in vitro. Depuis lors, les connaissances, les procédures et les taux de réussite se sont considérablement améliorés :

- Le nombre de naissances vivantes par cycle de fécondation in vitro commencé – la plus grande mesure de réussite – a augmenté. En Ontario, les femmes de moins de 35 ans ont désormais 30,6 % de chances⁸⁹ d'avoir un bébé pour chaque cycle de fécondation in vitro.
- L'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde s'est développée et est devenue un traitement efficace en cas de grave infertilité masculine ou de stérilité masculine.
- Les femmes qui choisissent la fécondation in vitro avec un embryon frais la première fois et un embryon congelé la deuxième fois ont le même taux de réussite que les femmes qui se font implanter deux embryons frais au cours du premier cycle⁹⁰.
- Même si le processus est encore expérimental, les ovules peuvent se développer in vitro et être utilisés ou congelés pour un usage futur.

Même si le taux de réussite global de la procréation assistée s'est amélioré, les taux de réussite de chaque clinique varient et dépendent d'un certain nombre de facteurs, notamment de l'âge des femmes traitées et des compétences des praticiens et des embryologistes. Actuellement, les cliniques fournissent les données qui leur sont propres sur une base volontaire (c.-à-d. taux de réussite, naissances multiples) à la Société canadienne de fertilité et d'andrologie. Les données pour toutes les cliniques canadiennes sont combinées et utilisées pour renseigner les fournisseurs et le public sur la situation de la fécondation in vitro au Canada. L'information diffusée concerne tout le Canada. L'Ontario dispose de très peu de renseignements qui lui permettraient d'en savoir plus sur les services offerts dans la province et sur les résultats de chaque clinique.

Autrement dit, les Ontariens qui cherchent à en savoir plus sur les services de procréation assistée ont très peu de renseignements à leur disposition s'ils veulent connaître les services accessibles, les endroits où ces services sont offerts et la clinique qui semble leur convenir le mieux. Pour l'instant, il n'existe aucune information normalisée et propre à chaque clinique sur les taux de réussite qui permettrait aux personnes intéressées de prendre une décision éclairée sur la clinique qui leur conviendrait. Ces données propres à chaque clinique aideraient les Ontariens à faire des choix sur les services de procréation assistée les mieux adaptés à leur cas. Elles aideraient aussi les médecins à échanger des connaissances et serviraient à responsabiliser les cliniques et les obligeraient à observer de rigoureuses normes de sécurité et de qualité.

L'agrément est essentiel pour protéger les Ontariens

À notre avis, l'Ontario devrait exiger que toutes les cliniques où se pratique la fécondation in vitro et que tous les centres de fertilité soient agréés afin de pouvoir proposer des services de procréation assistée.

Quelle que soit la décision de la Cour suprême du Canada sur la *Loi sur la procréation assistée*, le gouvernement devrait mettre sur pied ou nommer un organisme provincial destiné à agréer les cliniques et les centres afin que ceux-ci appliquent les normes les plus rigoureuses, ce qui contribuerait à protéger la santé et le bien-être des Ontariens ayant recours à des services de procréation assistée.

La procréation assistée est-elle tout à fait sûre?

La procréation assistée peut avoir des effets sur la santé physique de la mère et de l'enfant

Il a été démontré que la procréation assistée ne présentait aucun danger pour la femme et son enfant. En 2006, plus de 1 500 bébés sont nés en Ontario par fécondation in vitro. Les bébés nés par procréation assistée représentent désormais 1 % à 2 % environ des naissances vivantes en Ontario.

Le Canada et l'Ontario n'ont pas fait un suivi constant des enfants nés par procréation assistée afin de pouvoir évaluer l'incidence de ces procédures sur leur santé et leur bien-être à long terme. Nous savons toutefois qu'un enfant faisant partie d'une naissance multiple ou dont la mère est âgée est plus susceptible d'avoir des problèmes de santé qu'un bébé conçu naturellement ou qui vient au monde lors d'un accouchement simple. Les bébés issus de naissances multiples sont aussi plus susceptibles de connaître des retards de développement.

Nous savons aussi que les enfants conçus à l'issue d'une fécondation in vitro et d'une injection cytoplasmique d'un spermatozoïde en cas d'une grave infertilité imputable à l'homme enregistrent un taux plus élevé d'aberrations chromosomiques sexuelles que ceux conçus naturellement ou après une fécondation in vitro uniquement⁹¹. Ces aberrations peuvent compromettre le développement normal des organes génitaux des garçons⁹². Nous pensons qu'il est important pour les Ontariens de recueillir des renseignements sur le développement des enfants nés par procréation assistée afin d'être mieux informés sur l'incidence à long terme de ces procédures.

Malgré un recours légèrement plus élevé aux services de santé, les enfants nés par procréation assistée n'ont pas de retards de développement vraiment importants par rapport aux enfants conçus spontanément. Une naissance par procréation assistée ne semble pas avoir d'effet sur le développement moteur ou cognitif de l'enfant.

Les femmes qui ont recours à la procréation assistée encourent aussi des risques, comme les effets des médicaments pour la fertilité (formation de kystes ovariens) et faible risque associé aux prélèvements d'ovocytes (infection ou saignement). Les femmes qui prennent des médicaments pour la fertilité mais qui ne tombent pas enceintes courent aussi plus de risques d'avoir un cancer du sein ou de l'utérus plus tard dans leur vie.

Indépendamment du recours à la procréation assistée, les risques associés à la grossesse augmentent avec l'âge. Les femmes de plus de 35 ans sont plus susceptibles de faire une fausse couche ou de connaître des complications pendant leur grossesse⁹³. Elles sont aussi plus susceptibles d'avoir du diabète gestationnel ou de l'hypertension artérielle, ou encore d'accoucher par césarienne⁹⁴. Les enfants dont la mère a plus de 35 ans à leur naissance sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins médicaux particuliers au moment de leur naissance⁹⁵.

Les naissances multiples constituent le risque le plus grand

Les naissances multiples constituent le risque le plus grand pour la santé de la mère et de l'enfant en matière de procréation assistée. Les risques de naissances multiples sont bien plus grands en cas de procréation assistée que pour une grossesse naturelle.

En cas de stimulation ovarienne contrôlée utilisée de concert avec une insémination intra-utérine, dans environ un cas sur quatre (21 % à 29 %) ⁹⁶, il y aura des naissances multiples (jumeaux, triplés, etc.). Sur les 1 500 naissances issues d'une fécondation in vitro en 2006, 70 % étaient des accouchements simples et 30 %, des naissances multiples (deux bébés ou plus) ⁹⁷. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, le recours à des traitements en cas d'infertilité donne lieu à des naissances multiples dans environ un tiers des cas ⁹⁸. En fait, les Ontariens ayant recours à des procédures de procréation assistée sont 10 fois plus susceptibles de faire l'expérience d'une naissance multiple que ceux n'ayant pas recours à ces techniques. Les bébés issus de la procréation assistée représentent environ 1 % à 3 % de tous les accouchements simples (un seul bébé) au Canada, de 30 % à 50 % d'accouchements de jumeaux et plus de 75 % de naissances multiples comptant un plus grand nombre de bébés ⁹⁹.

Les taux de naissances multiples sont les suivants :

- Insémination intra-utérine = **21-29 %**
- Fécondation in vitro = **27,5 %**

La naissance de jumeaux correspond à 2 % des grossesses naturelles.

Les naissances multiples font courir des risques aux enfants

Nous reconnaissons que certains jumeaux et triplés nés en Ontario chaque année sont en excellente santé. Toutefois, nous croyons que les risques de mauvaise santé des bébés dans les cas de naissances multiples sont si élevés que l'Ontario devrait prendre les mesures nécessaires pour contribuer à donner le meilleur départ possible dans la vie aux enfants issus de la procréation assistée.

Les risques d'hospitalisation et d'autres problèmes de santé sont bien plus élevés pour les enfants issus de naissances multiples que pour ceux nés d'un accouchement simple. Plus de 50 % des jumeaux et 90 % des triplés naissent prématurément (grossesse de moins de 37 semaines) et ont un faible poids à la naissance (< 2 500 g) ¹⁰⁰. Souvent, dans le cas de nouveau-nés prématurés, les poumons ne sont pas complètement formés, ce qui peut donner lieu à des maladies pulmonaires chroniques qui se répercuteront sur la santé de ces enfants pendant les dix premières années de leur vie ¹⁰¹. Les bébés ayant un faible poids à la naissance (< 2 500 grammes) sont plus susceptibles

de décéder au cours de leur première année de vie et courent plus de risques d'avoir des difficultés d'apprentissage, des troubles du développement ainsi que des problèmes respiratoires et des problèmes de la vue que les enfants qui ont un poids santé à la naissance ¹⁰². Compte tenu de l'amélioration des technologies médicales, un plus grand nombre de bébés prématurés survivent. Ceux-ci sont cependant plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé tout au long de leur vie que les bébés nés à terme.

Les naissances multiples font courir des risques à la mère

Les naissances multiples sont difficiles pour les mères. Une femme enceinte de plusieurs enfants court de trois à sept fois plus de risques de complications, comme l'anémie, l'hypertension et le diabète gestationnel ¹⁰³. Les mères sont aussi plus susceptibles d'accoucher prématurément et par voie de césarienne ¹⁰⁴. Après la naissance des bébés, les mères sont plus susceptibles d'avoir des problèmes d'endométriose, de saignement, d'infections et de santé mentale (dépression, isolement social) que les mères ayant accouché d'un seul enfant ¹⁰⁵.

Les naissances multiples sont coûteuses pour le système de soins de santé

Du fait que les bébés et les mères courent des risques de complications, le coût financier de naissances multiples est élevé, pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et plus tard dans la vie¹⁰⁶. Les femmes enceintes de jumeaux ou d'un plus grand nombre de bébés doivent multiplier le nombre de visites prénatales. Elles sont plus susceptibles d'être hospitalisées pendant la grossesse et d'accoucher par voie de césarienne, solution plus coûteuse qu'un accouchement par voie basse. Les bébés faisant partie d'une naissance multiple sont plus susceptibles d'être hospitalisés plus longtemps après la naissance et ont besoin de services néonataux de soins intensifs. Les bébés ayant des problèmes de santé de longue durée et des retards de développement coûtent aussi plus cher au système tout au long de leur vie.

En moyenne, des jumeaux ayant un faible poids à la naissance vont coûter environ un million de dollars chacun au système de soins de santé au cours de leur vie.

Limiter le nombre d'embryons transférés réduit les risques de naissances multiples

Les préoccupations que soulèvent le taux élevé de naissances multiples ainsi que leur effet sur la santé des enfants et des mères a incité plusieurs pays à limiter le nombre d'embryons transférés. En cas de fécondation in vitro, les politiques limitant le nombre d'embryons transférés sont désormais la solution de prédilection.

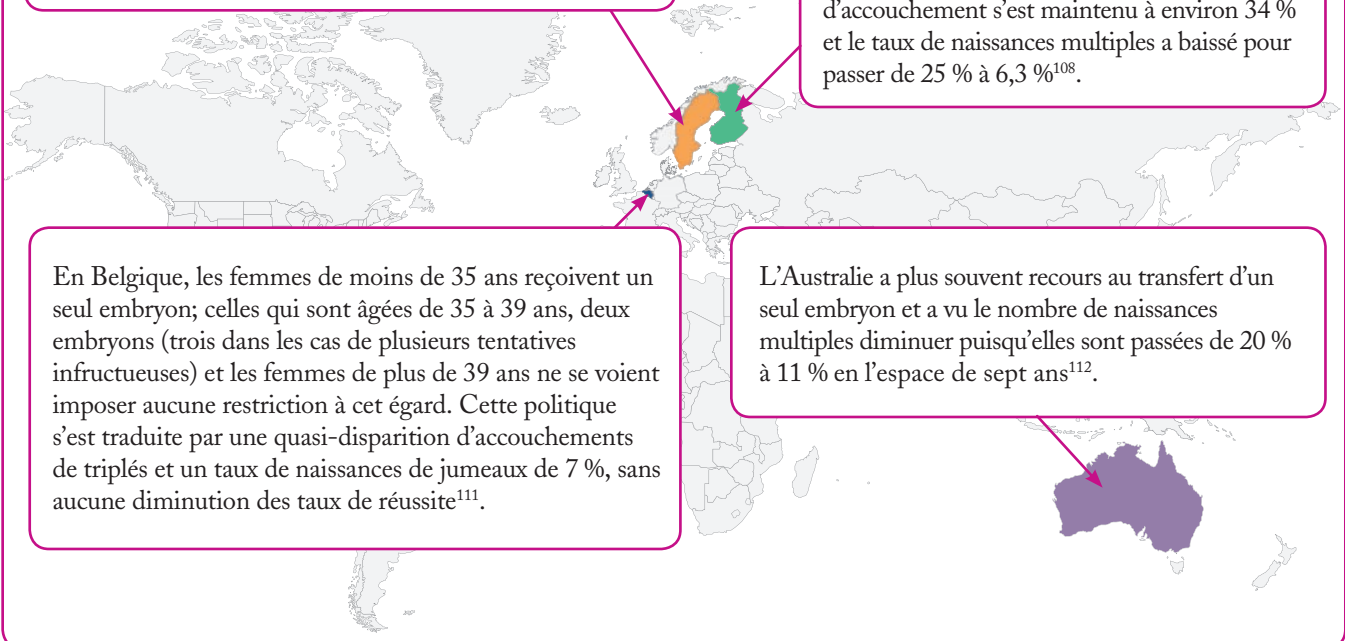
Cette solution fonctionne dans d'autres pays

En Suède, seules les patientes présentant un faible risque d'avoir des jumeaux peuvent bénéficier d'un transfert de deux embryons, et uniquement après avoir été informées des risques associés à une grossesse multiple. Soixante-dix pour cent de tous les cycles de fécondation in vitro se composent désormais du transfert d'un seul embryon¹⁰⁹. En 2008, en Suède, le taux de naissances de jumeaux à l'issue d'une fécondation in vitro était de 5 % et les accouchements de triplés ont diminué et sont passés de 3 % à 0,5 %, sans aucun effet sur le nombre total de naissances vivantes¹¹⁰.

En Finlande, deux embryons sont transférés seulement quand le couple a des antécédents de cycles de fécondation in vitro qui restent vains, quand la qualité des embryons n'est pas bonne ou quand la femme est âgée de plus de 37 ans, a de longs antécédents d'infertilité et produit des embryons dont la qualité n'est pas très bonne¹⁰⁷. Entre 1997 et 2003, la proportion de transferts d'un seul embryon a augmenté et est passée de 11 % à 60 %, le taux d'accouchement s'est maintenu à environ 34 % et le taux de naissances multiples a baissé pour passer de 25 % à 6,3 %¹⁰⁸.

En Belgique, les femmes de moins de 35 ans reçoivent un seul embryon; celles qui sont âgées de 35 à 39 ans, deux embryons (trois dans les cas de plusieurs tentatives infructueuses) et les femmes de plus de 39 ans ne se voient imposer aucune restriction à cet égard. Cette politique s'est traduite par une quasi-disparition d'accouchements de triplés et un taux de naissances de jumeaux de 7 %, sans aucune diminution des taux de réussite¹¹¹.

L'Australie a plus souvent recours au transfert d'un seul embryon et a vu le nombre de naissances multiples diminuer puisqu'elles sont passées de 20 % à 11 % en l'espace de sept ans¹¹².



L'Ontario peut faire plus pour réduire le nombre de naissances multiples

Dans les directives élaborées par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, on invite les responsables de programmes de fécondation in vitro à mettre sur pied des politiques de transfert d'embryons qui réduisent le nombre de naissances multiples tout en maintenant le nombre de grossesses et de naissances.

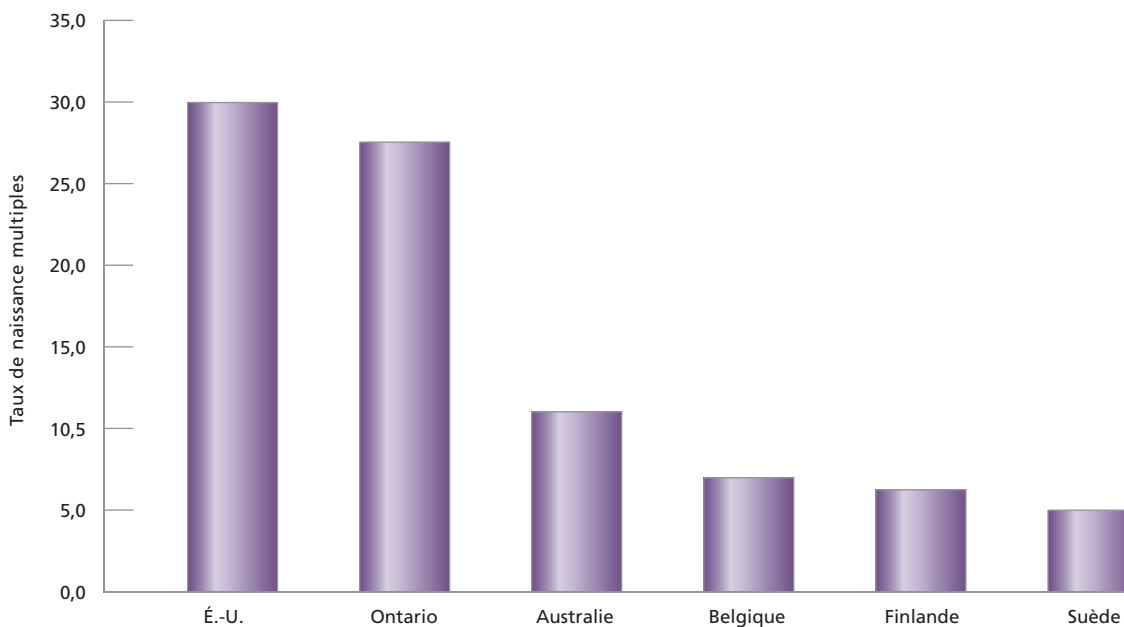
| Âge de la femme | Pronostic | Recommandation – Cycles frais |
|---|--|--|
| Moins de 35 ans | Excellent | Transfert d'un seul embryon |
| | Favorable | Pas plus de deux embryons transférés |
| 35 à 37 ans | Favorable | Transfert d'un ou de deux embryons au cours du premier ou du deuxième cycle |
| | Autre | Pas plus de trois embryons transférés |
| 38 et 39 ans | Favorable | Deux embryons transférés au cours du premier ou du deuxième cycle |
| | Autre | Pas plus de trois embryons transférés |
| Plus de 39 ans | Favorable | Trois embryons transférés |
| | Autre | Pas plus de quatre embryons transférés |
| Cas exceptionnels (quel que soit l'âge) | Très mauvais /plusieurs tentatives infructueuses | Transfert d'un nombre d'embryons supérieur aux recommandations ci-dessus (au gré du médecin) |

* Un pronostic excellent ou favorable correspond à un premier ou à un deuxième cycle, à une grossesse précédente couronnée de succès et à des embryons de bonne qualité.

** Dans les cycles faisant intervenir une donneuse d'ovules, l'âge de la donneuse doit être utilisé pour déterminer le nombre d'embryons à transférer.

Malgré ces directives, le nombre de transferts d'un seul embryon ayant lieu en Ontario reste faible (tout juste supérieur à 2 % des cycles) et notre taux de naissances multiples est de 27,5 %, soit un taux bien supérieur à ce qui se fait en Australie (11 %), en Suède (5 %) et en Belgique (7 %).

Taux de naissances multiples dans différents pays



Une politique couronnée de succès qui réduirait le nombre de naissances multiples provoquées par des procédures de procréation assistée exige le soutien des médecins, des conseillers et des autres fournisseurs. Il est essentiel que ces fournisseurs soient au fait de l'incidence psychologique, émotionnelle et sanitaire des naissances multiples sur les enfants, les femmes et les familles.

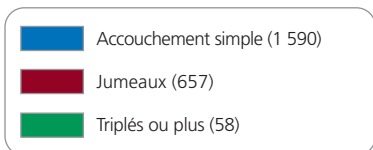
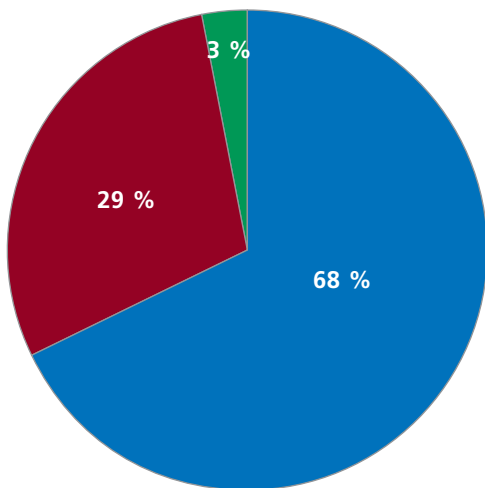
Bien que la grande majorité de nos naissances multiples (95 %) concerne des jumeaux (autrement dit, les médecins de l'Ontario ne transfèrent pas un grand nombre d'embryons), nous pouvons et devons faire plus pour protéger la santé des femmes et des enfants.

L'Ontario devrait faire plus pour réduire le nombre de naissances multiples

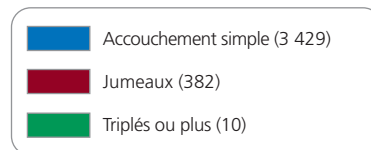
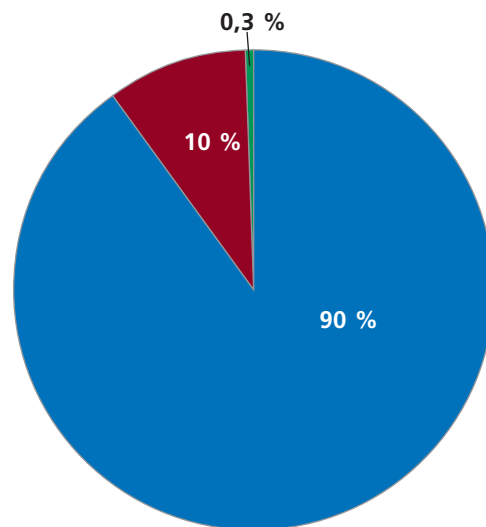
Nous croyons que pour protéger la santé et le bien-être des enfants nés par procréation assistée, le gouvernement de l'Ontario devrait exiger, comme condition d'agrément, que les cliniques et les centres de fertilité réduisent leur taux de naissances multiples. Les exemples d'autres pays nous laissent à penser que ces taux pourraient atteindre 15 % dans un délai de cinq ans et 10 % dans un délai de 10 ans en Ontario. Le gouvernement doit collaborer avec les organismes médicaux appropriés afin d'élaborer des directives et d'autres formes de soutien pour aider les cliniques et les centres de fertilité à atteindre cet objectif.

Si l'Ontario observe nos recommandations, nous estimons que la province pourra réduire le nombre de bébés ayant un faible poids à la naissance en raison d'une procédure de procréation assistée de 2 625 au cours des 10 prochaines années. Nous sommes convaincus que cette recommandation devrait être mise en œuvre uniquement de concert avec nos recommandations sur le financement (voir la page 127). La réussite de cette recommandation dépend du financement public de la fécondation in vitro ainsi que de l'information et du soutien offerts aux fournisseurs et aux patients.

Nombre de naissances vivantes selon le scénario actuel, 2019



Nombre de naissances vivantes dans le cadre d'un financement, 2019



Il y a d'autres moyens de limiter le nombre de naissances multiples

Les procédures d'insémination intra-utérine contribuent aussi au nombre de naissances multiples

Comme nous le mentionnions plus tôt, quand une procédure d'insémination intra-utérine a lieu de concert avec une stimulation ovarienne contrôlée, il est très difficile de limiter les risques d'une grossesse multiple. Le taux actuel de naissances multiples provoquées par les procédures d'insémination intra-utérine correspond à celui des naissances multiples par fécondation in vitro. Le seul moyen de réduire les risques de naissances multiples consiste à surveiller le nombre d'ovules produit et de passer à un cycle de fécondation in vitro si plusieurs ovules sont produits.

Afin de réduire les risques de naissances multiples issues de procédures d'insémination intra-utérine, nous sommes d'avis que le gouvernement, en collaboration avec les organismes médicaux appropriés, devrait garantir l'élaboration de directives pour décider du passage d'une procédure d'insémination intra-utérine financée à un cycle de fécondation in vitro financé.

Le recours à des médicaments pour la fertilité contribue à augmenter le nombre de naissances multiples

Certains Ontariens ayant des problèmes de fertilité n'ont pas besoin d'insémination intra-utérine ou de fécondation in vitro. Dans bon nombre de cas, des médicaments suffisent pour venir à bout de ces problèmes. Ces médicaments donnent souvent lieu à des naissances multiples parce qu'ils stimulent la production de plusieurs ovules au cours d'un seul mois. Nous croyons que des médicaments injectables en cas de problèmes de fertilité ne devraient jamais être prescrits sans surveillance du cycle.

Il y a d'autres moyens de protéger la sécurité des femmes et des enfants

Outre la réduction des naissances multiples, il y a d'autres moyens de protéger la sécurité et le bien-être des enfants, des femmes et des hommes en cas de recours à la procréation assistée.

Il est important de savoir quand commencer et quand arrêter un traitement

Il n'est pas toujours très sécuritaire pour certaines femmes d'être enceintes avec ou sans des services de procréation assistée. Certains facteurs (notamment l'âge et les antécédents cliniques) indiquent parfois qu'il n'est pas recommandé pour la santé de la femme de commencer ou de poursuivre une procédure de procréation assistée. De même, des directives devraient régir une pratique sûre et le moment auquel il est préférable d'arrêter le traitement. Il est parfois difficile pour les patientes dont les traitements ont échoué de faire ce choix. C'est pourquoi les médecins devraient recevoir des directives afin de les aider à protéger la santé de leurs patientes.

Les services de fertilité sont offerts par différents fournisseurs. La fécondation in vitro est possible dans les 14 cliniques ontariennes destinées à cette fin, alors que d'autres services (insémination intra-utérine) sont proposés dans des centres de fertilité ou par des gynécologues communautaires. Nous croyons que tous les fournisseurs devraient être tenus d'observer des normes et des directives.

Il est essentiel que les soins soient dispensés par des personnes compétentes

Afin de protéger la sécurité des Ontariens ayant recours à des services de procréation assistée, il est essentiel de faire en sorte que les fournisseurs de ces services observent les normes les plus rigoureuses. À notre avis, l'Ontario devrait s'assurer que seules les personnes qualifiées sont autorisées à offrir la gamme complète de services de procréation assistée.

De nombreux autres fournisseurs aident les personnes qui ont recours à des services de procréation assistée (médecins de famille, acuponcteurs, docteurs en naturopathie qui se spécialisent dans les questions de fertilité, conseillers). Il est essentiel que tous ces fournisseurs reçoivent des renseignements précis, pertinents et à jour de façon à ce qu'ils soient bien en mesure d'aider leurs patients. Nous croyons que l'Ontario devrait aider ces fournisseurs en leur communiquant ces renseignements afin que les personnes ayant recours à leurs services sachent qu'elles reçoivent des soins professionnels d'une qualité irréprochable.

Les technologies ne cessent d'évoluer

Notre rapport et toutes nos recommandations reposent sur les travaux de recherche et les technologies accessibles aujourd'hui. Comme c'est le cas pour d'autres technologies médicales, les services de procréation assistée font des percées à un rythme accéléré. Autrement dit, la façon dont les fournisseurs dispensent leurs soins est en constante évolution. Afin de pouvoir offrir des services génésiques sûrs et d'excellente qualité, il est essentiel que l'Ontario examine l'état de ces technologies au moins tous les cinq ans et mette à jour les politiques et les pratiques afin de rendre compte des capacités actuelles.

Favoriser l'application de pratiques exemplaires en matière de procréation assistée

Afin de créer un système de services de procréation assistée de première classe en Ontario, il est essentiel que la province se dote des outils qui lui permettront de mesurer la réussite et de définir les améliorations à apporter. L'Ontario doit également connaître les toutes dernières technologies et pratiques. Nous croyons qu'en créant un centre d'excellence universitaire pour la procréation assistée, le gouvernement s'assurerait que les fournisseurs, les cliniques et les centres sont régis par les normes les plus rigoureuses et reçoivent le soutien nécessaire pour pouvoir dispenser des soins de première classe. Ce centre d'excellence devrait être chargé de procéder à des travaux de recherche, de mettre en lumière les pratiques exemplaires en matière de procréation assistée en Ontario et à l'échelle de la planète, et de faire connaître les percées technologiques afin de s'assurer que les politiques publiques soient opportunes.

QUELLES MESURES L'ONTARIO DEVRAIT-IL PRENDRE AFIN DE FACILITER L'ACCÈS À DES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE SÛRS ET D'UNE QUALITÉ IRRÉPROCHABLE?

Afin de s'assurer que les services de procréation assistée en Ontario protègent la santé et le bien-être de toutes les personnes concernées, nous recommandons ce qui suit :

2. Les services de procréation assistée doivent être sûrs et répondre aux normes d'expérience clinique les plus rigoureuses

Agrément

- 2.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait mettre sur pied ou nommer un organisme provincial afin d'élaborer un **programme d'agrément obligatoire** pour les cliniques et les centres de fertilité en Ontario.
- 2.2 Toutes les cliniques et tous les centres de fertilité devraient être **agréés** dans les cinq ans afin de pouvoir offrir des services de procréation assistée en Ontario. Les coûts de l'agrément devraient être pris en charge par la province.

Naissances multiples

- 2.3 Afin de conserver leur agrément, les cliniques et les centres de fertilité devraient **réduire leur taux annuel de naissances multiples** pour atteindre une proportion inférieure à 15 % en l'espace de cinq ans et inférieure à 10 % en l'espace de 10 ans.
- 2.4 Afin d'aider les cliniques à atteindre cet objectif, des **directives de pratique clinique** devraient être élaborées et définir les points suivants :
- Moment auquel passer d'une procédure d'insémination intra-utérine à un cycle de fécondation in vitro.
 - Nombre d'embryons à transférer en fonction de l'âge de la femme et d'autres indications cliniques.
- 2.5 Les fournisseurs devraient être informés des effets négatifs des naissances multiples et des **avantages du transfert d'un nombre restreint d'embryons** pour les enfants, les mères et les familles.
- 2.6 Afin de contrôler le nombre de naissances multiples et de protéger la sécurité des enfants et des femmes ayant recours à la procréation assistée, des directives de pratique clinique sur la **prescription sans danger de tous les médicaments pour la fertilité** devraient être élaborées.
- 2.7 Comme condition à l'agrément, les cliniques devraient être tenues de **recueillir les données suivantes et d'en faire rapport** :
- Taux de réussite et autres données afin que les patients puissent faire des choix éclairés quant à leurs soins génésiques.
 - Taux de naissances multiples et autres données précises sur la qualité et la sécurité des services offerts.

Sécurité

- 2.8 Afin de soutenir les médecins pour qu'ils puissent dispenser les meilleurs soins possibles, l'Ontario devrait rassembler des **données globales et traitées de façon anonyme sur les résultats quant aux** :
- enfants conçus par procréation assistée au cours des cinq premières années de vie;
 - patients ayant recours à des services de procréation assistée.
- 2.9 Afin de réduire les risques pour les enfants, **l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde** devrait être proposée uniquement dans les cas suivants :
- Grave infertilité imputable à l'homme.
 - Échec avéré de la fécondation au cours de cycles précédents de fécondation in vitro.
- 2.10 **Des directives de pratique clinique** devraient être rédigées par un groupe d'experts andrologues et d'endocrinologues spécialisés dans les questions de procréation, définissant clairement ce qu'est « une grave infertilité imputable à l'homme ».
- 2.11 **Des directives de pratique clinique** devraient être élaborées afin de définir :
- Les qualifications nécessaires pour pouvoir fournir des services de procréation assistée en Ontario.
 - Les circonstances dans lesquelles les personnes ne sont pas admissibles à des services de procréation assistée afin de garantir la sécurité et le bien-être des Ontariens.

Actualité

2.12 L'Ontario devrait examiner l'état des technologies de procréation assistée tous les cinq ans et **mettre à jour les politiques et pratiques** afin qu'elles tiennent compte des capacités actuelles.

Centre d'excellence

2.13 Un **centre d'excellence** universitaire axé sur la procréation assistée devrait être créé pour travailler de concert avec les collectivités médicales et de chercheurs ainsi qu'avec les fournisseurs de services afin :

- D'entreprendre et de faciliter la recherche en matière de procréation assistée et de protéger ainsi la sécurité des Ontariens ayant recours aux services, et de s'assurer que les politiques provinciales tiennent compte des technologies et des pratiques actuelles.
- De définir les pratiques exemplaires en Ontario, au Canada et à l'étranger.
- De favoriser le transfert de connaissances entre les fournisseurs de services à l'échelle de la province afin de faciliter la prestation de soins exemplaires pour les Ontariens.

3. LE COÛT EST LE PLUS GRAND OBSTACLE À LA FONDATION D'UNE FAMILLE PAR PROCRÉATION ASSISTÉE

Quelques années après leur mariage, Eva et Rudy ont essayé en vain de fonder une famille. Ils n'avaient pas de médecin de famille attiré; il leur a donc fallu un certain temps avant de trouver un médecin qui pourrait les orienter vers un spécialiste. La clinique de fertilité se trouvait à plusieurs centaines de kilomètres de leur domicile; chaque visite leur coûtait cher en frais de voyage et d'hébergement, et en heures de travail perdues (Eva devait s'absenter de son travail de caissière dans un supermarché local et Rudy, de son poste dans une station-service). Selon le diagnostic, l'infertilité était imputable à chacun d'entre eux. Le spécialiste leur recommanda la fécondation in vitro. Le travail de Rudy prévoyait des prestations de maladie, mais celles-ci ne couvraient ni les traitements, ni les médicaments nécessaires. Eva et Rudy souhaitaient désespérément avoir des enfants; ils ont malgré tout décidé qu'ils ne pouvaient se permettre les traitements. Trois ans plus tard, ils sont sur une liste d'attente pour une adoption auprès de leur société d'aide à l'enfance locale. Le couple cherche à adopter un enfant, mais Eva et Rudy se soucient toutefois du fait que la procréation assistée est une option réservée aux familles ayant des revenus élevés.

Actuellement, en Ontario, les services de procréation assistée financés par le gouvernement comprennent l'insémination intra-utérine pour toutes les femmes et jusqu'à trois cycles de fécondation in vitro pour les femmes dont les deux trompes de Fallope sont complètement bouchées ou absentes (sans que cela ne soit le résultat d'une stérilisation volontaire). Le blocage complet des trompes de Fallope compte pour seulement 20 % des fécondations in vitro. Même les patientes assurées n'ont pas toujours les moyens de s'offrir ce traitement.

Même si l'infertilité est un état pathologique, la plupart des services de procréation assistée, y compris les services auxiliaires comme le lavage du sperme ou l'insémination intra-utérine et l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde dans les cas d'infertilité imputable à l'homme NE sont PAS couverts par notre régime universel d'assurance-santé.

C'est pourquoi les Ontariens qui ont besoin de services de procréation assistée pour fonder une famille font face à des coûts élevés, allant jusqu'à 6 000 \$ (ce qui n'inclut pas les médicaments, le temps de travail perdu ou les frais de déplacement pour les personnes qui vivent dans des collectivités où il n'y a pas de clinique), et ce, pour chaque cycle de fécondation in vitro. Ces coûts font de la procréation assistée, notamment de la fécondation in vitro, un service inaccessible pour la plupart des Ontariens. Selon l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité, le réel besoin en matière de fécondation in vitro est bien supérieur au nombre de personnes qui y ont recours. En raison du coût, plusieurs personnes qui pourraient bénéficier de ce service n'y ont tout simplement pas accès.

Même pour ceux et celles qui peuvent s'offrir une fécondation in vitro, le processus peut être financièrement dévastateur. Le coût moyen d'un seul cycle de fécondation in vitro est de 10 000 \$, médicaments compris, soit presque 14 % du revenu moyen d'une famille de l'Ontario.

Mais l'absence de financement public pour la procréation assistée n'est pas seulement difficile au niveau individuel – le fardeau est lourd pour notre système de soins de santé. En effet, cette absence de financement contribue au taux élevé de naissances multiples. Le faible nombre de transferts d'un seul embryon qui est effectué en Ontario résulte, en partie, de l'absence de choix laissés aux patients. Étant donné les coûts supérieurs à 10 000 \$ que représente un cycle de fécondation in vitro (médicaments compris), plusieurs Ontariennes souhaitent prendre le risque d'un transfert d'un plus grand nombre d'embryons et utilisent l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde, même si cette procédure n'est pas cliniquement indiquée, pour multiplier leurs chances de tomber enceintes et de rentrer à la maison avec un bébé. De nombreuses femmes n'ont tout simplement pas les moyens de faire autrement.

Cependant, comme nous en avons parlé dans la section précédente, les naissances multiples coûtent des dizaines de milliers de dollars de plus au système que des accouchements simples : il s'agit en effet ici de prendre soin des femmes pendant la grossesse et l'accouchement, et des bébés à la naissance, sans parler des coûts sociaux et de santé à long terme. À notre avis, l'Ontario ne peut se permettre de NE PAS financer les services de procréation assistée. Parallèlement, nous croyons que les ressources en matière de soins de santé devraient être utilisées judicieusement et que le système de soins de santé financé par les deniers publics devrait uniquement prendre en charge la procréation assistée quand il y a une chance raisonnable de réussite.

Nous recommandons que :

- Le gouvernement **finance jusqu'à quatre cycles d'insémination intra-utérine**, y compris le lavage du sperme pour les femmes âgées de 41 ans + 12 mois et moins.
- L'Ontario **finance jusqu'à trois cycles de fécondation in vitro, y compris l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde** quand cela est cliniquement indiqué, la congélation et la conservation des embryons, et le **transfert d'embryons congelés** pour les femmes âgées de 41 ans + 12 mois et moins.
- Les femmes ayant deux embryons congelés de bonne qualité ou plus soient tenues d'entreprendre le **transfert d'un embryon congelé** financé par le gouvernement avant de passer à un autre cycle de fécondation in vitro avec un embryon frais financé par le gouvernement.

→ Des **directives de pratique clinique** soient élaborées par un comité d'andrologues, de concert avec des spécialistes de la fertilité afin d'évaluer les conditions indiquant une « grave infertilité imputable à l'homme » et exigeant par conséquent l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde.

3.1 L'Ontario ne peut pas se permettre de NE PAS financer des services de procréation assistée

Quel est le coût des services de procréation assistée?

« Nous ne voulions pas nous endetter et ensuite avoir un bébé et ne pas être en mesure de payer la garderie ou ses études. J'aurais utilisé la fécondation in vitro si cette procédure n'avait pas été aussi onéreuse. J'ai arrêté d'y penser à cause du coût. »

– Personne interrogée

Un bon nombre d'Ontariens ne bénéficient d'aucun financement public pour les services de procréation assistée. Autrement dit, en 2009, pour chaque cycle de fécondation in vitro, les personnes concernées doivent payer environ 6 000 \$ uniquement pour le traitement, et environ 8 000 \$ pour l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde si elle est requise. Même pour les patients dont le traitement est couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario, les coûts vont de 1 500 \$ à 5 000 \$ par cycle (selon leur choix d'une clinique publique ou

privée). Les Ontariennes qui ont besoin d'une insémination intra utérine, service qui est financé, doivent malgré tout payer plusieurs centaines de dollars pour le lavage du sperme et les frais administratifs. Ces montants ne comprennent pas tous les autres coûts nécessaires pour le traitement, notamment les médicaments (qui coûtent parfois aussi cher que la procédure de fécondation in vitro), les frais de voyage, l'hébergement et l'absence du travail, ce qui ajoute encore plusieurs milliers de dollars au coût initial.

| Service | Fourchette des coûts pour les patients assurés | | Fourchette des coûts pour les patients non assurés |
|--|--|---------------------|--|
| | Clinique publique | Clinique privée | |
| Frais administratifs | 0 \$ - 1 200 \$ | 0 \$ - 400 \$ | 0 \$ - 475 \$ |
| Fécondation in vitro -- Traitement | 0 \$ | 3 000 \$ - 4 050 \$ | 4 800 \$ - 6 000 \$ |
| Décongélation et transfert de l'embryon | 650 \$ - 1 250 \$ | | 950 \$ - 1 250 \$ |
| Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde | 1 000 \$ - 1 500 \$ | | |
| Congélation d'un embryon et conservation pendant un an | 500 \$ - 875 \$ | | |
| Analyse de sperme | 200 \$ - 350 \$ | | |

* Les prix sont représentatifs uniquement des cliniques qui affichent leurs tarifs en ligne.

Les coûts entraînent des choix malsains

Les coûts élevés de la procréation assistée incitent les gens à faire des choix qui ne sont pas toujours bons pour leur santé, la santé et le bien-être de leurs enfants ou la durabilité du système de soins de santé. Ces coûts contribuent à ce que des traitements inappropriés soient prodigués et à ce qu'il y ait encore plus de naissances multiples. Voici quelques exemples :

- Un grand nombre de personnes choisissent d'essayer l'insémination intra-utérine parce que cette procédure est couverte par l'Assurance-santé de l'Ontario, même s'il ne s'agit pas du meilleur traitement compte tenu du diagnostic.

- À mesure que les femmes vieillissent, le taux de réussite de la procréation assistée diminue. Certaines personnes perdent ainsi un temps précieux à essayer de concevoir un enfant à l'aide d'une insémination intra-utérine simplement parce qu'elles ne peuvent s'offrir des procédures mieux adaptées, comme la fécondation in vitro.
- Du fait que les médecins ne peuvent contrôler le nombre d'ovules fécondés à l'aide de l'insémination intra-utérine, cette procédure donne lieu à un nombre élevé de naissances multiples, ce qui multiplie les risques pour la santé de la mère et de l'enfant, et entraîne des coûts plus élevés pour le système de soins de santé.
- Plusieurs couples qui ont recours à la fécondation in vitro prennent aussi le risque de naissances multiples en raison du coût de cette procédure. Afin d'améliorer leurs chances de réussite, les couples qui ne peuvent se permettre qu'un ou deux cycles de fécondation in vitro ne souhaitent pas forcément voir un seul embryon transféré.
- Ces choix motivés par les coûts peuvent donner lieu à des problèmes de santé de longue durée pour les enfants.

Seulement 80 des 3 758 femmes en 2006 (2,2 %) et 112 des 4 022 femmes en 2007 qui avaient entrepris une procédure de fécondation in vitro avaient accepté le transfert d'un seul embryon. La réticence à voir le transfert d'un seul embryon s'explique par un certain nombre de facteurs, dont les suivants :

- Le coût de la fécondation in vitro en Ontario : les patientes veulent augmenter la probabilité de tomber enceintes chaque fois.
- Les patientes ont la possibilité de réduire les risques d'une grossesse multiple (réduction foetale sélective).
- Plusieurs personnes considèrent le fait d'avoir des jumeaux comme un résultat idéal et bénin du traitement.

Les coûts incitent certaines personnes à quitter l'Ontario pour recevoir des soins

Les coûts sont aussi un facteur clé dans la décision des Ontariens d'obtenir des soins à l'extérieur du pays. Un certain nombre de personnes ayant répondu à notre sondage en ligne ont déclaré avoir choisi d'acheter des services de procréation assistée dans des cliniques à l'étranger. Les principales raisons justifiant le départ de la province pour obtenir des services de procréation assistée étaient des coûts moindres et des taux de réussite plus élevés.

Ne pas financer les services de procréation assistée est une fausse économie

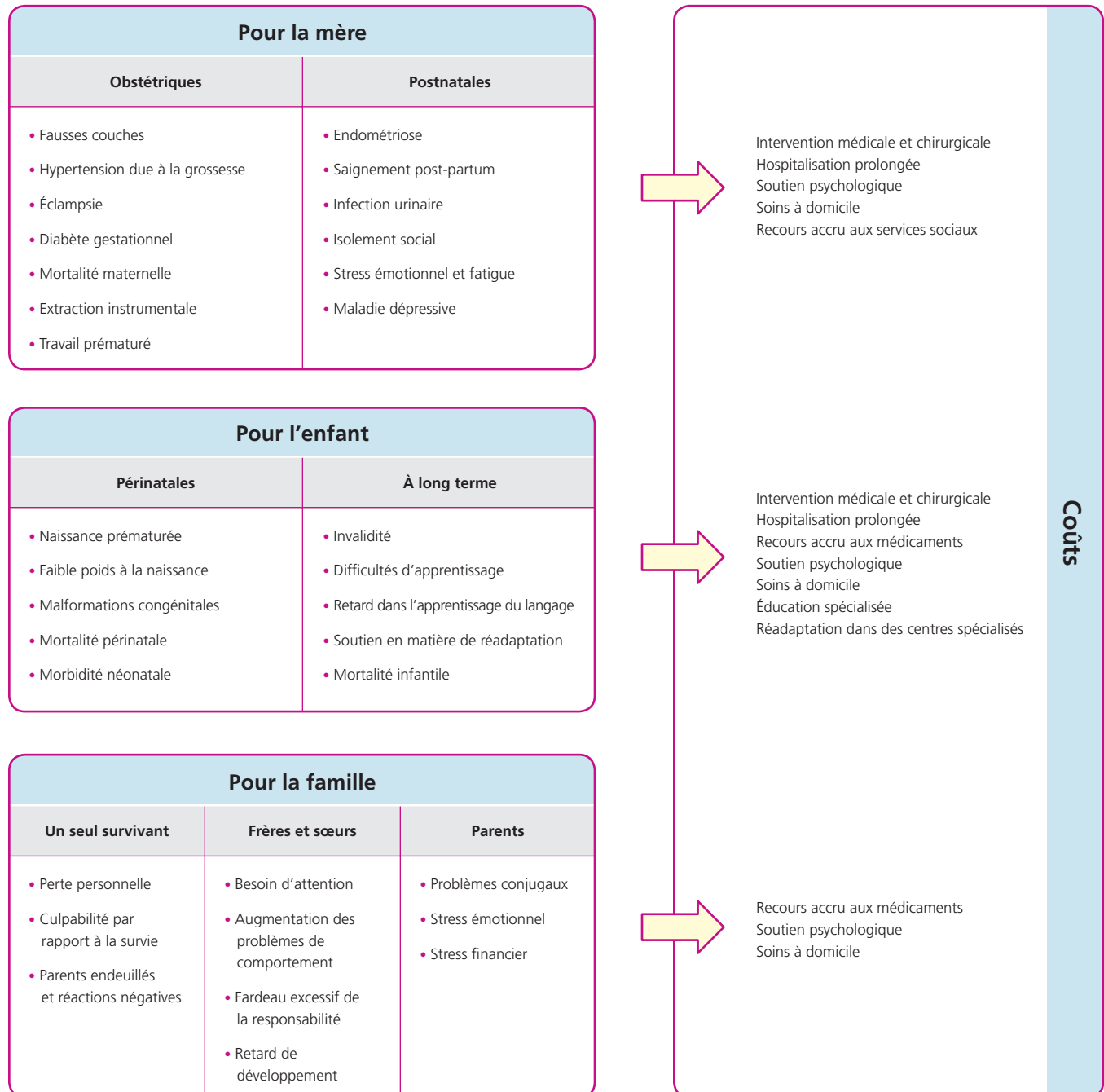
Il est plus onéreux de s'occuper de bébés issus de naissances multiples que de prévenir ces naissances

| Coûts hospitaliers (accouchement et soins postnataux) | | Différence de coût |
|--|---|------------------------|
| Accouchement par voie basse – 2 700 \$ | Accouchement par césarienne – 4 600 \$ | + 1 900 \$ |
| Soins pour un bébé de poids normal à la naissance – 795 \$ | Soins <ul style="list-style-type: none"> • pour un bébé de faible poids à la naissance – 12 354 \$ • pour un bébé pesant moins de 750 grammes à la naissance – 117 806 \$ | + 11 559 \$-117 011 \$ |
| | Admission d'un bébé à l'unité néonatale de soins intensifs – 9 700 \$ | + 9 700 \$ |

Le coût des traitements rend très difficile pour les Ontariens d'accepter le transfert d'un seul embryon. C'est pourquoi le système de soins de santé dépense actuellement des centaines de milliers de dollars par an pour assumer les conséquences d'un taux élevé et inacceptable de naissances de jumeaux.

La moyenne des coûts hospitaliers liés aux soins à dispenser en cas de naissances multiples ne cesse d'augmenter par rapport aux soins à apporter aux nourrissons issus d'accouchements simples¹¹³. Les bébés issus de naissances multiples sont 17 fois plus susceptibles d'être prématurés¹¹⁴ et une naissance prématurée est un facteur clé dans le coût que représente un enfant pour le système de soins de santé¹¹⁵. Les naissances multiples sont plus susceptibles d'exiger une césarienne, ce qui est plus onéreux qu'une naissance par voie basse. De plus, les bébés issus de naissances multiples sont plus susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance et d'exiger des soins intensifs spécialisés, également à la naissance.

Conséquences des naissances multiples



Document initial modifié : Ombelet, W., De Sutter P., Van der E.J. et Martens G. 2005. « Multiple gestation and infertility treatment; registration, reflection and reaction - the Belgian Project ». *Human Reproduction Update*, vol. 11, n° 1.

Ces coûts élevés peuvent se poursuivre tout au long de la vie puisque les enfants issus de naissances multiples sont aux prises avec des problèmes neurologiques, comme une infirmité motrice cérébrale ou avec des déficiences physiques et des troubles du développement¹¹⁶. En moyenne, au cours de la vie d'un bébé de faible poids à la naissance, les coûts de soins de santé et d'éducation dépassent le million de dollars¹¹⁷.

En matière de financement de la procréation assistée, l'Ontario détonne par rapport à d'autres endroits

La province de l'Ontario est déphasée par rapport à un certain nombre de pays qui financent la fécondation in vitro, notamment la Belgique, les Pays-Bas, la Suède, le Danemark, la Finlande et l'Australie, autant de pays où le taux de naissances multiples est inférieur à celui de l'Ontario. La décision de financer la fécondation in vitro est habituellement motivée par le désir de réduire le nombre de naissances multiples et les coûts sociaux et de santé qui y sont associés. En finançant des procédures comme la fécondation in vitro, les pays concernés ont réussi à réduire les risques de naissance de jumeaux ou de triplés tout en contenant les coûts en matière de santé et en maintenant le nombre de naissances vivantes. Le gouvernement du Québec a récemment annoncé qu'il financerait bientôt trois cycles de fécondation in vitro et d'autres services médicaux connexes pour ses citoyens¹¹⁸. Entre-temps, les Québécois continueront d'avoir accès à un crédit d'impôt de 50 % afin de compenser les coûts de la procréation assistée.

L'Ontario a la possibilité de rejoindre les chefs de file mondiaux

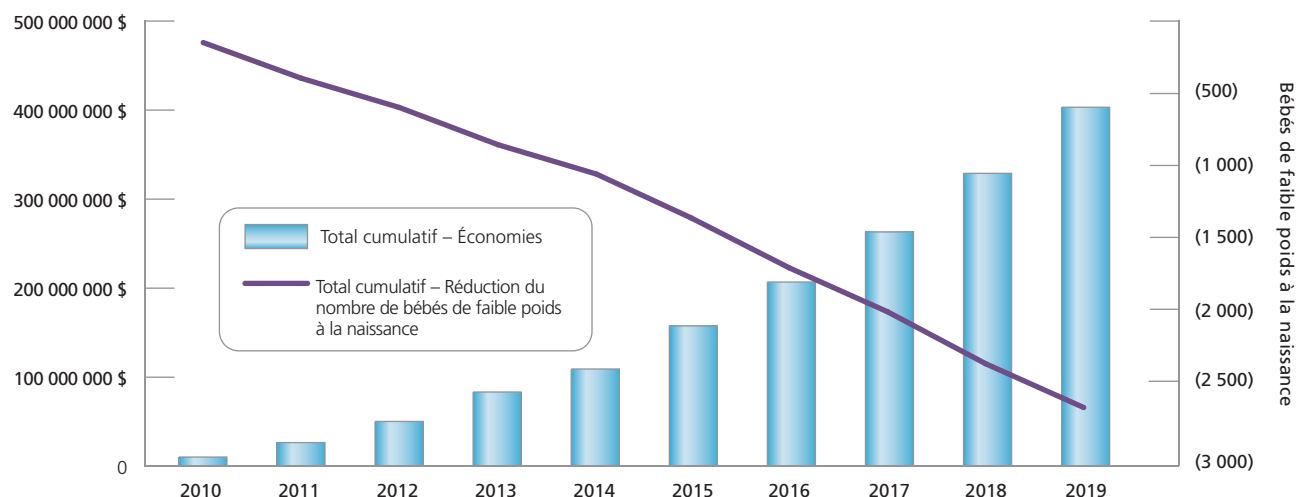
Réduire le nombre de naissances multiples est une étape essentielle de la protection de la santé des Ontariens et de la garantie de l'utilisation la plus judicieuse possible des dépenses publiques en matière de soins de santé. Nous sommes convaincus que ces recommandations doivent être mises en œuvre de concert avec l'engagement du gouvernement de financer la fécondation in vitro. Comme d'autres pays l'ont démontré, le financement public est l'élément clé d'une stratégie réussie destinée à réduire les naissances multiples. Nous croyons aussi que c'est la bonne chose à faire et qu'il s'agit là d'une solution extrêmement sensée au niveau économique.

Financer la fécondation in vitro est une sage décision économique

Financer des services de procréation assistée réduira les coûts hospitaliers et les autres coûts de soins de santé

Financer la fécondation in vitro réduira les autres coûts de soins de santé et améliorera la santé des mères et des bébés à l'échelle de la province. Selon nous, si le gouvernement de l'Ontario observe nos recommandations, il pourrait économiser de 400 millions à 550 millions de dollars au cours de 10 prochaines années en réduisant le nombre de naissances multiples par procréation assistée. La province pourrait épargner de 300 millions à 460 millions de dollars (dollars de 2009) supplémentaires, somme qui aurait autrement été dépensée pour prendre soin de ces enfants tout au long de leur vie¹¹⁹. Ces économies en soins de santé pourraient servir à compenser les coûts des services de procréation assistée.

Économies totales vs réduction du nombre d'enfants de faible poids à la naissance



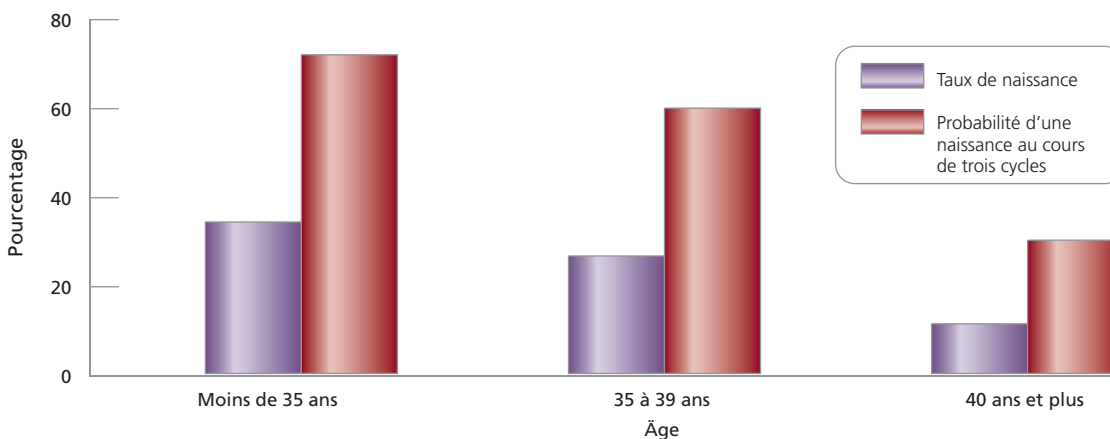
Les bébés issus de la procréation assistée composent de 1 % à 2 % de toutes les naissances vivantes en Ontario en raison du taux élevé de naissances multiples et comptent pour 20 % de tous les bébés admis dans une unité néonatale de soins intensifs chaque année. Il est très onéreux de prendre soin de bébés qui exigent les services d'une unité néonatale de soins intensifs. Il y a un besoin croissant de lits en unités néonatales de soins intensifs en Ontario depuis les dernières années. En 2008, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé une enveloppe de sept millions de dollars afin de créer 28 nouveaux lits dans des unités néonatales de soins intensifs au cours des deux prochaines années¹²⁰. En observant nos recommandations et en réduisant le nombre de naissances multiples dans les cliniques et les centres de fertilité, certains coûts élevés liés à l'augmentation du nombre de lits dans les unités néonatales de soins intensifs à l'échelle de la province pourraient être évités.

La réalité d'une population ontarienne vieillissante signifie aussi que le fait d'avoir un plus grand nombre de bébés est tout à fait judicieux au niveau économique. En finançant les services de procréation assistée, nous estimons que, au cours de la prochaine décennie, l'Ontario compterait 7 042 bébés de plus que si la situation actuelle restait inchangée. Plus important encore, ces bébés seraient plus susceptibles d'être en bonne santé et issus d'accouchements simples, ce qui leur donnerait le meilleur départ possible dans la vie.

Le financement devrait être limité

Nous soutenons le financement public de la procréation assistée; toutefois, nous ne souhaitons pas imposer un fardeau déraisonnable au système public de soins de santé. Nous croyons que la procréation assistée doit être financée publiquement uniquement quand elle est sans danger et qu'il y a une chance raisonnable de réussite.

Taux de naissances vivantes par fécondation in vitro au Canada en 2007



Source : www.ivf.va. « Taux de naissances et cycles – probabilités »

La réussite d'un traitement dépend de l'âge

Le taux de réussite de la procréation assistée, c'est-à-dire la proportion de femmes qui vont tomber enceintes et rentrer à la maison avec un bébé dépend de l'âge de la femme, de ses ovules et, éventuellement, de son partenaire. La fécondation in vitro compense jusqu'à la moitié des naissances perdues du fait d'avoir repoussé le moment de la grossesse de 30 à 35 ans¹²¹ mais un tiers seulement des naissances perdues quand les femmes ont entre 35 et 40 ans¹²². Les femmes de plus de 42 ans ont moins de 7 % de chances de tomber enceinte¹²³. Les taux de réussite moindres dépendent essentiellement du nombre et de la qualité des ovules, qui se détériorent avec l'âge. La réussite de l'insémination intra-utérine, qui dépend aussi de la qualité des ovules, décline avec l'âge. Actuellement, la plupart des femmes qui ont recours à des services de procréation assistée ont déjà 35 ans ou plus¹²⁴. Les Ontariens qui ont besoin de services de procréation assistée doivent essayer de suivre un traitement le plus rapidement possible¹²⁵.

Nous croyons que les Ontariens devraient avoir accès à des services de procréation assistée quand il y a une chance raisonnable de réussite et quand les risques liés à la grossesse et à l'accouchement sont les plus faibles. Si l'on examine les taux de réussite de la procréation assistée en Ontario, les données actuelles indiquent que la fécondation in vitro fonctionne rarement pour les femmes de 42 ans et plus¹²⁶. Si l'on tient compte des risques liés à la grossesse, il semble également que les femmes âgées de 42 ans et plus courent plus de risques pendant la grossesse et l'accouchement. Ces données doivent être analysées périodiquement afin de tenir compte de l'évolution technologique. Cependant, afin de limiter le fardeau financier qui pèse sur le système de soins de santé et de garantir la sécurité, nous croyons, à l'heure actuelle, que la fécondation in vitro et l'insémination intra-utérine financées publiquement devraient être accessibles uniquement aux femmes de moins de 42 ans.

Multiplier les cycles ne rime pas forcément avec réussite accrue

Les pays qui financent la fécondation in vitro limitent souvent le financement à des femmes jusqu'à un certain âge, selon les éléments probants attestant de faibles taux de réussite pour les femmes dans la quarantaine; ces limites concernent aussi un certain nombre de cycles de fécondation in vitro : en effet, la multiplication du nombre de cycles n'entraîne pas forcément une augmentation du taux de réussite.

Le tableau suivant dresse la liste des limites et restrictions que les autres pays imposent au financement public de la procréation assistée.

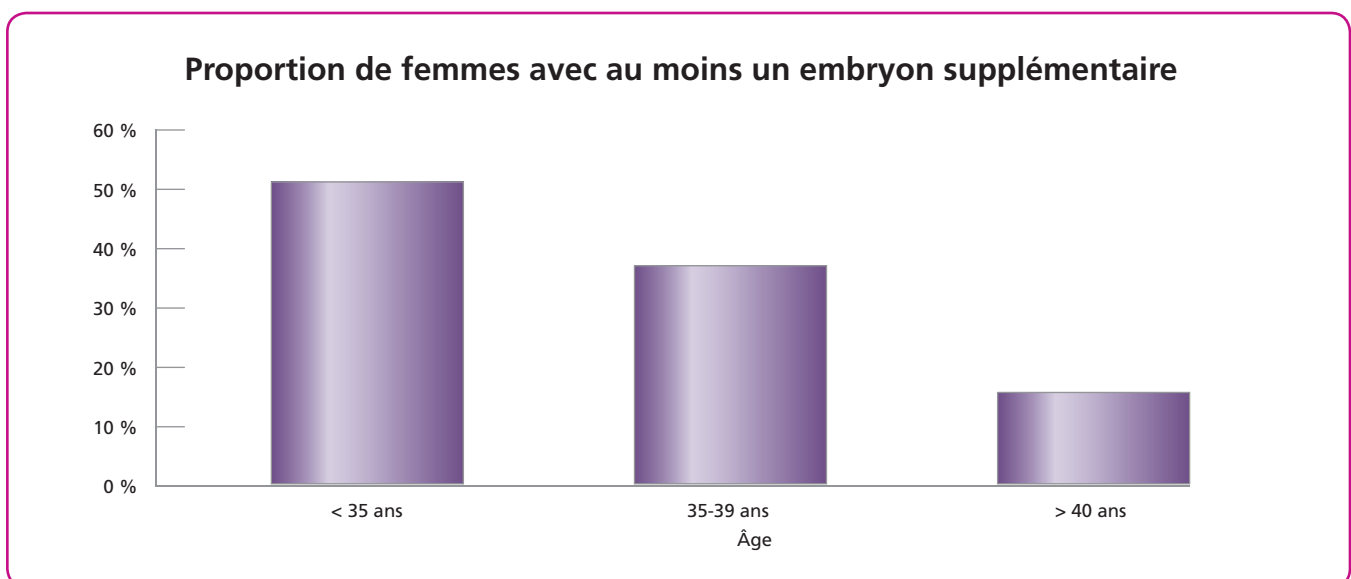
| Pays | Services financés | Restrictions |
|-----------|--|---|
| Suède | Un à trois cycles de fécondation in vitro/injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde selon la région | Transfert d'un seul embryon sauf si le pronostic est mauvais Limite d'âge de 38 ans pour les femmes afin d'être admissibles à une fécondation in vitro financée publiquement |
| Danemark | Maximum de trois cycles de fécondation in vitro/injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde | La femme ne doit pas avoir d'enfant Le nombre d'embryons qui peut être transféré est limité selon l'âge Limite d'âge de 40 ans pour les femmes afin d'être admissibles à une fécondation in vitro financée publiquement |
| Finlande | Maximum de trois ou quatre cycles de fécondation in vitro/injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde dans une clinique publique | Aucune limite sur le nombre d'embryons mais il est de coutume de n'en transférer qu'un ou deux, trois dans les cas exceptionnels |
| Belgique | Maximum de six cycles de fécondation in vitro/injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde au cours d'une vie | Le nombre d'embryons est limité selon l'âge et le nombre de cycles La limite d'âge est de 42 ans pour les femmes afin d'être admissible à une fécondation in vitro financée publiquement |
| Australie | Nombre illimité de fécondations in vitro/injections intracytoplasmique d'un spermatozoïde Jusqu'à 80 % des coûts sont couverts | Limite du nombre d'embryons qui peuvent être transférés selon l'âge Limite d'âge pour les femmes qui sont admissibles à une fécondation in vitro financée publiquement définie par les cliniques dans une fourchette allant de 43 à 51 ans |

Pour les femmes de moins de 42 ans, il y a encore de bonnes chances, jusqu'à concurrence de 71 % pour les femmes de moins de 35 ans, d'avoir au moins une naissance vivante au bout de trois cycles de fécondation in vitro¹²⁷. Si une femme n'a pas réussi à tomber enceinte au bout de trois cycles de fécondation in vitro, ses chances de tomber enceinte diminuent avec chaque procédure supplémentaire¹²⁸.

De même, pour les femmes ayant recours à l'insémination intra-utérine, multiplier les procédures n'entraîne pas forcément une augmentation des chances de réussite. Une femme qui entreprend quatre cycles d'insémination intra-utérine sans succès est moins susceptible de concevoir avec un plus grand nombre de cycles¹²⁹.

Nous croyons que pour être responsable, un accès à la procréation assistée qui est financé publiquement devrait se limiter à un nombre maximal de cycles. Nous pensons aussi que trois cycles de fécondation in vitro financés et quatre cycles de procédures d'insémination intra-utérine financés sont des chiffres pertinents.

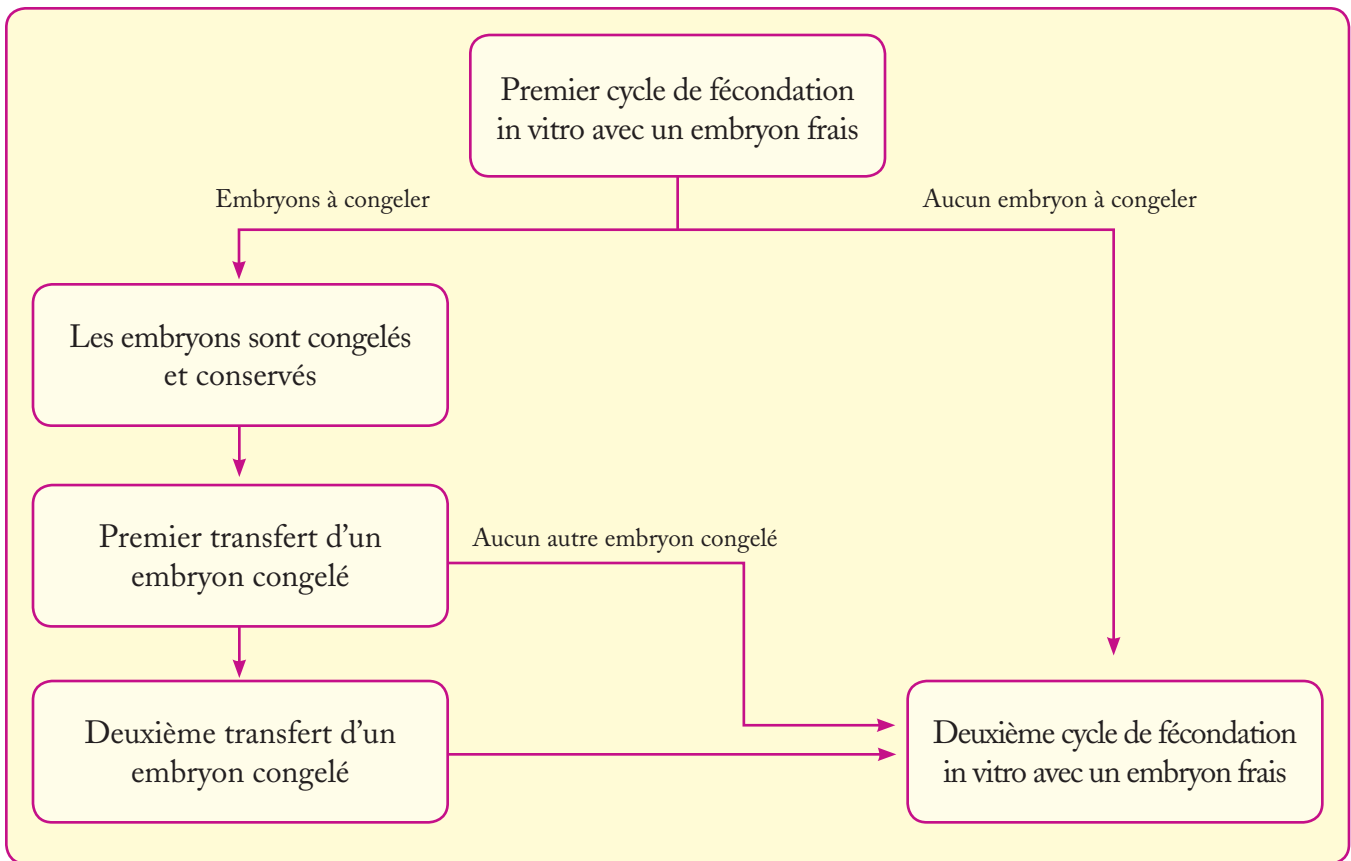
Utiliser des embryons congelés réduira les coûts



Il est beaucoup moins onéreux de congeler et de conserver de bons embryons et ensuite de les décongeler et de les transférer que ce n'est le cas pour un cycle de fécondation in vitro avec des embryons frais. Les chances de tomber enceinte avec des embryons congelés sont assez élevées. Afin de réduire les coûts pour le système de soins de santé et de donner aux Ontariens un plus grand nombre de possibilités d'avoir un bébé en bonne santé par procréation assistée, les gens doivent être prêts à réduire le nombre d'embryons transférés au cours de chaque cycle. Nous croyons que les coûts de congélation et de conservation d'embryons supplémentaires au cours d'un cycle de fécondation in vitro et les coûts du transfert d'un embryon congelé doivent être couverts par le gouvernement. Ainsi, il sera plus facile pour les Ontariens d'accepter le transfert d'un nombre réduit d'embryons au cours de chaque cycle parce qu'ils savent qu'ils auront jusqu'à deux embryons congelés afin d'augmenter leurs chances de concevoir au cours de chaque cycle de fécondation in vitro.

Les femmes ayant des embryons congelés de bonne qualité supplémentaires devraient être dans l'obligation de recevoir jusqu'à deux embryons congelés avant que le système ne finance un autre cycle de fécondation in vitro avec un embryon frais.

Toutes les cliniques devraient observer des directives fondées sur l'expérience clinique quant à la façon d'identifier des embryons de bonne qualité admissibles à la congélation et au transfert. Des directives provinciales devraient être élaborées afin de guider les cliniques où se pratique la fécondation in vitro.



L'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde est le seul moyen de combattre une infertilité grave imputable à l'homme

Nous souhaitons limiter le recours inutile à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde; il s'agit toutefois du seul moyen de venir à bout d'une grave infertilité imputable à l'homme. Cette procédure essentielle devrait être financée afin de s'assurer que les services de procréation assistée soient accessibles à tous les Ontariens, quelle que soit l'origine du problème de fertilité. L'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde doit être utilisée uniquement dans les situations décrites à la section précédente.

Le point de vue du médecin

Le président de la section de la biologie de la reproduction de l'Ontario Medical Association a entrepris un sondage auprès des membres de la section au début de l'année afin de présenter le point de vue des médecins sur le financement des services de procréation assistée en Ontario au comité d'experts.

Selon les résultats de ce sondage, les spécialistes en fertilité de l'Ontario croient que l'infertilité est un état pathologique qui mérite d'être financé au même titre que les autres troubles médicaux. Toujours selon les résultats du sondage :

- Le consensus est presque unanime : la fécondation in vitro devrait être financée, sous réserve toutefois de certaines conditions et d'un nombre maximal de cycles (appui massif).
- Les membres s'entendent pour imposer des restrictions au financement en fonction de l'âge.
- Ils s'entendent pour lier le financement au nombre d'embryons transférés; de nombreux fournisseurs appuient les directives de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et les commentaires de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie.
- Ils sont d'accord pour financer le transfert d'embryons congelés afin de faciliter la réduction du nombre d'embryons transférés.
- Et aussi pour financer l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde en cas d'infertilité imputable à l'homme, lorsque cela est recommandé par un médecin (appui massif).

Selon les résultats du sondage, l'augmentation du financement public des services de procréation assistée fait l'objet d'un solide appui parmi les médecins.

Proposition d'approche du financement de la procréation assistée

L'Ontario a la possibilité de devenir un chef de file en matière de soutien à la procréation assistée au Canada et de se joindre ainsi à un groupe de pays qui sont en train de définir les normes à l'échelle de la planète.

Nous croyons que l'Ontario devrait financer des services de procréation assistée sûrs. Non seulement s'agit-il de la bonne chose à faire mais cette décision permettrait également de protéger la santé et le bien-être des enfants, des femmes et des hommes qui ont recours à ces services, et de permettre à la province de réaliser des économies, en réduisant le fardeau financier que des grossesses à haut risque et des naissances multiples imposent au système de soins de santé.

Cela dit, nous reconnaissons que nous n'avons pas les ressources ou l'expertise nécessaires pour construire un modèle donné destiné à financer ces services. Cependant, nous sommes convaincus que pour être efficace, un modèle de financement de la procréation assistée devrait limiter les coûts pour les patients,

être souple et permettre aux cliniques de conserver une certaine autonomie, tout en s'assurant que celles-ci rendent des comptes aux patients et au gouvernement. Nous recommandons que le gouvernement considère un modèle de soins flexible qui permettrait aux Ontariens d'avoir accès à des services de procréation assistée et leur offrirait d'autres services nécessaires (notamment, le counseling).

Nous sommes aussi conscients qu'il faut prendre le temps de réfléchir au nombre de spécialistes en fertilité qui devront être formés afin de répondre à la demande croissante que le financement public va créer. Les cliniques vont avoir besoin de temps pour augmenter leur capacité afin de servir un plus grand nombre de personnes. Il va également falloir leur donner la possibilité de gérer leurs coûts afin de s'assurer qu'elles seront en mesure d'offrir ces services efficacement. Il est essentiel qu'une collaboration se mette en place entre le gouvernement, l'Ontario Medical Association et les fournisseurs afin de faire du financement public de la fécondation in vitro une réalité.

QUELLES MESURES L'ONTARIO DEVRAIT-IL PRENDRE AFIN DE FINANCER LES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE?

Financer les services de procréation assistée sera une entreprise rentable qui contribuera à protéger la santé et le bien-être des Ontariens ayant recours à ces services. C'est pourquoi nous recommandons ce qui suit :

3. L'Ontario ne peut pas se permettre de NE PAS financer la procréation assistée

Financement

- 3.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait **financer jusqu'à trois cycles de fécondation in vitro** pour les femmes âgées de 41 ans + 12 mois et plus jeunes. Les services auxiliaires suivants devraient être financés quand ils sont offerts pour un cycle de fécondation in vitro financé :
 - Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde, quand cette procédure est indiquée cliniquement.
 - Congélation et conservation des embryons pour les femmes ayant des embryons de bonne qualité en surplus.
 - Jusqu'à deux transferts d'embryons congelés par prélèvement d'ovocytes frais quand une patiente a des embryons congelés de bonne qualité.
- 3.2 Une patiente doit faire l'objet d'un **transfert d'embryons congelés** à l'aide d'embryons de bonne qualité avant qu'un autre cycle de fécondation in vitro à l'aide d'embryons frais et financé publiquement n'ait lieu.
- 3.3 Jusqu'à quatre cycles **d'insémination intra-utérine** devraient être financés pour les femmes âgées de 41 ans + 12 mois et plus jeunes. Le lavage du sperme devrait être financé pour les procédures d'insémination intra-utérine.
- 3.4 **Des directives de pratique clinique** devraient être élaborées afin de :
 - définir et normaliser la façon d'évaluer l'admissibilité des embryons à congeler et à conserver et
 - de déterminer des paramètres sur la conservation des embryons.

3.2 D'autres coûts limitent l'accès au traitement

Le coût des procédures n'est pas le seul volet onéreux de la procréation assistée. Bon nombre d'Ontariens ont besoin de médicaments, associés à des procédures de procréation assistée ou non, afin de les aider à surmonter des problèmes de fertilité. De plus, des services de counseling qui aident les personnes concernées à faire des choix éclairés en matière de procréation assistée sont parfois difficiles d'accès pour un certain nombre de raisons, notamment le coût.

Nous recommandons ce qui suit :

- Le gouvernement devrait tenir compte d'un certain nombre d'options afin de **contrôler le coût des médicaments pour la fertilité**.
- Le gouvernement devrait imposer un **crédit d'impôt remboursable de 50 %** afin de compenser le coût des **médicaments pour la fertilité**.
- Le gouvernement devrait lancer une campagne de sensibilisation à l'intention des **employeurs cibles** et mettre en évidence les avantages liés au soutien d'employés ayant recours à des services de procréation assistée.
- Le gouvernement devrait financer une séance de **counseling** à l'intention de tous les Ontariens ayant recours à des services de procréation assistée.

Les médicaments pour la fertilité sont hors de portée de la plupart des Ontariens

Les médicaments pour la fertilité peuvent représenter jusqu'à presque la moitié de tous les coûts d'un cycle de fécondation in vitro.

Bon nombre d'employeurs ontariens ne couvrent pas les médicaments pour la fertilité

Environ 9,8 millions d'Ontariens ont un type quelconque d'assurance médicaments par l'entremise de leur travail ou d'un régime privé¹³⁰. Pour les employeurs, proposer une couverture étendue de soins de santé et une assurance médicaments est un moyen d'attirer et de conserver des employés.

Les compagnies d'assurance qui gèrent les régimes d'assurance médicaments couvrent les médicaments pour la fertilité. Cependant, il incombe à chaque employeur de décider s'il veut ou non acheter cette couverture pour ses employés. Les régimes d'assurance médicaments de nombreux employeurs s'accompagnent d'un plafond (par ex., maximum de 15 000 \$ par année) et de certaines limites touchant les médicaments couverts. Plusieurs régimes ne comprennent pas les médicaments pour la fertilité – les employeurs nous disent que, d'après eux, cela coûterait trop cher.

D'après ce que nous savons, il semble que la couverture des médicaments pour la fertilité n'est pas une priorité pour bon nombre d'employeurs ontariens. Actuellement, certains employeurs et employés semblent penser que l'infertilité est le résultat du choix de l'employée de retarder une grossesse éventuelle plutôt qu'un état pathologique. Cela peut être dû à la nature extrêmement personnelle de la question et à la

« À mesure qu'un nombre croissant de femmes entrent sur le marché du travail et que l'image que l'entreprise veut donner au chapitre du respect des besoins des familles prend de l'importance aux yeux des jeunes adultes compétents prometteurs, nous semblons voir converger plusieurs messages positifs sur les avantages et les réalités de la couverture de l'infertilité. »

Infertility Coverage is Good Business
Joseph C. Issacs
Fertility and Sterility, mai 2008

réticence des personnes concernées en premier lieu d'en parler ouvertement ou de réclamer une prise en charge de ces médicaments au travail. Selon notre sondage, beaucoup de gens ne veulent pas parler à leur employeur des traitements de procréation assistée qu'ils suivent et craignent que leur absence du travail, nécessaire pour les rendez-vous, n'ait un effet négatif sur leur emploi et les possibilités de promotion qui leur seront offertes.

Couvrir les médicaments pour la fertilité favorise la conservation des employés aux États-Unis

Selon un sondage récent effectué auprès des employeurs aux États-Unis, ceux qui proposent des avantages sociaux touchant la fertilité enregistrent habituellement un taux plus élevé de conservation et de recrutement d'employés très compétents; le moral du personnel est meilleur et les coûts connexes, raisonnables¹³¹. Parmi les entreprises qui offrent cette garantie à leurs employés :

- 72 % ont pris cette décision pour être reconnues comme un employeur soucieux des besoins des familles et attirer ainsi des employés de haut calibre;
- 68 % voulaient améliorer le moral du personnel et retenir des employés très compétents.

Pour ces entreprises, prendre en charge le coût des médicaments pour la fertilité était une décision d'affaires destinée à améliorer leur image et à attirer et conserver une main-d'œuvre sûre et loyale.

Informers les employeurs pourrait donner d'excellents résultats

Quand les employeurs savent qu'une assurance médicaments couvrant les médicaments pour la fertilité pourrait les aider à attirer et à conserver des employés de haut calibre et que les coûts de cette assurance sont tout à fait gérables, ils sont peut-être alors plus susceptibles d'inclure des médicaments pour la fertilité dans leurs régimes. Nous sommes convaincus que l'un des volets d'une campagne de sensibilisation du public devrait mettre l'accent sur la présentation des avantages, pour les employeurs, de la prise en charge des médicaments pour la fertilité dans les régimes d'avantages sociaux.

Quel rôle le gouvernement devrait-il jouer dans le financement des médicaments pour la fertilité?

Le gouvernement de l'Ontario a déjà mis en place un certain nombre de mécanismes afin de compenser le coût de médicaments onéreux pour ses citoyens, notamment fournir des médicaments gratuits aux

Certaines des options destinées à compenser les coûts des médicaments pour la fertilité dont nous avons tenu compte sont les suivantes :

- Crédit d'impôt remboursable de 50 % en cas d'infertilité.
- Inclure les médicaments pour la fertilité dans le formulaire de l'Ontario.
- Financer les médicaments pour la fertilité prescrits dans les cliniques de fertilité.

personnes qui reçoivent un traitement à l'hôpital et couvrir le coût des médicaments pour les personnes à faibles revenus et les personnes pour lesquelles le coût des médicaments dépasse une certaine portion de leurs revenus. Le Québec offre désormais un crédit d'impôt afin d'aider les familles à compenser le prix des médicaments pour la fertilité.

Nous recommandons avec insistance au gouvernement de tenir compte de toutes les options dont il dispose afin de compenser le fardeau financier que représentent les

médicaments pour la fertilité pour les Ontariens qui essaient de fonder une famille. Le coût des médicaments pour la fertilité est hors de portée pour bien des Ontariens; c'est pourquoi nous pensons qu'il est d'une grande importance de trouver un moyen de compenser ces coûts afin de faciliter l'accès à la procréation assistée.

Nous pensons qu'un crédit d'impôt remboursable de 50 %, similaire à l'approche adoptée par le Québec devrait être utilisé afin de compenser le coût des médicaments pour la fertilité pour les Ontariens. Il nous est très difficile d'évaluer cette recommandation compte tenu du peu d'information qui existe sur le nombre de personnes qui ont besoin de médicaments pour la fertilité dans la province. Après avoir consulté les chiffres concernant d'autres juridictions, nous estimons que cette recommandation pourrait coûter environ deux millions de dollars par an à la province et aiderait grandement les Ontariens à avoir accès à des services de procréation assistée.

Des services de counseling devraient être proposés et financés

Des services de counseling sont importants pour bon nombre de personnes

Les descriptions des services de procréation assistée semblent assez simples, ce qui n'est pas le cas de l'expérience vécue. Les hauts et les bas du traitement sont très difficiles à vivre. Les gens ont beaucoup d'espoir au début d'un cycle. Ces espoirs sont balayés si la procédure échoue. Les Ontariens qui ont vécu une expérience de procréation assistée trouvent le processus extrêmement stressant. Ils disent que cela se répercute sur toutes leurs relations : avec leur partenaire, leur famille et leurs amis.

Pour beaucoup de gens, le counseling est une aide précieuse qui les aide à faire face au stress psychologique du traitement, notamment sentiment de peine et de perte lié au fait de ne pas réussir à avoir un bébé par eux-mêmes, préjugés et sentiment d'échec associés à l'infertilité et pressions sur les relations.

« L'[infertilité] a miné ma confiance en moi et m'a fait remettre en question ma propre valeur et ma valeur aux yeux de mon partenaire. »

– Personne interrogée

Peu de gens ont accès aux services de counseling

Seulement 37 % des personnes qui ont participé à notre sondage en ligne ont déclaré avoir bénéficié de services de counseling sous une forme ou sous une autre, et seulement la moitié des personnes interrogées ont dit avoir cherché à obtenir ce genre de services. Peu de répondants y ont eu recours parce que ces services ne sont pas disponibles ou sont trop onéreux.

Nous reconnaissons que pour beaucoup de personnes ayant recours à des services de procréation assistée, mais pas pour toutes par contre, bénéficier d'un soutien affectif de la part de professionnels est important. Parallèlement, de nombreuses personnes, des conjoints de même sexe par exemple, qui ont recours à la procréation assistée comme services de planification familiale ne ressentent pas le besoin d'avoir recours à des services de counseling pour infertilité. À notre avis, il est très important que ces services soient appropriés et accessibles à tous les Ontariens qui souhaitent les utiliser.

À quel moment le counseling devrait-il être obligatoire?

Le counseling peut aider les gens qui entreprennent une procédure de procréation assistée à mieux comprendre les risques physiques et affectifs liés au traitement. Pour ceux et celles qui envisagent de congeler et de conserver des ovules ou des embryons, le counseling peut permettre d'explorer les questions d'ordre éthique. Pour ceux et celles qui choisissent un processus de procréation avec tiers donneur, il peut s'agir d'une occasion d'aborder des questions d'ordre éthique et affectif, et le fait d'avoir et d'élever un enfant qui n'a pas de lien génétique avec eux.

Actuellement, Victoria, en Australie, est le seul endroit où le counseling est obligatoire pour tous ceux et celles qui optent pour la procréation assistée. L'on considère en effet qu'il s'agit là d'une partie essentielle

d'un consentement éclairé. Actuellement en Ontario, chaque clinique a ses propres politiques de counseling et les services de counseling ne sont pas toujours disponibles.

Tout comme en Australie, la LPA rend le counseling obligatoire puisqu'il s'agit d'un volet important d'un processus de consentement éclairé. Autrement dit, certains services de counseling seront exigés par la loi pour toutes les personnes ayant recours à des services de procréation assistée. Les règlements qui préciseront les détails du counseling obligatoire n'ont pas encore été annoncés publiquement. Afin de limiter les obstacles financiers au traitement, nous pensons que les services de counseling obligatoires en vertu de la loi fédérale devraient être financés par la province.

Nous croyons que, dans le cadre d'un processus de consentement éclairé, le gouvernement de l'Ontario devrait mandater et financer des services de counseling pour tous les cas de procréation assistée avec tiers donneur.

QUELLES MESURES L'ONTARIO DEVRAIT-IL PRENDRE AFIN DE FINANCER DES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE?

L'accès aux services de procréation assistée en Ontario s'accompagne d'autres frais financiers, qui ne devraient pas constituer un obstacle à l'accès au traitement. Nous recommandons ce qui suit :

3. L'Ontario ne peut pas se permettre de NE PAS financer la procréation assistée

Médicaments pour la fertilité

3.5 Le gouvernement de l'Ontario devrait mettre sur pied une **campagne de sensibilisation** qui :

- Met l'accent sur l'**information des employeurs** et des compagnies d'assurance et présente les avantages liés à l'intégration de médicaments pour la fertilité dans les régimes d'avantages sociaux des employeurs.
- Indique les entreprises ontariennes soucieuses des besoins des familles qui proposent une couverture pour les médicaments pour la fertilité.
- Met en lumière la nécessité de prendre en charge d'autres services qui seraient utiles aux employés ayant recours à la procréation assistée, notamment le counseling, l'acupuncture, la médecine naturopathique, les massages et autres traitements complémentaires.

3.6 Le gouvernement devrait envisager différentes options afin de contribuer à **contrôler le coût des médicaments pour la fertilité**.

3.7 Le gouvernement devrait introduire un **crédit d'impôt remboursable de 50 %** assorti d'un plafond de 20 000 \$ pour les Ontariens, et ce, afin de compenser le coût des médicaments pour la fertilité.

Counseling

3.8 Tous les Ontariens qui optent pour la procréation assistée devraient se voir offrir **une séance de counseling financée**.

3.9 Le gouvernement provincial devrait **financer les services de counseling obligatoires** exigés par le gouvernement fédéral en vertu de la *Loi sur la procréation assistée*. En l'absence de législation

fédérale, tous les Ontariens qui choisissent une procédure de procréation assistée avec tiers donneur devraient être tenus de participer à des séances de counseling dans le cadre du processus de consentement éclairé; le gouvernement devrait prendre en charge le coût de ces séances de counseling.

- 3.10 Tous les fournisseurs de soins de santé, y compris les praticiens en soins primaires, devraient savoir **où diriger les patients** pour des services de counseling en matière de fertilité, d'infertilité et de procréation assistée.
- 3.11 Des **documents informatifs** sur le counseling en matière de fertilité, d'infertilité et de procréation assistée pour tous les types de famille devraient être élaborés et offerts aux professionnels susceptibles d'offrir ces types de services.

4. LES ONTARIENS QUI POURRAIENT EN BÉNÉFICIER DEVRAIENT AVOIR ACCÈS À DES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE

Nous croyons que tous les Ontariens doivent avoir la possibilité de fonder une famille, sans aucune discrimination reposant sur le statut socio-économique, le lieu géographique, les besoins en santé génésique, la situation de famille ou l'orientation sexuelle. Dans nos sondages et nos entrevues, les Ontariens nous ont parlé des nombreux obstacles qui vont devoir être levés si l'Ontario veut devenir le meilleur endroit où fonder une famille.

Afin de s'assurer que tous les Ontariens ont accès à des services de procréation assistée, **nous recommandons** ce qui suit :

Congés

- Il faut informer les employeurs de leurs responsabilités en vertu du *Code des droits de la personne* quant aux soins prénataux et postnataux.
- **Un congé d'urgence personnelle** en vertu de la *Loi sur les normes d'emploi* devrait être interprété de façon à tenir compte des services de procréation assistée.

Obstacles géographiques

- L'incidence de la distance par rapport à une clinique de fertilité doit être réduite en élargissant l'accès au **Réseau Télémédecine Ontario** à toutes les cliniques de fertilité et en maintenant l'accès au **Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales**.

Accès à la procréation assistée avec tiers donneur

- L'Ontario a élaboré **des politiques et une législation touchant les donneurs de sperme, d'ovules et d'embryons, et les mères gestatrices** afin de protéger les droits de toutes les personnes concernées et de faire en sorte que ces services soient accessibles, de façon sûre, aux Ontariens qui en ont besoin.

Préjugés et discrimination

- Toutes les cliniques, le personnel et les autres fournisseurs de soins de santé doivent connaître les droits de tous les Ontariens à fonder une famille **sans préjugés ou discrimination**.

Recours parallèle à des services de procréation assistée et d'adoption

- Les familles doivent être soutenues et incitées à explorer parallèlement **des options en matière d'infertilité et d'adoption**, selon leur situation.

Accès rapide à des services de préservation de la fertilité

- Tous les spécialistes qui prennent soins de patients ayant un cancer ou d'autres problèmes médicaux dont le traitement peut se répercuter sur la fertilité doivent savoir que ces services sont accessibles afin de pouvoir aider ces patients à **préserver leur fertilité** et les orienter en temps opportun vers ces services.
- L'Ontario doit financer la congélation et la conservation des ovules, du sperme et des embryons afin de **préserver la fertilité**, quand cela est indiqué médicalement.

Capacité de fournir des traitements en matière de fertilité aux personnes ayant le VIH

- L'Ontario doit mettre au point une approche globale sur les besoins génésiques des personnes ayant le VIH.

4.1 Les traitements compliquent la vie professionnelle

Les traitements prennent du temps

Les enquêtes et les traitements en matière de fertilité prennent du temps. Le niveau hormonal et le cycle des femmes doivent être surveillés tous les jours pendant plusieurs jours. Le processus de prélèvement

« Il faut choisir entre le travail et fonder une famille. C'est impossible de travailler à temps plein et de poursuivre une carrière quand on suit ces traitements. C'est beaucoup trop stressant. Vous travaillez juste assez pour faire ce qu'il faut et passer inaperçue. C'est sûr que l'on ne donne pas le maximum. »

– Personne interrogée

d'ovocytes et de transfert des embryons prend plus de temps. Si une femme doit expérimenter plusieurs cycles, l'incidence de cette procédure sur sa vie professionnelle peut limiter la progression de sa carrière. Si le bébé est prématuré ou de faible poids à la naissance ou encore s'il y a des complications pendant la grossesse ou à la naissance, les parents risquent d'avoir besoin de congés prolongés.

Dans nos sondages, nous avons entendu parler d'employeurs et de gestionnaires qui apportaient un très grand soutien. Certaines personnes nous ont aussi dit

qu'elles pensaient avoir perdu leur emploi ou avaient l'impression d'être laissées de côté en matière de promotions parce qu'elles étaient aux prises avec un problème médical.

La politique découlant du Code des droits de la personne oblige les employeurs à tenir compte des besoins spéciaux de leurs employés pendant les périodes prénatales et postnatales

Tous les employeurs ne connaissent pas leurs obligations en vertu du *Code des droits de la personne*. Le *Code*, qui définit les responsabilités de l'employeur, s'accompagne d'une politique sur la grossesse et l'allaitement. Selon cette politique, l'employeur doit tenir compte des besoins spéciaux de ses employées pendant les périodes prénatales et postnatales, et reconnaître que cela peut comprendre des traitements

en matière d'infertilité. L'employeur peut répondre aux besoins de ses employés de différentes façons, notamment en mettant sur pied un horaire de travail flexible tenant compte des rendez-vous médicaux.

« *Des heures perdues, c'est un revenu perdu.* »
– Personne interrogée

Cette politique est conçue pour protéger les femmes de toute discrimination au travail liée à la grossesse et pour faire connaître aux femmes leurs droits à un traitement égal en matière d'emploi et d'accommodements. Nous sommes convaincus que beaucoup d'employeurs et la plupart des femmes ne connaissent pas leurs droits et obligations en vertu du *Code*.

Les congés d'urgence personnelle procurent une certaine souplesse

Actuellement, les personnes qui travaillent dans des entreprises comptant au moins 50 employés ont le droit de prendre jusqu'à 10 jours de congé sans solde avec protection de l'emploi chaque année, en cas de maladie, de blessure ou d'autres urgences. Puisque les services de procréation assistée sont des traitements médicaux nécessaires, nous croyons qu'ils devraient donner droit à des congés d'urgence personnelle au titre de la *Loi sur les normes d'emploi*.

4. Les Ontariens qui pourraient en bénéficier devraient avoir accès à des services de procréation assistée

- 4.1 Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation, les employeurs devraient être informés de leurs responsabilités en vertu du *Code des droits de la personne* afin de tenir compte des besoins spéciaux des employés pendant les périodes prénatales et postnatales.
- 4.2 La définition du **congé d'urgence personnelle** dans la *Loi sur les normes d'emploi* devrait être interprétée afin d'y intégrer les services de procréation assistée.

4.2 La distance par rapport à la clinique est un obstacle

La géographie, c'est-à-dire l'endroit où vivent les gens dans la province ne devrait pas empêcher les Ontariens d'avoir accès à des services de procréation assistée. Le nombre relativement limité de cliniques de fertilité à l'échelle de la province complique l'accès aux services pour les personnes qui vivent dans des zones rurales éloignées et dans les collectivités du Nord. Les Ontariens qui vivent très loin d'une clinique ne connaissent peut-être pas les services, ou n'ont peut-être pas la possibilité de s'éloigner de leurs responsabilités quotidiennes pour aller à des rendez-vous ou entreprendre une procédure comme une fécondation in vitro. Actuellement, beaucoup de femmes ne sont pas en mesure de faire faire les analyses de sang quotidiennes ou les échographies nécessaires pour surveiller leur cycle dans leur collectivité; elles doivent donc passer jusqu'à 16 jours près de la clinique. Pour bon nombre d'entre elles, cela signifie qu'elles doivent s'absenter de leur travail, s'éloigner de leur famille et assumer des frais de déplacement.

Les cliniques où se pratique la fécondation in vitro en Ontario se trouvent à Brampton, London, Markham, Mississauga, Ottawa, Scarborough et Toronto.

Le Réseau Télémedecine Ontario fournit une solution

Certaines cliniques de fertilité de l'Ontario ont créé des cliniques affiliées par satellite et utilisent le Réseau Télémedecine Ontario (RTO) pour aider les Ontariens qui vivent dans des régions rurales et éloignées à recevoir les soins et la surveillance dont ils ont besoin sans avoir à se déplacer. Le RTO utilise des caméras, des moniteurs et des instruments de télédiagnostic, comme des stéthoscopes numériques et des caméras à haute résolution pour examiner les patients, et ce, afin de mettre en contact les praticiens des petites collectivités et les spécialistes de la clinique. L'accès au réseau doit être étendu à toutes les cliniques afin de venir à bout de l'obstacle de la distance tout en fournissant une surveillance et des soins irréprochables. Pour que cette démarche soit efficace, le gouvernement devrait s'assurer que les tests de surveillance et les services fournis par des techniciens soient accessibles quand besoin est en dehors des grands centres. Grâce au RTO, les patients n'auraient à aller à la clinique que pour le prélèvement d'ovocytes, la fécondation et le transfert de l'embryon, ce qui réduirait considérablement les congés qu'ils devraient prendre, le temps passé loin de leur famille et les frais de déplacement.

Pour pouvoir se joindre au RTO, la plupart des organisations reçoivent une part importante de leurs fonds de soutien du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ce n'est pas actuellement le cas pour les cliniques de fertilité de la province mais, d'après nos recommandations, la situation devrait changer. Entre-temps, les cliniques peuvent faire une demande qui sera examinée de façon ponctuelle.

Un grand nombre d'Ontariens ayant recours à des services de procréation assistée ne sont pas admissibles au Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales

Ce programme est conçu pour couvrir certains frais de transport des résidents du Nord de l'Ontario qui doivent se déplacer afin de recevoir les soins médicaux nécessaires.

Pour être admissible, le patient doit :

- Être assuré par l'Assurance-santé de l'Ontario.
- Être recommandé pour recevoir des soins de santé assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.
- Résider dans les districts suivants : Algoma, Cochrane, Kenora, Manitoulin, Nipissing, Parry Sound, Rainy River, Sudbury, Timiskaming ou Thunder Bay.
- Être recommandé par un médecin, un dentiste, un optométriste, un chiropraticien, une sage-femme ou une infirmière praticienne du Nord.
- Être recommandé au spécialiste le plus proche qui se trouve à au moins 100 km du lieu de résidence du patient.

Avantages du Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales

Pour les personnes qui vivent à 100 km (aller) du spécialiste ou de l'établissement le plus proche :

- 41 sous du kilomètre.
- 100 kilomètres déductibles par voyage.
- Allocation de 100 \$ pour l'hébergement par voyage; les dépenses comme les repas ne sont pas prises en charge.
- Une consultation tous les 12 mois : aucune limite sur le nombre de suivis médicaux nécessaires, mais ceux-ci doivent avoir lieu dans les 12 mois suivant la consultation initiale et être faits par le même spécialiste ou établissement de soins de santé.

Ce programme a l'avantage de réduire les frais de transport et d'aider les gens qui résident dans le Nord à recevoir des soins appropriés plus rapidement. Les inconvénients sont les suivants :

- Ce programme n'est pour l'instant pas accessible à bon nombre de personnes qui veulent avoir recours à des services de procréation assistée parce que la fécondation in vitro n'est pas couverte par l'Assurance-santé de l'Ontario pour la plupart des gens (à l'exception du traitement pour les femmes dont les trompes de Fallope sont bouchées et de l'insémination intra-utérine).
- Tel qu'il est structuré, le programme ne permet pas aux personnes intéressées de s'adresser à la clinique de leur choix qui, selon eux, répondrait le mieux à leurs besoins.

Nous pensons que les résidents du Nord de l'Ontario qui sont dirigés vers une clinique de fertilité devraient être admissibles à tous les services de soutien actuellement offerts dans le cadre des autres traitements médicaux, et que les Ontariens devraient pouvoir choisir la clinique répondant le mieux à leurs besoins.

4. Les Ontariens qui pourraient en bénéficier devraient avoir accès à des services de procréation assistée

- 4.3 Le gouvernement de l'Ontario devrait étendre le **Réseau Télémédecine Ontario** à toutes les cliniques de fertilité.
- 4.4 Le gouvernement devrait s'assurer que les **tests de surveillance** exigés pour l'insémination intra-utérine et la fécondation in vitro (échographie et services de technicien de laboratoire) sont disponibles selon les besoins dans des centres médicaux désignés à l'extérieur du Sud de l'Ontario.
- 4.5 Le gouvernement devrait étendre l'admissibilité au **Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales** à tous les résidents du Nord de l'Ontario qui doivent se déplacer pour avoir recours à des services de procréation assistée.

4.3 Les personnes ayant besoin de services de procréation assistée avec tiers donneur font face à des obstacles

Dans le cadre de la **procréation assistée avec tiers donneur**, la personne ou le couple qui bénéficie des services de procréation assistée a besoin d'ovules ou de sperme et d'une femme pour porter l'embryon (mère gestatrice) afin de pouvoir fonder une famille.

Mark et Greg formaient un couple depuis quatre ans quand ils ont décidé de fonder une famille. Leur fils, Lars, est né de la rencontre des ovules d'une donneuse et des spermatozoïdes de Greg. Au départ, le couple a eu des difficultés à être dirigé vers une clinique de fertilité par leur fournisseur de soins primaires. La clinique de fertilité où on les a envoyés a trouvé une donneuse pour les ovules, et Mark et Greg ont trouvé une femme qui était prête à faire office de mère gestatrice pour eux. L'ovule a été fécondé et implanté par fécondation in vitro.

Quand Lars a eu six ans, Mark et Greg sont retournés à la clinique pour demander de l'aide et avoir un deuxième enfant. Ils ont alors appris que les lois régissant la procréation assistée avec tiers donneur avaient changé et qu'il était désormais illégal de payer une donneuse pour avoir des ovules au Canada ou de rétribuer une femme qui acceptait de faire office de mère gestatrice. Ces nouvelles règles compliquent grandement la fondation d'une famille.

Qui a recours à la procréation assistée avec tiers donneur?

Les personnes suivantes ont recours à la procréation assistée avec tiers donneur :

- Couples hétérosexuels quand l'homme n'a pas de spermatozoïdes ou une très faible numération des spermatozoïdes (sperme d'un donneur).
- Femmes célibataires ou lesbiennes (sperme d'un donneur).
- Femmes qui ne peuvent fournir leurs propres ovules en raison de leur âge, d'un trouble génétique, d'une insuffisance ovarienne primitive ou d'un traitement pour une maladie comme le cancer (ovules d'une donneuse).
- Couples fertiles qui craignent de transmettre des gènes nuisibles à l'enfant (sperme d'un donneur et ovules d'une donneuse).
- Hommes célibataires ou couples gays (ovules d'une donneuse et mère gestatrice).
- Femmes ayant un utérus irrégulier ou pas d'utérus, ou pour qui une autre procédure de procréation assistée n'a pas fonctionné (mère gestatrice).

L'insémination intra-utérine est souvent utilisée avec le sperme d'un donneur. La fécondation in vitro s'utilise avec les ovules d'une donneuse et une mère gestatrice.

| Avantages de la procréation assistée avec tiers donneur | Inconvénients |
|--|--|
| Permet aux gens qui le souhaitent d'avoir un bébé, ce qui serait autrement impossible. | <p>Il est parfois difficile de trouver une donneuse pour les ovules et un donneur pour le sperme, ou encore une mère gestatrice.</p> <p>Aucune loi ne stipule clairement les droits et responsabilités des donneurs et des parents prévus.</p> <p>La législation fédérale, la <i>Loi sur la procréation assistée</i>, rend difficile l'obtention de sperme et d'ovules et l'obtention d'une mère gestatrice parce que le remboursement de ces services est illégal (voir plus loin pour en savoir plus).</p> |

La loi fédérale restreint l'accès aux services de procréation assistée avec tiers donneur

Avant l'adoption de la LPA, bon nombre de personnes qui avaient besoin de services de procréation assistée avec tiers donneur avaient accès à de nombreux services professionnels. Un certain nombre de professionnels nous ont dit que la loi allait rendre plus difficile pour les Ontariens l'accès à des services de procréation assistée avec tiers donneur dans le but de fonder une famille.

Nous croyons que l'Ontario devrait prendre en charge la réglementation de la procréation assistée dans cette province. Toutes nos recommandations sur les mesures à prendre en vertu de la *Loi sur la procréation assistée* doivent être considérées comme des options sous-optimales.

La loi rend illégal le fait de payer un don de sperme ou d'ovules, ou une mère gestatrice. Les parents prévus, c'est-à-dire les personnes qui vont élever l'enfant, seront autorisés à défrayer certains coûts liés à la grossesse (frais de déplacement, médicaments pour la fertilité) mais pas la totalité de ces coûts. Cette loi oblige certains Ontariens à utiliser des solutions de remplacement dangereuses et à chercher des services à l'extérieur du Canada.

La loi rend également illégal le fait d'agir comme intermédiaire, c'est-à-dire une personne ou une entreprise qui trouve une mère porteuse et la met en contact avec les personnes qui en ont besoin. Autrement dit, un plus grand nombre de gens vont devoir trouver une mère porteuse par eux-mêmes. Avant l'adoption de la loi, des intermédiaires aidaient les gens à trouver des mères porteuses qui répondaient à leurs besoins. Non seulement il est désormais difficile de trouver une mère porteuse tout court, mais il n'est pas facile de savoir si cette éventuelle mère porteuse est ou non un bon choix.

Nous croyons que, si jamais la *Loi sur la procréation assistée* était maintenue, il y aurait inévitablement une contestation fondée sur la Charte contre les dispositions criminelles de la loi.

Nous recommandons que la province se joigne à toute contestation de ce genre ou soutienne cette contestation.

La *Loi sur la procréation assistée* contient une clause qui exige du gouvernement fédéral qu'il réévalue la loi au bout de trois ans. Cet examen aurait déjà dû avoir lieu. **Nous encourageons le gouvernement fédéral à passer cette loi en revue et l'Ontario à jouer un rôle actif dans ce processus.**

Santé Canada a proposé des directives sur les sommes que les parents prévus seraient autorisés à payer. Certains groupes, comme l'Association du Barreau canadien ont préparé une réponse à ces directives et font des suggestions sur les coûts associés aux dons de sperme et d'ovules, et à la présence d'une mère porteuse dont il faudrait tenir compte. La communauté médicale n'a pas vraiment répondu formellement à ces directives. À notre avis, il est important que les fournisseurs de services de procréation assistée, par l'entremise d'organismes professionnels comme l'Ontario Medical Association ou l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario élaborent une réponse à ces directives.

En vertu de la législation fédérale, il sera très difficile d'avoir accès à des services de procréation assistée avec tiers donneur. Nous avons mentionné plus tôt que le Québec était en train de contester cette loi. Nous croyons que, si jamais la loi était maintenue, l'Ontario devrait élaborer un système qui soutiendrait les Ontariens ayant besoin de ces services – par exemple, en mettant sur pied des règlements provinciaux régissant les services de procréation assistée avec tiers donneur et en créant une banque provinciale de donneurs et de mères porteuses. Nous sommes d'avis que cela sera difficile dans le cadre de la *Loi sur la procréation assistée*, qui est très stricte mais il ne faut négliger aucun effort afin de faciliter l'accès à ces services.

Ce que nous pensons de la *Loi sur la procréation assistée*

Dans notre rapport, nous abordons certains des obstacles auxquels font face ceux et celles qui souhaitent avoir recours à des services de procréation assistée en Ontario en vertu de la *Loi sur la procréation assistée*. Il nous semble toutefois nécessaire d'approfondir nos commentaires.

Sur le principe, nous partageons l'avis selon lequel ceux et celles qui participent à des activités liées à la procréation assistée avec tiers donneur sont aux prises avec des questions et des circonstances uniques, et que cela devrait peut-être exiger une considération particulière dans les politiques et dans les lois.

Cependant, les interdictions que l'on trouve dans la *Loi sur la procréation assistée* et leurs conséquences pour les Ontariens qui cherchent à obtenir des services de procréation assistée avec tiers donneur ou qui facilitent l'obtention de ces services nous inquiètent beaucoup.

Telles qu'elles sont actuellement définies, les sanctions criminelles et les interdictions de la *Loi sur la procréation assistée* quant à la procréation assistée avec tiers donneur non seulement limitent grandement les options offertes aux Ontariens qui cherchent à fonder une famille, mais obligent ce segment de la collectivité à se tourner vers d'autres solutions dont le prix est prohibitif, qui sont contraires à l'éthique, voire dangereuses.

Il nous semble raisonnable d'accepter que la législation a été adoptée avec l'intention de protéger les Ontariens engagés dans des activités de procréation assistée avec tiers donneur. Toutefois, à notre avis, compte tenu des supposées protections de la loi actuelle, la collectivité est exposée à des risques éventuels bien plus grands maintenant qu'elle ne l'a jamais été.

Les conséquences involontaires de la criminalisation de la procréation assistée avec tiers donneur mettent les femmes, les hommes et les bébés de l'Ontario en danger; la *Loi sur la procréation assistée* a donné lieu à une économie souterraine tout à fait florissante, créé de dangereuses ramifications juridiques et sociales, et compromis la santé et le bien-être de ses citoyens.

Les intermédiaires qui participent à la rencontre d'une mère gestatrice ou d'un donneur de gamètes et des parents prévus ne sont pas autorisés à faire payer ce service. De plus, craignant des poursuites, des médecins, avocats et conseillers qui exercent tout à fait légalement hésitent à aider les Ontariens en cas de procréation assistée avec tiers donneur, quand ils n'ont pas tout simplement cessé de le faire, laissant ces derniers à eux-mêmes pour trouver des solutions, avec peu d'orientation et bien moins de protections.

Dans cet environnement sans soutien, ceux et celles qui aimeraient avoir recours à des services de procréation assistée avec tiers donneur se tournent vers Internet et d'autres sources peu sûres; bon nombre d'entre eux se voient dans l'obligation de poursuivre un traitement à l'extérieur de la province, ce qui les oblige à déboursier des sommes astronomiques et les expose à des soins de moindre qualité, que ce soit au niveau médical ou éthique. D'autres choisissent des solutions rudimentaires qui se passent à domicile, notamment des inséminations à domicile sans aucune protection d'ordre médical, juridique ou psychologique ou le recours à des mères porteuses traditionnelles : la mère naturelle est également la mère génétique; il s'agit là d'une éventuelle bombe à retardement sur les plans juridique et éthique.

Craignant légitimement des sanctions criminelles et incapables d'obtenir une reconnaissance juridique de la filiation prévue, ces citoyens (y compris l'enfant) vivent de façon souterraine dans une

situation qui n'est pas sans rappeler celle des immigrants illégaux, c'est-à-dire sans lien juridique entre l'enfant et au moins l'un des deux parents. Les conséquences sont multiples en matière de succession, d'identité, de passeport et d'autorité parentale. Les personnes qui participent à des activités de procréation assistée avec tiers donneur sont vulnérables sur le marché noir ou dans des conditions souterraines, et s'exposent à différents niveaux de fraudes et à des risques d'exploitation sans précédent.

Il est permis de croire que cette loi a été élaborée dans le but de protéger les droits génésiques des citoyens; toutefois, il est ironique de constater qu'elle rend les Ontariens encore plus vulnérables; ceux-ci doivent aujourd'hui chercher un traitement moins protégé que jamais, qu'il s'agisse du volet médical, psychologique ou juridique.

Notre mandat en tant que comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption est de faire des recommandations à partir desquelles l'Ontario pourrait devenir la meilleure province où fonder une famille. Au nombre des principes qui guident ces recommandations, notre avis est motivé par le désir de veiller à la sécurité des Ontariens; d'encourager l'accès à des services de procréation assistée; de veiller à ce que les soins soient opportuns et reposent sur l'expérience clinique; d'exiger une obligation de rendre compte et de poursuivre la responsabilité sociale.

C'est à la lumière de ces principes que nous avons forgé nos recommandations et la *Loi sur la procréation assistée* ne tient pas compte de ces principes.

Autres lois fédérales qui rendent l'accès à des services de procréation assistée avec tiers donneur difficile

Actuellement, Santé Canada exige que le sperme des donneurs soit congelé et conservé pendant six mois (période appelée « quarantaine »). Le donneur doit ensuite être testé de nouveau afin de déceler d'éventuels problèmes médicaux qui pourraient faire de lui un donneur impropre. Cette règle s'applique à tous les donneurs qui ne sont pas le partenaire sexuel de la femme qui fait l'objet de l'insémination, même si celle-ci connaît le donneur (par ex., un bon ami ou un membre de la famille du partenaire). De même, si une femme voulait faire affaire avec un homosexuel comme donneur de sperme, le médecin devrait obtenir une autorisation spéciale de Santé Canada. Par conséquent, les homosexuels qui ont recours à une mère gestatrice doivent aussi observer ces règles. Ces règles signifient que les gens se sentent obligés de mentir sur leurs relations avec les donneurs, ce qui met les médecins et les patients dans des situations délicates.

Nous sommes d'avis qu'une meilleure méthode d'évaluation et de dépistage du sperme des donneurs devrait être mise au point. L'Ontario devrait s'assurer que les directives sur l'insémination sans danger des femmes qui utilisent le sperme d'un donneur connu ou anonyme assurent effectivement la sécurité des femmes et des enfants.

L'absence de législation provinciale rend la procréation assistée avec tiers donneur difficile

Quand un bébé naît sans recours à la procréation assistée avec tiers donneur, la filiation légale est relativement facile à déterminer. Les parents remplissent la déclaration de naissance vivante et un

certificat de naissance est émis au nom de l'enfant, document qui porte le nom de ses deux parents. La chose n'est pas si facile pour les parents qui ont un enfant par procréation assistée avec tiers donneur.

Les lois actuelles sur la façon d'établir la filiation sont dépassées. La plupart d'entre elles sont antérieures à l'apparition de la procréation assistée comme procédure répandue. Des procédures fastidieuses et parfois coûteuses devant les tribunaux sont souvent nécessaires pour être nommé parent légal d'un enfant. Les tribunaux ont été très compréhensifs et ont facilité ce processus pour les parents prévus; cependant, cette approche signifie que les personnes ayant recours à des services de procréation assistée avec tiers donneur sont parfois inutilement traitées différemment des autres parents. Nous pensons que, lorsque cela est possible, les personnes ayant recours à des services de procréation assistée devraient être traitées comme les autres parents.

Nous croyons aussi qu'une approche intentionnelle de la filiation, pour quiconque utilise des services de procréation assistée avec tiers donneur, même une mère porteuse, devrait être utilisée pour établir la filiation en Ontario.

L'Alberta, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador et le Yukon se sont dotés de nouvelles lois traitant précisément de la filiation légale des enfants nés par procréation assistée. Seules l'Alberta et le Québec ont adopté des dispositions traitant de la filiation légale d'enfants nés dans un couple de même sexe et par l'entremise d'une mère porteuse.

Le Groupe de travail mixte du CCHF (Comité de coordination des hauts fonctionnaires), du droit de la famille et de la CHLC (Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada) a élaboré des recommandations sur l'établissement de la filiation qui s'efforcent :

- De tenir compte de la conception naturelle et de la procréation assistée.
- D'équilibrer trois indicateurs éventuels de filiation
 - Reconnaître le lien avec la mère naturelle.
 - Égaliser les modèles de conception naturelle et assistée de sorte que les deux processus soient traités de la même manière dans toute la mesure du possible.
 - Étudier la possibilité d'une approche intentionnelle (les personnes ayant l'intention d'être parents, quel que soit le lien génétique, sont reconnues comme parents).

Les parents prévus et les donneurs doivent être protégés

De plus, aucune loi en Ontario ne protège les donneurs, les mères porteuses et les parents prévus. Les donneurs et les mères porteuses ont besoin de protection : il doit être tout à fait clair que ceux-ci n'ont aucune responsabilité parentale envers l'enfant qu'ils ont contribué à créer. Les parents aussi ont besoin de protection de sorte qu'il soit clair qu'un donneur ou une mère porteuse ne peut prétendre à aucun droit parental sur l'enfant. Actuellement, les parents prévus et les donneurs sont aux prises avec des coûts juridiques très élevés correspondant à la rédaction de contrats censés protéger les droits et responsabilités de toutes les parties concernées. D'autres juridictions ont élaboré une législation protégeant les parents prévus et les donneurs, limitant ainsi la nécessité de contrats individuels. Nous croyons qu'une législation similaire est nécessaire en Ontario.

L'Ontario a besoin d'une législation complète

L'Ontario a besoin d'une législation rendant compte des nombreuses façons dont les Ontariens peuvent fonder une famille. Nous croyons qu'une approche intentionnelle devrait être adoptée afin d'établir la filiation, quel que soit le lien génétique, et que la législation provinciale devrait protéger les droits et responsabilités des personnes ayant recours à des services de procréation assistée avec tiers donneur. La Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada a élaboré des recommandations sur ces questions (voir en Annexe D la liste complète de ces recommandations). Nous souscrivons à l'approche actuelle et, à supposer que ces recommandations ne changent pas, nous sommes convaincus que l'Ontario devrait les examiner et les appliquer dès la mise au point de leur version définitive.

4. Les Ontariens qui pourraient en bénéficier devraient avoir accès à des services de procréation assistée

- 4.6 Quand le gouvernement fédéral entreprendra l'examen de la *Loi sur la procréation assistée*, ce qui aurait dû avoir lieu il y a longtemps, l'Ontario devrait **participer activement à cet examen**.
- 4.7 La province devrait **se joindre à toute contestation fondée sur la Charte ou soutenir** cette contestation eu égard à la *Loi sur la procréation assistée*.
- 4.8 Un **cadre réglementaire provincial** régissant les cliniques et les services de procréation assistée, notamment la procréation assistée avec tiers donneur, devrait être élaboré en vertu des dispositions d'équivalence de la *Loi sur la procréation assistée*.
- 4.9 Une **banque de donneurs de sperme, d'ovules et d'embryons, ainsi qu'une base de données de mères porteuses** (banque et base de données qui seraient altruistes et à l'échelle de la province) devraient être créées et exploitées par les cliniques, être réglementées par le gouvernement et tenues de lui rendre des comptes.
- 4.10 L'Ontario devrait s'assurer que les **directives sur l'insémination sans danger des femmes** qui utilisent le sperme de donneurs connus et inconnus protègent effectivement la sécurité des femmes et des enfants.
- 4.11 Le gouvernement devrait passer en revue le processus **d'établissement de la filiation** afin de tenir compte des services de procréation assistée quand cela est possible et de veiller à ce qu'aucun parent prévu ne fasse l'objet de discrimination en raison de son orientation sexuelle ou de ses besoins génésiques.
- 4.12 Une fois qu'elles seront terminées, le gouvernement devrait examiner et mettre en œuvre les **recommandations de la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada** sur la déclaration de filiation.

Si jamais la *Loi sur la procréation assistée* était invalidée, nous recommandons que l'Ontario établisse un cadre réglementaire provincial régissant les services de procréation assistée avec tiers donneur afin de faciliter l'accès aux services plutôt que de les interdire, tout en protégeant les Ontariens de toute exploitation.

4.4 Recourir simultanément à l'adoption et à la procréation assistée

Actuellement, on dit aux familles qu'elles doivent « terminer » leurs traitements d'infertilité avant d'entreprendre le processus d'adoption, vivre leur deuil, et se préparer à leur éventuelle vie de parents adoptifs. Nous comprenons à quel point il est important que les familles soient physiquement et émotionnellement prêtes à l'adoption – particulièrement après des tentatives infructueuses de procréation assistée. Toutefois, cette politique implicite n'est pas fondée sur des preuves solides ni sur les réalités sociales actuelles.

Les processus de formation parentale et d'évaluation du milieu familial en vigueur peuvent aider les Ontariens à déterminer ce qui convient à leur famille et ce qui peut les amener à devenir de meilleurs parents. Nous croyons qu'en étant adéquatement soutenues, les familles sauront prendre une décision judicieuse quant à leur capacité à explorer simultanément la piste de l'adoption et celle de la procréation assistée, et que les gens ne devraient pas être forcés de se limiter à une seule solution à la fois. Consulter la page 116 pour connaître nos recommandations à ce sujet.

4.5 De quelle manière les préjugés et la discrimination compromettent-ils l'accès aux services?

Les personnes engagées dans des unions homosexuelles font face à des préjugés et à des barrières sociales

Lorsque Ruth et Emily ont voulu fonder une famille, elles se sont adressées à une clinique de fertilité, où elles n'ont pas été très bien accueillies. Tous les formulaires et questionnaires étaient conçus pour des couples hétérosexuels. La clinique a insisté pour qu'Emily se soumette à un bilan de fertilité complet, même si rien n'indiquait qu'elle aurait du mal à tomber enceinte.

Pour le couple, les principales dépenses concernaient l'achat de sperme en provenance des États-Unis et le lavage du sperme. La procédure d'insémination intra-utérine était couverte par l'Assurance-santé de l'Ontario. Afin de réduire les coûts, les deux femmes ont envisagé de demander à un ami de fournir son propre sperme. Leur premier enfant, Eliza, a aujourd'hui trois ans, et Emily en est à sa deuxième grossesse.

En 2006, près d'un quart des personnes engagées dans des unions homosexuelles avaient 34 ans ou moins¹³². Parmi ces personnes, celles qui souhaiteraient avoir des enfants par l'entremise des services de procréation assistée ne souffrent pas nécessairement d'infertilité. Elles ont besoin d'avoir accès à des dons de sperme et d'ovules, mais leur cas ne nécessite pas obligatoirement de procédure effractive.

Les membres des communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et allosexuelles (LGBTQA) affirment que leurs besoins ne sont souvent pas reconnus ni satisfaits. Selon les commentaires que nous avons reçus, certains fournisseurs n'emploient pas des formulations dénuées de discrimination de genre lors des évaluations, les formulaires cliniques supposent des unions hétérosexuelles, et les familles non traditionnelles ne sont pas représentées dans les dépliants ou les affiches des cliniques¹³³. Il est encore plus difficile pour les clients des communautés LGBTQA de trouver des fournisseurs sensibles à leurs besoins en dehors de Toronto¹³⁴.

Les cliniques et fournisseurs devraient s'efforcer d'être attentifs et sensibles aux besoins de tous les Ontariens en matière de reproduction, notamment en employant des formulations dénuées de discrimination de genre, en faisant savoir que leur établissement est ouvert à toutes les clientèles et en permettant aux femmes de faire un choix de procédures qui tiennent compte du fait qu'elles ne sont pas stériles¹³⁵.

Nous savons qu'il existe des obstacles précis pour les communautés LGBTQA dans l'accès aux services de procréation assistée, et nous incitons le gouvernement à poursuivre sa collaboration avec ces communautés et leurs groupes de revendication afin d'élaborer des politiques visant à réduire les pratiques discriminatoires et les barrières sociales dans l'accès aux services de procréation assistée.

Les personnes célibataires font face à des obstacles dans l'accès aux services

À l'instar des couples homosexuels, les femmes et hommes célibataires désireux de fonder une famille en ayant recours aux services de procréation assistée sont confrontés à des obstacles. Les femmes célibataires doivent avoir accès à des dons de sperme; les hommes célibataires doivent avoir accès à des dons d'ovules et à une mère porteuse. En plus de ces obstacles, les personnes célibataires sont parfois victimes de préjugés parce qu'elles ne sont pas en couple. Certains de ces célibataires nous ont confié qu'en raison de leur situation de famille, ils se heurtaient à un refus des fournisseurs de soins primaires de discuter des solutions possibles en matière de fertilité ou de fondation d'une famille.

Nous pensons que tous les Ontariens qui pourraient bénéficier des services de procréation assistée devraient y avoir accès, quelle que soit leur situation de famille. L'Ontario devrait élaborer des politiques visant à réduire les barrières sociales dans l'accès aux services de procréation assistée.

La honte et les préjugés liés à l'infertilité retiennent certaines personnes de recourir aux services

« On n'en parle jamais. Mais dès qu'on se met à en parler, les autres le font aussi. C'est un sujet tabou. »

– Personne interrogée

Il existe une honte et des préjugés liés à l'infertilité qui retiennent certaines personnes de recourir aux services de procréation assistée. Plusieurs personnes sont gênées ou honteuses d'admettre qu'elles ont des problèmes de fertilité. Peut-être ignorent-elles combien d'autres personnes sont actuellement aux prises avec ce problème : un couple sur six fait face à l'infertilité à un moment ou à un autre.

Les préjugés liés à l'infertilité rebutent également certaines personnes, qui n'osent pas chercher un traitement ou un soutien. Nous pensons que la première étape pour en finir avec ces préjugés est de considérer l'infertilité comme un trouble médical et de voir la procréation assistée employée dans les cas d'infertilité comme n'importe quel autre traitement médical. Les Ontariens devraient être informés des statistiques d'infertilité et sensibilisés au fait que l'infertilité n'est pas un choix.

« C'est comme si on avait quelque chose qui ne tournait pas rond, comme si c'était écrit sur notre front qu'on est stérile. On évite le contact des autres parce qu'on est déprimé. »

– Personne interrogée

4. Les Ontariens qui pourraient bénéficier des services de procréation assistée devraient y avoir accès

- 4.13 En ce qui concerne les services aux membres des **communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et allosexuelles**, le gouvernement devrait faire en sorte que les barrières sociales à la procréation assistée soient supprimées et que les obstacles juridiques soient réduits.
- 4.14 Le gouvernement devrait faire en sorte que les barrières sociales aux services de procréation assistée soient supprimées pour les **Ontariens célibataires**.
- 4.15 Une campagne de sensibilisation du public portant sur l'infertilité et la procréation assistée devrait viser à **minimiser la honte et les préjugés** associés à l'infertilité.

4.6 À quels obstacles se heurtent les personnes qui ont besoin de services de préservation de la fertilité?

Les Ontariens qui doivent être traités pour un trouble médical susceptible de les rendre stériles – par exemple, un cancer ou une maladie auto-immune – ont besoin d'avoir rapidement accès à un spécialiste de la fertilité qui pourra faire en sorte que leurs ovules, leur sperme ou leurs embryons soient congelés et conservés¹³⁶. Toutefois, de nombreux Ontariens ne reçoivent pas ces services.

Maria a reçu un diagnostic de cancer à 26 ans. Puisque ses traitements étaient susceptibles de la rendre stérile, son oncologue l'a immédiatement dirigée vers une clinique de fertilité. Avant le début de ses traitements, elle bénéficiait d'un court laps de temps pour faire prélever et congeler des ovules dont elle pourrait se servir une fois remise de son cancer. Même si chacun a fait ce qu'il devait faire, les choix n'étaient pas faciles pour Maria. L'Assurance-santé de l'Ontario ne couvre pas les frais de prélèvement, de congélation et de conservation des ovules – pas plus que les éventuels frais de FIV après la fin des traitements contre le cancer. Confrontée à la perspective d'une longue maladie, Maria n'était pas certaine d'avoir les moyens de s'offrir ces services. Heureusement, ses parents lui ont offert de prendre en charge ces frais.

Maria était également aux prises avec de sérieuses questions d'éthique. Les embryons congelés se conservent mieux que les ovules, mais Maria n'était pas engagée dans une relation stable. Devait-elle demander à son partenaire actuel de donner son sperme, ou devait-elle prendre le risque de faire congeler des ovules non fécondés? Que ferait-elle de ses ovules congelés si son traitement contre le cancer échouait? La situation était très stressante pour elle sur le plan émotif, et ce, à un moment où elle était déjà confrontée à une maladie grave. Elle était reconnaissante qu'il existe en Ontario des services lui permettant de préserver sa fertilité, mais elle aurait souhaité qu'il n'y ait pas tant d'obstacles.

De nombreux Ontariens ont besoin de services de préservation de la fertilité

La demande pour de tels services va croissant. Selon Avenir Fertile, un groupe qui défend les besoins des survivants du cancer en matière de préservation de la fertilité, en 2005, environ 10 000 Canadiens de 20 à 44 ans ont reçu un diagnostic de cancer, auquel environ 80 % ont survécu. Des milliers de personnes

qui ont remporté leur lutte contre le cancer retrouveront la santé et mèneront une vie active. Ces gens bénéficieraient grandement de services de préservation de la fertilité.

Pour certains, le choix du moment est crucial

La congélation d'ovules, de sperme ou d'embryons doit se faire avant le début des traitements contre le cancer. Pour la plupart des gens, le temps est compté. Certains patients entreprennent immédiatement les traitements, mais d'autres bénéficient d'un délai de quelques semaines avant de subir leur chirurgie ou leurs traitements, ou encore entre leur première chirurgie et leurs traitements. Si ces personnes sont dirigées vers un spécialiste de la fertilité, elles pourront profiter de cette période pour discuter des possibilités en matière de préservation de la fertilité et – si elles le désirent – faire prélever leur sperme ou leurs ovules avant le début des traitements. Bien que la congélation des ovules en soit encore à l'étape expérimentale, il a été prouvé que celle du sperme et des embryons était à la fois efficace et sûre.

Savoir, c'est pouvoir

Selon l'American Society of Clinical Oncologists, de nombreux oncologues n'abordent pas le risque d'infertilité consécutive aux traitements avec leurs patients ou le font mal¹³⁷. Bon nombre d'entre eux ne possèdent qu'une formation restreinte relativement aux méthodes de préservation de la fertilité et à leurs effets physiques et psychologiques¹³⁸. D'autres fournisseurs de soins ignorent les répercussions d'un trouble médical sur la fertilité ou l'existence des solutions accessibles à leurs patients en ce qui a trait à la préservation de leur fertilité¹³⁹. Il est important que les fournisseurs de soins de santé connaissent ces services, puisque la probabilité d'utilisation des services de préservation de la fertilité est largement tributaire de la recommandation d'un spécialiste.

4. Les Ontariens qui pourraient en bénéficier devraient avoir accès à des services de procréation assistée

- 4.16 Tous les spécialistes qui soignent des patients atteints d'un trouble médical ou qui leur dispensent un traitement pour un trouble médical susceptible de les rendre stériles devraient connaître l'existence de services destinés à **préserver la fertilité** et les recommander à temps à leurs patients.
- 4.17 Le gouvernement de l'Ontario devrait **financer la congélation et la conservation des ovules, du sperme et des embryons** à des fins de préservation de la fertilité.
- 4.18 Des **lignes directrices** en matière de pratique clinique devraient être élaborées pour déterminer la période pendant laquelle les fonds publics pourraient financer les coûts de conservation du sperme, des ovules et des embryons.

4.7 Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins différents en matière de procréation assistée

Au cours de la dernière décennie, la thérapie antivirale a radicalement modifié l'évolution naturelle de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les personnes atteintes par le VIH vivent désormais plus longtemps et connaissent une meilleure qualité de vie. Des estimations indiquent que 25 % des Canadiens vivant avec le VIH sont des femmes, dont bon nombre sont dans leurs années fécondes.

Des études menées auprès de femmes séropositives suggèrent que le désir et l'intention d'avoir des enfants sont forts.

En ce qui concerne la planification et le counseling de grossesse chez les personnes atteintes du VIH et leur partenaire, trois questions doivent être prises en compte :

1. La diminution de la transmission verticale entre la mère et l'enfant, qui a été sensiblement réduite grâce à la polythérapie antirétrovirale.
2. La diminution de la transmission horizontale entre les partenaires lors des relations sexuelles, qui requiert diverses stratégies de prévention et de traitement selon le statut et les besoins du couple ou des personnes en cause.
3. La gestion des problèmes liés à la fertilité et au VIH.

Les avancées dans la thérapie antivirale ont permis à ces femmes de concevoir de manière plus sécuritaire – avec de l'aide – et d'avoir un bébé en santé. Grâce à ces thérapies, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est presque éliminé. Il existe en outre des procédures qui réduisent le risque de transmission du VIH entre les partenaires au moment de la conception.

Malgré le fait que de nombreux individus et couples séropositifs souhaitent avoir des enfants, peu de cliniques de fertilité accueillent cette clientèle en dehors du sud de l'Ontario. Les gens aux prises avec le VIH ont besoin de conseils pour gérer le virus pendant la planification de grossesse, ainsi que de services tels que le lavage du sperme (où les particules contaminées par le virus du VIH sont retirées du sperme), l'insémination intra-utérine et la fécondation in vitro.

Nous croyons que l'Ontario a besoin d'une approche globale visant à répondre aux besoins des personnes atteintes du VIH en matière de procréation.

Les Européens aident les couples séropositifs à procréer depuis les années 1980, et au moins cinq pays d'Europe ont un programme national de planification de grossesse destiné aux personnes vivant avec le VIH. Au Canada, la clinique Southern Ontario Fertility Technologies (SOFT) de London a été la première clinique de fertilité à offrir aux personnes séropositives des services tels que le lavage du sperme, qui donne un produit pouvant être injecté à une femme tout en réduisant le risque de transmission horizontale. Quelques années après ce précédent créé par SOFT, l'ISIS Regional Fertility Centre de Mississauga et le Mount Sinai Reproductive Biology Unit de Toronto ont commencé à offrir des techniques de reproduction assistée aux personnes et aux couples séropositifs.

4. Les Ontariens qui pourraient en bénéficier devraient avoir accès à des services de procréation assistée

- 4.19 Le gouvernement de l'Ontario devrait définir une approche globale en vue de **supprimer les obstacles aux services de procréation assistée pour les personnes atteintes du VIH.**
- 4.20 La mise sur pied de ressources (notamment de programmes de formation) devrait être soutenue pour permettre un **accès sûr** à ces services en Ontario.

CONCLUSION

Les Ontariens qui fondent une famille procèdent de diverses manières, et bon nombre d'entre eux sont forcés de recourir à la procréation assistée. L'infertilité est un trouble médical. Le traitement médical de l'infertilité devrait être financé par les fonds publics. Les Ontariens qui ont besoin de services de procréation assistée, que ce soit parce qu'ils sont stériles, célibataires, en union homosexuelle ou atteints d'un trouble médical, devraient avoir accès à des traitements médicaux sûrs et efficaces, et ce, quels que soient leur revenu, leur lieu de résidence, leur situation familiale ou leur orientation sexuelle.

Nous savons que l'Ontario d'aujourd'hui est très différent de ce qu'il était il y a 50 ans. Nous avons grandement progressé, mais certains de ces progrès ont un prix. Les Ontariens retardent la procréation pour poursuivre des études, une carrière ou d'autres objectifs personnels. Vu le peu de renseignements dont ils disposent sur la fertilité, il leur est difficile de faire des choix éclairés au moment de fonder une famille.

En fait, si l'Ontario a évolué au cours des cinquante dernières années, il en va de même des technologies qui y sont offertes. Les services de procréation assistée se sont considérablement améliorés – y compris au cours de la dernière décennie. Plusieurs solutions s'offrent maintenant aux Ontariens qui éprouvent des difficultés à fonder une famille.

Le mode de fonctionnement actuel du système de procréation assistée en Ontario n'est pas acceptable. Le coût des services rend les traitements inaccessibles à bien des gens. Des barrières sociales et juridiques en limitent l'accès, forçant parfois les personnes à se rabattre sur des solutions moins souhaitables. Les taux de naissances multiples résultant de techniques de procréation assistée en Ontario sont trop élevés. Nous savons que, pour offrir la possibilité aux enfants ontariens d'atteindre leur plein potentiel, nous devons réduire ces taux et nous assurer de protéger la santé de chaque enfant né par l'entremise de la procréation assistée.

L'Ontario a l'occasion de devenir un chef de file de la procréation assistée au Canada et de se joindre à un groupe de pays « favorables à la famille » qui définissent les normes pour le monde entier.

Afin de devenir le meilleur endroit où fonder une famille, l'Ontario devrait, à notre avis :

- **Fournir de l'information sur la fertilité, l'infertilité et la procréation assistée** aux Ontariens afin qu'ils puissent prendre les meilleures décisions pour eux au moment de fonder une famille.
- **Respecter les choix** que font les parents, quelle que soit la solution pour laquelle ils optent au moment de fonder une famille.
- **Investir dans des services de procréation assistée de haute qualité**, qui protègent la santé et le mieux-être des enfants, des femmes et des hommes.
- **Éliminer les obstacles actuels** – juridiques et sociaux – à la procréation assistée.
- Fournir des services de procréation assistée qui **évoluent constamment**.

Nous rêvons que l'Ontario soit un lieu où les gens reçoivent de l'information sur la fertilité et la procréation assistée, où ceux qui ont besoin de recourir à la procréation assistée ne soient pas restreints par leurs moyens, et où les services prodigués soient sûrs et efficaces. Nous sommes reconnaissants au gouvernement de nous donner l'occasion et les ressources nécessaires pour mener une réflexion approfondie sur les moyens d'améliorer les services de procréation assistée dans la province. Nous attendons impatiemment les prochaines mesures que prendra le gouvernement pour faire de notre vision une réalité.

SENSIBILISER LE PUBLIC : LA FONDATION DE FAMILLES EN ONTARIO

OBJECTIF : FOURNIR DE L'INFORMATION ET SENSIBILISER LE PUBLIC AU SUJET DE L'ADOPTION, DE LA FERTILITÉ ET DES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE, ET FACILITER L'ACCÈS À CES SERVICES POUR LES ONTARIENS

Les Ontariens ont besoin de renseignements sur l'adoption, la fertilité et les services de procréation assistée pour pouvoir faire des choix éclairés au moment de fonder une famille. Le besoin d'information est ressorti de notre sondage en ligne et de nos entrevues.

Les Ontariens nous ont dit :

- qu'il est difficile d'obtenir des renseignements à propos des divers types d'adoption – publique, privée au pays et internationale;
- que le processus d'adoption – le délai, la nécessité de se soumettre à une formation parentale et à une évaluation du milieu familial, les coûts et les critères de décision ne sont pas clairement expliqués ou bien compris;
- que nombreuses personnes ne connaissent pas les facteurs ayant une incidence sur leur fertilité;
- que l'infertilité est encore source de honte et de préjugés, ce qui pousse bon nombre de personnes à souffrir en silence;
- qu'il y a un besoin d'ouverture aux besoins des familles non traditionnelles en ce qui concerne la fondation d'une famille;
- que les gens ne savent pas où s'adresser pour obtenir des soins en toute sécurité.

Une campagne de sensibilisation du public réussie :

- Informer les Ontariens des solutions offertes pour fonder une famille.
- Donner aux Ontariens la possibilité de faire les choix qui leur conviennent pour fonder leur famille.

Les Ontariens ont besoin de renseignements pour pouvoir faire les choix éclairés qui leur conviennent en ce qui concerne leur fertilité et les choix qui s'offrent à eux pour fonder une famille.

Une campagne de sensibilisation du public peut élargir les connaissances et faire évoluer les mentalités

L'Ontario a l'occasion d'exercer un rôle de chef de file en mettant au point une campagne de sensibilisation du public qui fournisse des renseignements exacts, pertinents et à jour sur la fertilité et les services d'aide à la fondation d'une famille.

Actuellement, il n'existe aucune campagne de sensibilisation du public visant à mieux informer les hommes et les femmes des facteurs affectant leur fertilité, et l'information disponible sur l'adoption, l'infertilité et la procréation assistée est incomplète et incohérente. Certains renseignements sont périmés ou déficients, ou encore ne sont pas propres à l'Ontario. Menée efficacement, une telle campagne pourrait faire en sorte que les Ontariens de toute la province – qu'ils soient en couple hétérosexuel ou homosexuel ou encore célibataires et qu'ils aient ou non accès à un praticien en soins primaires – bénéficient, partout dans la province, de renseignements exacts et propres à l'Ontario.

Une campagne efficace de sensibilisation du public permettra d'atteindre les objectifs suivants :

1. **Créer un environnement solidaire** au sein de la population générale qui permette d'aborder les questions relatives à l'adoption, à la fertilité, à l'infertilité et aux services de procréation assistée.
2. **Sensibiliser les gens** aux possibilités offertes par l'adoption et la procréation assistée.
3. **Aider les gens à accéder aux services offerts** en ce qui concerne l'adoption, l'infertilité et les services de procréation assistée.
4. **Contre les préjugés/normaliser le recours** à des solutions différentes visant la fondation d'une famille, y compris l'adoption et les services de procréation assistée.

Une approche sur plusieurs plans est plus efficace

Une approche sur plusieurs plans – des messages ciblant plusieurs publics par l'entremise de plusieurs canaux – toucherait plus efficacement les Ontariens. Il faudrait que ces messages soient coordonnés et que les Ontariens aient facilement accès à des endroits où ils pourront obtenir des renseignements sur l'adoption, la fertilité et la procréation assistée.

Des messages ciblant plusieurs publics

Bien que certains objectifs de la campagne de sensibilisation du public puissent se recouper, chacun de ces objectifs peut comporter ses propres messages, publics et canaux de livraison optimaux.

1. *Créer un climat de soutien – les messages clés pour le grand public :*

- Tous les enfants ont besoin d'un foyer permanent.
- Tous les choix pour fonder une famille sont valorisés et respectés.
- Le soutien à la fondation d'une famille dans les milieux de travail favorise la fidélisation des employés.
- L'infertilité constitue un trouble médical qui touche un couple ontarien sur six à un moment ou à un autre.
- Les célibataires et les couples de même sexe ont besoin d'aide pour fonder une famille.

Nous recommandons des messages ciblés qui :

- renseignent le public sur les ressources et les solutions mises à leur disposition pour créer ou agrandir leur famille;
- soulignent les meilleures pratiques des milieux de travail qui soutiennent les familles qui ont recours à l'adoption ou à la procréation assistée.

2. *Sensibiliser le public – les messages clés pour les publics cibles :*

- En Ontario, de nombreux enfants attendent un foyer permanent.
- Les familles adoptives potentielles représentent une ressource importante, quels que soient leur milieu et leur structure.
- L'adoption donne l'occasion à de nombreux Ontariens de devenir parents.
- En ce qui concerne la fertilité, l'âge est un facteur clé; et l'obésité, le tabagisme et les infections transmissibles sexuellement constituent d'autres facteurs de risque.

3. *Aider les gens à accéder aux services – les messages clés pour les personnes à la recherche de services :*

- Les personnes qui cherchent à fonder ou à agrandir leur famille par l'adoption ont trois possibilités : l'adoption publique, l'adoption privée au pays et l'adoption internationale.

- Les Ontariens désireux d'adopter doivent se soumettre à une formation parentale et à une évaluation du milieu familial.
- Il existe un crédit d'impôt aux paliers fédéral et provincial.
- Il y a en Ontario 14 cliniques de FIV et plusieurs centres de fertilité qui offrent une gamme de services de procréation assistée.

4. *Contre les préjugés – messages clés généraux :*

- Il n'y a aucune honte à avoir de la difficulté à fonder une famille.
- L'adoption n'est pas un second choix.
- Un couple sur huit a actuellement de la difficulté à fonder une famille.
- Les célibataires et les couples de même sexe devraient avoir l'occasion de devenir parents.
- Il y a toutes sortes de familles.

Plusieurs publics

La campagne de sensibilisation du public devrait viser plusieurs catégories de gens avec des messages qui leur sont particulièrement destinés.

Le fait de cibler les messages contribuera non seulement à conscientiser les gens, mais à renseigner judicieusement des groupes précis sur les services et solutions qui répondent précisément à leurs besoins. Il existe de nombreux publics qui peuvent être segmentés en diverses catégories : genre, âge, fertilité, infertilité, adoption, fournisseur et industrie/employeur.

D'autres messages pourraient être destinés à la population générale. De tels messages pourraient tenter d'instaurer un meilleur climat de soutien pour les personnes qui se prévalent des services d'adoption ou de procréation assistée. Par exemple, ils peuvent viser à encourager les employeurs à offrir des conditions de travail souples et des avantages afin de soutenir les Ontariens qui font appel aux services d'adoption ou de procréation assistée.

Bien que la campagne de sensibilisation du public doive s'inscrire dans un cadre provincial, elle devrait également être menée à l'échelle locale. Pareille approche permet la mobilisation de chacune des collectivités et la transmission de renseignements exacts et pertinents pour les citoyens qui en font partie, et qui répondent à leurs besoins.

Les intervenants locaux – y compris les organismes, agences, cliniques, éducateurs et fournisseurs – de toute la province sont d'importants partenaires et des voies de transmission efficaces des renseignements relatifs à chacune des collectivités.

Plusieurs canaux

À notre avis, la publication de ce rapport et des recommandations au gouvernement qui l'accompagnent est une première étape essentielle d'une campagne de sensibilisation du public. Bon nombre d'intervenants de tous ordres ne demandent pas mieux que d'apporter leur aide et de faire valoir la nécessité d'un soutien.

Il est possible de mobiliser ce groupe de gens captivés et engagés pour mieux atteindre les premiers objectifs de communication. La prise de contact avec ce public peut se faire par l'entremise d'une variété de moyens de communication, stratégie qui pourra s'étendre à l'ensemble de la campagne de sensibilisation du public.

Nous croyons que les campagnes de communication sont plus convaincantes lorsque les gens voient et entendent les messages dans plusieurs contextes et médias. Particulièrement lorsqu'il est question de problèmes complexes, les messages doivent émaner de plusieurs sources différentes pour toucher le public.

L'Ontario devrait envisager la mise au point d'une stratégie de communication multidimensionnelle et soutenue étalée sur cinq ans, laquelle pourrait comprendre des tactiques de relations publiques telles qu'une exploitation des médias sociaux, des initiatives de marketing direct et de marketing de masse, des commandites, des témoignages et l'appui de personnalités connues.

Ces initiatives devraient comprendre :

- La promotion de la campagne de sensibilisation du public par des lancements officiels et des événements promotionnels auxquels prendront part des dirigeants ou des personnalités médiatiques en vue.
- La création d'un site Web fiable exploitant les ressources des médias sociaux (comme Facebook et Twitter) qui fournirait des renseignements essentiels sur l'adoption, les questions de fertilité et les services de procréation assistée.
- L'utilisation des imprimés, de la radio, de la télévision et d'Internet pour le grand public.
- Recourir aux médias locaux ou spécialisés pour faire passer des messages destinés à des publics particuliers plus restreints.
- Produire une série de messages d'intérêt public pour la radio et la télévision.
- Préparer un programme d'études (ou du matériel de classe) sur la fondation d'une famille à l'intention des élèves ontariens de niveau secondaire.

Pour faire la promotion de l'adoption, la Dave Thomas Foundation combine dépliants, publicités sociales, affiches, vidéos et trousse d'information. Leurs messages – Children are Our Future (Les enfants sont notre avenir), A Child is Waiting (Un enfant attend) et Every Child is Adoptable (Tous les enfants méritent d'être adoptés) – font appel à des valeurs profondément ancrées dans notre société. La Fondation recourt aussi à des leaders d'opinion au sein des collectivités pour faire valoir l'importance de l'adoption.

Des partenariats peuvent augmenter la portée de la campagne

Nous croyons que, vu le nombre d'Ontariens en démarche d'adoption ou de procréation assistée ou encore atteints d'infertilité, et vu les données démographiques de ces personnes, les secteurs privés et les organismes non gouvernementaux devraient être incités à participer à la campagne de sensibilisation du public. Leur partenariat et leur soutien à un programme public de communication apporterait une expertise et des ressources supplémentaires tout en améliorant l'efficacité de la campagne.

Il existe des programmes de sensibilisation pilotés par le secteur privé dans les domaines de l'adoption et de l'infertilité.

Par exemple, le programme Wonderful Kids de Wendy's, financé par la Dave Thomas Foundation for Adoption, illustre les avantages d'une participation du secteur privé. Les restaurants Wendy's, leurs clients et d'autres partenaires amassent des fonds pour la Fondation. La Fondation remet des subventions à des organismes d'adoption locaux afin qu'ils puissent embaucher des professionnels qui recruteront des familles adoptives pour les pupilles de la Couronne ayant des besoins spéciaux. Le programme sensibilise les clients des restaurants à l'importance de l'adoption, en plus de permettre la collecte de fonds.

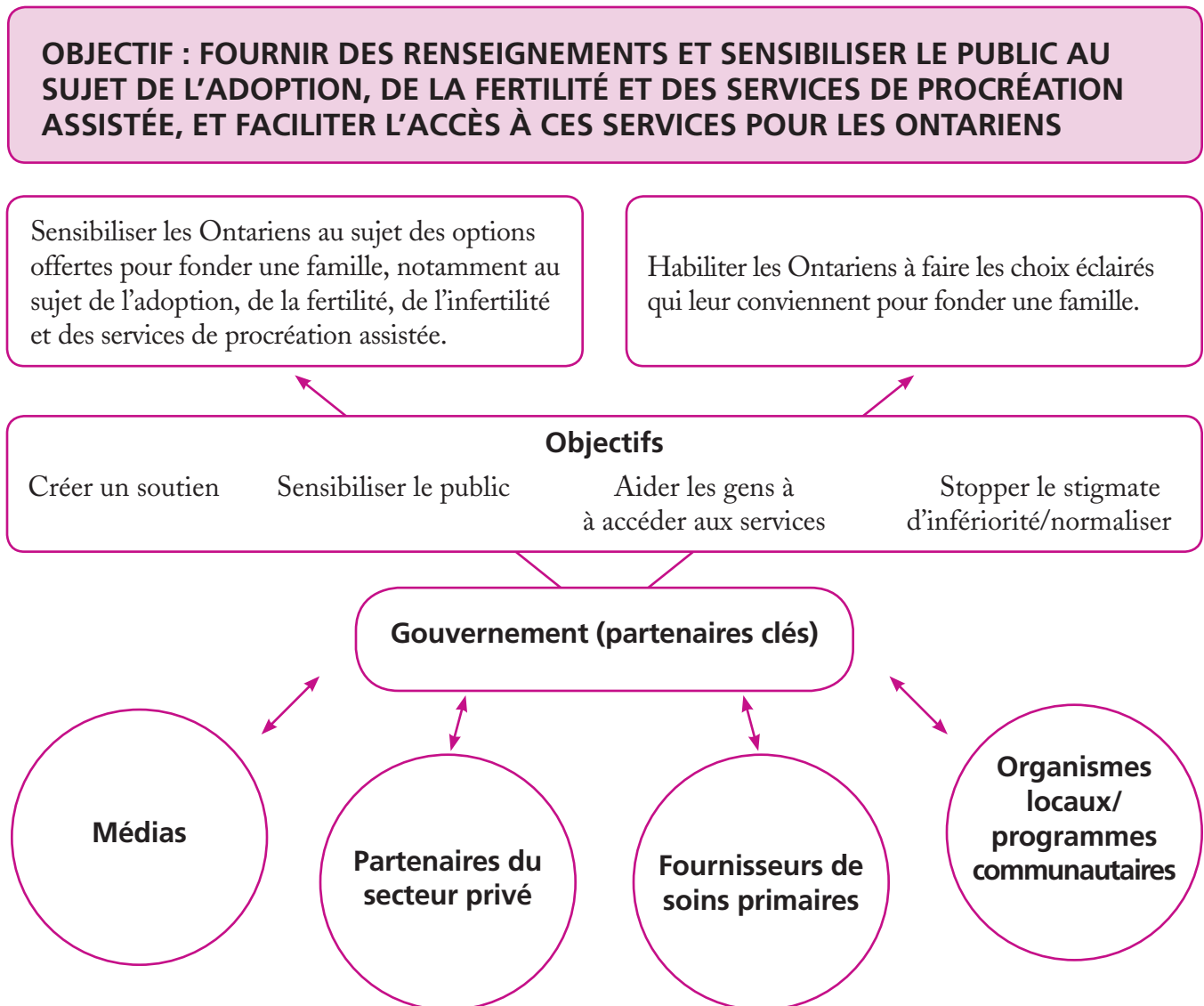
De nombreuses campagnes de sensibilisation à la fertilité bénéficient d'une participation du secteur privé. Parmi elles : la campagne sur la fertilité de l'American Society of Reproductive Medicine et une campagne similaire à laquelle a participé le secteur privé. Ces initiatives visent à informer le public sur la question de la fertilité et à leur faire connaître les causes et la prévalence de l'infertilité.

Des discussions non officielles que nous avons eues nous permettent de croire que des organismes de l'extérieur du gouvernement seraient intéressés à s'associer à la province dans ce type d'initiative. Nous encourageons le gouvernement de l'Ontario à poursuivre la discussion avec ces partenaires potentiels.

Une campagne efficace exige des ressources adéquates

Une campagne de sensibilisation du public doit reposer sur des ressources adéquates pour que les messages clés puissent être transmis efficacement au grand public et à divers publics cibles. Nous pensons que le gouvernement devrait investir annuellement dans la campagne un total de 5 M\$ pendant la période initiale de cinq ans. Nous estimons également que des partenaires non gouvernementaux devraient doubler les fonds par un investissement équivalent dans ce domaine.

Aperçu de la campagne de sensibilisation du public



Une évaluation et des mesures continues renforceront la campagne

La campagne de sensibilisation du public est indispensable pour que l'Ontario atteigne ses objectifs en matière de fondation de familles, et son efficacité doit être mesurée. En tirant les leçons des résultats obtenus, il sera possible de parfaire la campagne pour s'assurer qu'elle ait la portée voulue. L'évaluation permet de repérer les lacunes dans l'information transmise, de vérifier si le public cible est le bon et d'établir quel média est le plus efficace. Un modèle de mesure de la réussite du programme doit être établi au début du processus et une évaluation en bonne et due forme des cinq années de la campagne doit être menée.

En fonction des objectifs fixés, l'évaluation devra répondre aux questions suivantes :

1. La campagne a-t-elle réussi à créer un climat de soutien au sein du grand public relativement aux enjeux de l'adoption, de la fertilité, de l'infertilité et de la procréation assistée?
 - L'environnement est-il plus solidaire à l'égard des personnes se prévalant des services d'adoption et de procréation assistée?
 - Quels services et outils de soutien ont été implantés pour faire de l'Ontario le meilleur endroit où fonder une famille?
 - Les Ontariens sont-ils conscients des avantages sociaux et économiques qu'il y a à faire financer par les fonds publics les services d'adoption et de procréation assistée?
 - Est-il clair que l'infertilité est un trouble médical?
2. La campagne a-t-elle conscientisé les gens susceptibles d'ignorer qu'ils pourraient se qualifier pour adopter ou qu'ils pourraient éprouver de la difficulté à concevoir un enfant? A-t-elle efficacement sensibilisé les gens au fait que les employeurs peuvent jouer un rôle de soutien important à la fondation des familles?
 - Les parents adoptifs potentiels se sentent-ils valorisés?
 - Les Ontariens savent-ils que de nombreux enfants sont en attente d'adoption?
 - Les fournisseurs de soins primaires abordent-ils la question de la fertilité avec leurs clients/patients?
 - Le public connaît-il les facteurs ayant une incidence sur la fertilité?
3. La campagne a-t-elle aidé efficacement les gens à trouver des services?
 - Les Ontariens ont-ils tous les renseignements nécessaires pour prendre des décisions éclairées en ce qui concerne la fondation d'une famille, qu'il s'agisse de services d'adoption ou de procréation assistée?
 - L'accès à ces renseignements a-t-il permis aux Ontariens de trouver plus facilement les services dont ils avaient besoin?
4. La campagne est-elle globalement parvenue à contrer les préjugés associés aux solutions différentes en ce qui concerne la fondation d'une famille?
 - L'adoption est-elle perçue comme un choix positif pour les personnes désireuses de fonder une famille?
 - Les personnes en démarche d'adoption ou de procréation assistée se sentent-elles soutenues?
5. Les renseignements sur la fondation d'une famille sont-ils bien coordonnés et facilement accessibles?
 - Les gens ont-ils facilement accès à des renseignements sur l'adoption, la fertilité, l'infertilité et les services de procréation assistée?
 - Des hyperliens vers des sites d'information pertinents sont-ils présents?

QUELLES MESURES L'ONTARIO DEVRAIT-IL PRENDRE POUR IMPLANTER UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION DU PUBLIC?

Les Ontariens ont besoin de recevoir des renseignements précis et crédibles sur la fondation d'une famille par l'entremise d'une campagne de sensibilisation du public. Nous recommandons donc ce qui suit :

1. Sensibiliser le public aux options offertes aux Ontariens pour fonder une famille.

- 1.1 Le gouvernement de l'Ontario devrait mettre sur pied une **campagne de sensibilisation du public aux questions sociales** pour informer les Ontariens des enjeux liés à la fondation d'une famille, dont la fertilité, l'infertilité, la procréation assistée et l'adoption, ainsi que des ressources et des solutions offertes pour fonder et agrandir une famille.
- 1.2 La campagne devrait tabler sur une **approche sur plusieurs plans** inscrite dans un cadre provincial mais mise en œuvre localement.
- 1.3 La campagne multimédia devrait bénéficier de **partenariats avec des organismes non gouvernementaux**.
- 1.4 Le gouvernement devrait mettre au point des **outils d'évaluation** permettant de mesurer le succès de la campagne et d'élaborer les phases subséquentes.

EN CONCLUSION

La famille est le cœur de notre société. Source de joie, elle fournit un soutien social et donne du sens à nos vies. Elle contribue à former des enfants épanouis, des collectivités fortes et une économie prospère.

Toutefois, pour aider les enfants à s'accomplir pleinement, la famille a besoin de soutien. Notre province dispose de nombreux programmes et services dont nous pouvons être fiers – qu'il s'agisse des services éducatifs et de garde à l'enfance ou de la nouvelle Prestation ontarienne pour enfants. Ensemble, ces mesures permettent de soutenir familles et enfants.

Cela étant dit, pour des milliers d'Ontariens qui se trouvent dans l'incapacité de fonder une famille ou de l'élargir, la notion de soutien à la famille perd son sens. Ces personnes ont plutôt besoin de programmes et de services qui les aideront à fonder une famille.

Pour ces Ontariens, ainsi que pour ceux qui les ont précédés et ceux qui les suivront, nous avons pour objectif de faire de l'Ontario le meilleur endroit au monde pour fonder une famille. Cela dit, notre rapport souligne le fait que la fondation de familles par l'entremise de la procréation assistée et de l'adoption fait face à d'importants obstacles.

Nos recommandations sont ambitieuses

Nous avons pour tâche de formuler des recommandations quant aux moyens de s'attaquer à ces problèmes, ce qui nous a conduits à dresser un ordre du jour ambitieux axé sur le changement. Nous avons longuement mûri nos recommandations et avons envisagé plusieurs possibilités. Nous avons jugé qu'à moins de remettre en cause le statu quo, nous n'atteindrions pas notre grand objectif. Nous avons conclu qu'un changement radical était nécessaire.

Nous devons agir dès maintenant, tout en pensant à long terme

Nous devons résister à la tentation de nous contenter de solutions immédiates, pour plutôt commencer à penser à long terme.

Comme nous l'avons démontré tout au long de notre rapport, les politiques à courte vue en matière de fondation de famille nous coûtent cher au quotidien sur les plans financier, sanitaire et social.

Dans l'état actuel des choses, des enfants sont maintenus en établissement alors qu'ils pourraient avoir une « famille pour la vie ». Des naissances multiples surviennent, ce qui représente un risque accru pour les mères et les enfants. Les gens ne disposent pas des renseignements nécessaires pour pouvoir prendre les décisions éclairées qui leur conviennent en ce qui concerne la fondation d'une famille.

Nous sommes convaincus que l'Ontario **ne peut** se permettre de ne pas appliquer nos recommandations **dès maintenant**.

La campagne de sensibilisation du public

Nous croyons que la première étape de la démarche consiste à lancer la campagne de sensibilisation du public sur la fondation de famille dont il a été question dans la section précédente. Savoir, c'est pouvoir. Moyennant un coût relativement faible, nous pouvons responsabiliser les Ontariens en les sensibilisant aux questions de la fertilité, de l'infertilité, de la procréation assistée et de l'adoption. Forts de ce savoir, ils pourront faire des choix éclairés et se prévaloir des solutions qui s'offrent à eux pour fonder une famille en prenant les décisions qui leur conviennent le mieux.

Nous voyons la publication de notre rapport comme le lancement de la campagne de sensibilisation du public. Afin de poursuivre sur cette lancée, le gouvernement doit agir maintenant en mettant en place les autres éléments de la campagne pour les déployer à l'échelle de la province.

Surveillance de la fécondité

Vu le caractère relativement modeste des coûts initiaux processus de surveillance de la fécondité, nous estimons que le gouvernement devrait entreprendre immédiatement une collaboration avec des partenaires clés pour mettre en œuvre les recommandations en matière de surveillance de la fécondité que nous avons formulées dans la section traitant de la procréation assistée. Il sera impératif de faire d'entrée de jeu un suivi du recours aux tests de dépistage et des répercussions du programme de surveillance.

Financement de la fécondation in vitro

Nous sommes convaincus que le financement public de la fécondation in vitro (FIV) en Ontario, sous réserve de certaines conditions, comme nous l'avons décrit dans la section traitant de la procréation assistée, contribuera grandement à la santé et au bien-être des mères et des enfants. Il est temps que l'Ontario rattrape les autres pays qui ont récolté les avantages d'un financement public de la FIV. Nous pressons le gouvernement de mettre pleinement en œuvre cette recommandation dans les 18 mois qui viennent.

Nouvelle agence d'adoption provinciale

Nous savons qu'il faudra un certain temps pour créer la nouvelle agence d'adoption recommandée dans la section traitant de l'adoption et pour finaliser le transfert à la nouvelle agence des responsabilités qui incombent actuellement aux sociétés d'aide à l'enfance en matière d'adoption publique. À court terme, nous incitons le gouvernement à procéder à la création de l'agence, à la nomination d'un conseil d'administration et à l'embauche d'un président-directeur général. Comme nous l'avons mentionné, nous nous attendons à une période de transition au cours de laquelle fonctionneront simultanément le système d'adoption actuel et le nouveau système que nous recommandons, mais nous sommes convaincus que la nouvelle agence pourrait être pleinement fonctionnelle d'ici deux ou trois ans.

Subventions et soutien post-adoption

Comme nous l'avons expliqué dans la section traitant de l'adoption, nous croyons que la mise en place de subventions post-adoption équitables à l'échelle de la province devrait appuyer considérablement l'adoption. Et parce qu'il est coûteux de maintenir un enfant en établissement, nous considérons que le gouvernement devrait passer immédiatement à l'action pour corriger les iniquités de son système de subventions à l'adoption. Le rapport coûts-avantages est clairement avantageux.

Un réexamen dans cinq ans

Tout au long de notre rapport, nous avons établi des normes importantes qui, à notre avis, peuvent être raisonnablement atteintes d'ici cinq ans. Parmi celles-ci, notons :

- Une diminution du taux de naissances multiples qui est actuellement d'environ 28 % pour atteindre un niveau maximal de 15 %.
- L'accréditation de l'ensemble des cliniques et centres de fertilité.
- Le redoublement du nombre d'adoptions publiques en Ontario, qui passerait d'environ 800 actuellement à plus de 1 600 par année.
- Une sensibilisation accrue du public aux questions de l'adoption, de la fertilité et de la procréation assistée.

Nous considérons que le gouvernement devrait procéder dans cinq ans à un réexamen systématique des progrès accomplis relativement à toutes nos recommandations. Nous préconisons la mise sur pied ponctuelle d'un comité d'experts indépendant qui aura pour mission de mesurer les progrès enregistrés, d'en faire rapport et de formuler d'éventuelles recommandations visant à rectifier le tir au besoin.

En conclusion, nous souhaitons remercier le gouvernement

Nous aimerions louer le courage et la prévoyance dont le premier ministre et son gouvernement ont fait preuve en mandatant ce comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption. Ce faisant, ils ont fait entrer l'Ontario dans le cercle restreint des juridictions qui se préoccupent sérieusement de ces questions importantes et adoptent des mesures concrètes.

Nous sommes honorés d'avoir été sollicités pour contribuer à ce processus. Nous avons pleinement confiance que le gouvernement prendra les décisions judicieuses qui s'imposent pour faire de l'Ontario le meilleur endroit au monde où fonder une famille.

- ¹ Mary Eschelbach Hansen. « The Value of Adoption », *Adoption Quarterly*, vol. 10, n°2, 2008, p. 65-87.
- ² *Ibid.*
- ³ D'après les renseignements fournis par le Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (système d'information sur les adoptions et les pupilles de la Couronne).
- ⁴ D'après les renseignements tirés de la Révision du statut des pupilles de la Couronne en Ontario, octobre 2008.
- ⁵ D'après les renseignements fournis par le Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse pour l'exercice 2007-2008. Ce taux ne tient pas compte des dépenses en infrastructure des SAE, qui visent à appuyer les services d'adoption.
- ⁶ D'après les renseignements fournis par le Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse pour l'exercice 2007-2008.
- ⁷ *Ibid.*
- ⁸ Adoption Council of Ontario, 2009.
- ⁹ *Ibid.*
- ¹⁰ Lois Wright and Cynthia C. Flynn. « Adolescent Adoption: success despite challenges », *Children and Youth Services Review*, vol. 28, 2006, p. 487-510.
- ¹¹ Alyssa Burrell Cowan. « New Strategies to Promote the Adoption of Older Children Out of Foster Care », *Children and Youth Services Review*, vol. 26, 2004, p. 1007-1020.
- ¹² Adoption Register for England and Wales Annual Report. Rapport annuel de 2007.
- ¹³ D'après les renseignements tirés de la Révision du statut des pupilles de la Couronne en Ontario, octobre 2008.
- ¹⁴ *Ibid.*
- ¹⁵ D'après les renseignements fournis par le Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse pour l'exercice 2007-2008.
- ¹⁶ Rae R. Newton, Alan J. Litrownik et John A. Landsverk. « Children and Youth in Foster Care: disentangling the Relationship between Problem Behaviors and Number of Placements », *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, n 10, 2000, p.1363-1374.
- ¹⁷ Jeffrey J. Haugaard, Julie C. Wojslawowicz et Megan Palmer. « Outcomes in Adolescent and Older-Children Adoptions », *Adoption Quarterly*, vol.3, n°1, 1999, p. 61-69.
- ¹⁸ Kerry J. Daly et Michael P. Sobol. « Public and Private Adoption: A Comparison of Service and Accessibility », *Family Relations*, vol. 43, no 1, 1994, p. 86-93.
- ¹⁹ Michael P. Sobol et Kerry J. Daly. « The adoption alternative for pregnant adolescents: Decision making, consequences, and policy implications », *Journal of Social Issues*, vol. 48, 1992, p. 143-161.
- ²⁰ Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Transformation du bien-être de l'enfance de 2005 : Plan stratégique pour un modèle de prestation des services souple, viable et fondé sur les résultats.
- ²¹ D'après les renseignements fournis par le Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse pour l'exercice 2007-2008.
- ²² Mary Eschelbach Hansen et Bradley A. Hansen. « The Economics of Adoption of Children from Foster Care », *Child Welfare*, vol. 85, no 3, 2006, p. 559-583.
- ²³ Hansen, 2008.
- ²⁴ Jeff Katz, Julie Wilson et Rob Geen. *Listening to Parents: overcoming barriers to the adoption of children from foster care*, The Evan B. Donaldson Adoption Institute, 2005.
- ²⁵ Devon Brooks, Joan Allen et Richard P. Barth. « Adoption Services Use, Helpfulness, and Need: A Comparison of Public and Private Agency and Independent Adoptive Families », *Children and Youth Services Review*, vol. 24, n°4, 2002.
- ²⁶ *Ibid.*
- ²⁷ Haugaard et al. 1999.
- ²⁸ Pamela Gough et Nitzza Perlman. « Attachment disorder », Centre of Excellence for Child Welfare, 2006.
- ²⁹ John Triseliotis. « Long-term Foster Care or Adoption? The evidence examined », *Child and Family Social Work*, vol. 7, 2002, p. 23-33.
- ³⁰ Richard P. Barth, M. Berry, R. Yoshikami, R.K. Goodfield et M.L. Carson. « Predicting adoption disruption », *Social Work*, vol. 33, 1988, p. 227-233.
- ³¹ Lorrie L. Lutz. « Achieving Permanence for Children In the Child Welfare System: Pioneering Possibilities Amidst Daunting Challenges », 2003.
- ³² Amy D'Andrade, Laura Frame et Jill Duerr Berrick. « Concurrent planning in public child welfare agencies: Oxymoron or work in progress? », *Children and Youth Services Review*, vol. 28, 2006, p. 78-95.
- ³³ Triseliotis, 2002.
- ³⁴ Hansen, 2008.
- ³⁵ D'après les renseignements tirés de la Révision du statut des pupilles de la Couronne en Ontario. Octobre 2008.

- ³⁶ Linda Katz. « Concurrent planning: Benefits and pitfalls », *Child Welfare*, vol. 78, no 1, 1999, p. 71-87.
- ³⁷ D'Andrade et al., 2006.
- ³⁸ Child Welfare League of America Research to Practice Initiative. « Concurrent Planning Review of Recent Research Literature », 2003.
- ³⁹ Cowan, 2004.
- ⁴⁰ D'après les renseignements fournis par le Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (système d'information sur les adoptions et les pupilles de la Couronne).
- ⁴¹ Lutz, 2003.
- ⁴² Rosemany J. Avery, J.S. Butler, Ellie B. Gradsher Schmidt et Barbara A. Holtan. « AdoptUSKids national photolisting service: Characteristics of listed children and length of time to placement », *Children and Youth Services Review*, vol. 31, 2009, p. 140-154.
- ⁴³ Alberta Children's Services. « Adoption Web Site Initiative - 3 Month Review », 2003.
- ⁴⁴ Charlene E. Miall et Karen March. « Open Adoption as a Family Form: Community Assessments and Social Support », *Journal of Family Issues*, vol. 26, no 3, avril 2005.
- ⁴⁵ Jerica M. Berge, Tai J. Mendenhall, Gretchen M. Wrobel, Harold D. Grotevant et Ruth G. McRoy. « Adolescents' Feelings About Openness in Adoption: Implications for Adoption Agencies », *Child Welfare*, vol. 85, n°6, novembre-décembre 2006.
- ⁴⁶ *Ibid.*
- ⁴⁷ Miall et March, 2005.
- ⁴⁸ Berge et al, 2006.
- ⁴⁹ *Ibid.*
- ⁵⁰ Hansen, 2008.
- ⁵¹ Richard Barth, Chung Kwon Lee, Judith Wildfire et Shenyang Guo. « A Comparison of the Governmental Costs of Long-Term Foster Care and Adoption ». *Social Services Review*, mars 2006, p. 127-158.
- ⁵² Devon Brooks, Joan Allen et Richard P. Barth. « Adoption Services Use, Helpfulness, and Need: A Comparison of Public and Private Agency and Independent Adoptive Families », *Children and Youth Services Review*, vol. 24, n°4, 2002, p. 213-238.
- ⁵³ Barbara Dalberth, Deborah Gibbs et Nancy Berkman. « Understanding Adoption Subsidies: An Analysis of AFCARS Data ». Document préparé pour le département américain de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.
- ⁵⁴ Daly et Sobol, 1994.
- ⁵⁵ Richard P. Barth et Julie M. Miller. « Building Effective Post-Adoption Services: What is the Empirical Foundation? », *Family Relations*, vol. 49, 2000, p. 447-455.
- ⁵⁶ Brooks et al., 2002.
- ⁵⁷ Mandeep K. Dhami, David R. Mandel et Katy Sothmann. « An Evaluation of Post-Adoption Services ». *Children and Youth Services Review*, vol. 29, 2007, p. 162-179.
- ⁵⁸ Diane L. Zosky, Jeanne A. Howard, Susan Livingston Smith, Anne M. Howard et Kristal H. Shelvin. « Investing in Adoptive Families: what adoptive families tell us regarding the benefits of adoption preservation services », *Adoption Quarterly*, vol. 8, n°3, 2005, p. 1-23.
- ⁵⁹ D'après les renseignements tirés de la Révision du statut des pupilles de la Couronne en Ontario, octobre 2008.
- ⁶⁰ *Ibid.*
- ⁶¹ Comité de la pédiatrie communautaire, Société canadienne de pédiatrie. « Transracial adoption », *Paediatric Child Health*, vol. 11, n°7, 2006, p. 443-447.
- ⁶² Alan Rushton et Helen Minnis. « Annoation: Transracial Family Placements », *Journal of Child Psychiatry*, vol. 38, n°2, 1997, p. 147-159.
- ⁶³ Patrick Leung, Stephen Erich et Heather Kanenberg. « A Comparison of Family Functioning in Gay/Lesbian, Heterosexual, and Special Needs Adoptions », *Children and Youth Services Review*, vol. 27, 2005, p. 1031-1044.
- ⁶⁴ Jeffrey J. Haugaard, Karen Dorman et Amy Schustack, « Lesbian-Headed Households ». *Adoption Quarterly*, vol. 1, n°4, 1998, p. 93-101.
- ⁶⁵ Jeffrey J. Haugaard, Megan Palmer et Julie C. Wojslawowicz. « Single-Parent Adoptions », *Adoption Quarterly*, vol. 2, n°4, 1999, p. 65-74.
- ⁶⁶ United States Government Accountability Office. « Better Data and Evaluations Could Improve Processes and Programs for Adopting Children with Special Needs », 2005.
- ⁶⁷ Département américain de la Santé et des Services sociaux, administration pour les enfants et les familles, « The Adoption and Foster Care Reporting and Analysis System (AFCARS) ». [En ligne]. [http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm] (9 juin 2009).

- ⁶⁸ Dalberth et al. 2005.
- ⁶⁹ Mary Eschelbach Hansen. « Using Subsidies to Promote the Adoption of Children from Foster Care ». *Journal of Family Economic*, vol. 28, 2007, p. 377-393.
- ⁷⁰ Atlanta : département américain de la Santé et des Services sociaux. Center for Disease Control and Prevention. *2006 Assisted Reproductive Technology Success Rates: National Summary and Fertility Clinic Reports*, 2008, p. 31.
- ⁷¹ Société canadienne de fertilité et d'andrologie. *Reproductive Ageing: Guidelines for First Line Physicians for Investigation of Infertility Problems*, 2004; et Karin Fleming, mai 2007. « Inconceivable? Figuring out Your Fertility Options ». Femmes en santé. [En ligne]. [http://www.womenshealthmatters.ca/resources/show_res.cfm?ID=42131] (19 novembre 2008).
- ⁷² National Institute for Clinical Excellence (NICE). « Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems », *Clinical Guideline*, vol. 11, février 2004, p. 7-9. Document élaboré par le National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
- ⁷³ D'après les renseignements du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour les exercices 2006-2007.
- ⁷⁴ D.J. Cahill and P.G. Wardle. « Management of Infertility », *British Medical Journal*, vol. 325, 2002, p. 28.
- ⁷⁵ Arthur Leader. « Pregnancy and Motherhood: The Biological Clock », *Sexuality, Reproduction, & Menopause*, vol. 4, 2006, p. 3- 4.
- ⁷⁶ The ESHRE Capri Workshop Group. « Fertility and Ageing », *Human Reproduction Update*, vol. 11, 2005, p. 263.
- ⁷⁷ Société canadienne de fertilité et d'andrologie. *Reproductive Ageing: Guidelines for First Line Physicians for Investigation of Infertility Problems*, 2004.
- ⁷⁸ Joan Raymond. « Modern Maternity ». [En ligne]. 15 septembre 2008. [<http://www.newsweek.com/id/158410>] (12 décembre 2008).
- ⁷⁹ *Ibid.*
- ⁸⁰ Leader, p. 4.
- ⁸¹ *Ibid.*
- ⁸² Elise de La Rochebrochard et Patrick Thonneau. « Paternal age and Maternal Age are Risk Factors for Miscarriage; Results of a Multicentre European study », *Human Reproduction*, vol. 17, 2002, p. 1649; et Leader, p. 4.
- ⁸³ Leader, p. 4.
- ⁸⁴ Henri Leridon. « Can Assisted Reproduction Technology Compensate for the Natural Decline in Fertility with Age? A Model Assessment », *Human Reproduction*, vol. 19, 2004, p. 1552-1553; et Leader, p. 3.
- ⁸⁵ Leader, p. 3.
- ⁸⁶ ESHRE Capri Workshop Group. « Fertility and Ageing », p. 262; et Leader, p. 5.
- ⁸⁷ Une clinique est un établissement médical indépendant à qui le ministère de la Santé et des Soins de longue durée verse des frais d'établissement pour qu'elle puisse financer les services visant à favoriser les cycles assurés de FIV.
- ⁸⁸ Stephanie J Lee, Leslie R Schover, Ann H Partridge, Pasquale Patrizio, W. Hamish Wallace, Karen Hagerty, Lindsay n Beck, Lawrence V. Brennan et Kutluk Oktay. « American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 24, 2006, p. 2924.
- ⁸⁹ Société canadienne de fertilité et d'andrologie. Données de 2006 sur l'Ontario.
- ⁹⁰ Ann Thurin, Jon Hausken, Torbjörn Hillensjö, Barbara Jablonowska, Anja Pinborg, Annika Strandell et Christina Bergh, « Elective Single-Embryo Transfer versus Double-Embryo Transfer in Vitro Fertilization ». *New England Journal of Medicine*, 2004, p. 2392-2401.
- ⁹¹ Karl Nygren. « A Follow-up on IVF Children ». *Creating Families*, vol. 4, 2009, p. 39.
- ⁹² *Ibid.*
- ⁹³ ESHRE Capri Workshop Group, « Fertility and Ageing », p. 273.
- ⁹⁴ *Ibid.*
- ⁹⁵ *Ibid.*
- ⁹⁶ Comité consultatif ontarien des technologies de la santé. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée à Toronto. « In Vitro Fertilization and Multiple Pregnancies: Health Technology Policy Assessment », 2006, p. 7 et 21.
- ⁹⁷ Société canadienne de fertilité et d'andrologie. Canadian Assisted Reproductive Technologies Register de 2005.
- ⁹⁸ Institut canadien d'information sur la santé. *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada*, Ottawa, 2009, p. 30. « Toutefois, la tendance d'aujourd'hui à reporter les grossesses a aussi contribué à l'augmentation des taux de naissances multiples, la maternité tardive (35 ans ou plus) étant associée aux naissances multiples », p. 30.
- ⁹⁹ Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, p. 15.
- ¹⁰⁰ Jason K Min, Paul Claman et Ed Hughes. « Joint SOGC-CFAS Guideline: Guidelines for the Number of Embryos to Transfer Following In Vitro Fertilization », *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 182, 2006, p. 801.
- ¹⁰¹ *Ibid.*, p. 775.

- ¹⁰² Institut canadien d'information sur la santé. « Donner naissance au Canada : les coûts », 2006, p. 29.
- ¹⁰³ The ESHRE Capri Workshop Group. « Multiple Gestation Pregnancy », *Human Reproduction*, vol. 15, 2000, p. 1858.
- ¹⁰⁴ Willem Ombelet, Petra De Sutter, Josiane Van der Elst et Guy Martens. « Multiple Gestation and Infertility Treatment: Registration, Reflection and Reaction – The Belgian Project », *Human Reproduction Update*, vol. 11, 2005, p. 5.
- ¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 4-5.
- ¹⁰⁶ Institut canadien d'information sur la santé. *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada*, 2009, p. 56.
- ¹⁰⁷ Christel Hydén-Granskog et Aila Tiitinen. « Single Embryo Transfer in Clinical Practice », *Human Fertility*, vol. 7, 2004, p. 176.
- ¹⁰⁸ *Ibid.*
- ¹⁰⁹ Peter Braude. *One Child at a Time: Reducing Multiple Births after IVF – Report of the Expert Group on Multiple Births after IVF*, octobre 2006, p. 18.
- ¹¹⁰ Nygren, p. 39 et Braude, p. 19.
- ¹¹¹ Braude, p. 18.
- ¹¹² Yueping A Wang, Elizabeth A Sullivan, David L Healy et Deborah A Black. « Perinatal Outcomes after Assisted Reproductive Technology Treatment in Australia and New Zealand: Single Versus Double Embryo Transfer », *Medical Journal of Australia*, vol. 190, 2009, p. 234-237.
- ¹¹³ Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa. *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada*, 2009, p. 56.
- ¹¹⁴ *Ibid.*, p. 67.
- ¹¹⁵ Ombelet et al, p. 6.
- ¹¹⁶ *Ibid.*, p. 7.
- ¹¹⁷ La coalition d'Ottawa pour la prévention de l'insuffisance de poids à la naissance. « Effets sur la collectivité », [En ligne]. [http://www.successby6ottawa.ca/lbwfpn/english/community_effects.html] (15 juin 2009).
- ¹¹⁸ Note : Les employés du gouvernement fédéral en Ontario auront bientôt droit au même niveau de soins que les Québécois, alors que les autres Ontariens ne seront pas admissibles à un financement public de la fécondation in vitro.
- ¹¹⁹ La méthode utilisée dans notre analyse s'inspire de l'étude de Lindy Forte, économiste de la santé, pour le compte de l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité (ACSI). Tous nos remerciements à Mme Forte et à l'ACSI.
- ¹²⁰ Ce financement comprenait aussi le financement de deux programmes de dépistage destinés à garantir les meilleurs soins dans les cas d'accouchement prématuré et de maladies oculaires des bébés prématurés.
- ¹²¹ ESHRE Capri Workshop Group, « Fertility and Ageing », p. 262 et Leader, p. 5.
- ¹²² *Ibid.*
- ¹²³ Société canadienne de fertilité et d'andrologie. Données de 2006 sur l'Ontario.
- ¹²⁴ Leader, p. 3.
- ¹²⁵ Y.A. Wang, D. Healy, D Black et E.A. Sullivan. « Age Specific Success Rate for Women Undertaking their First Assisted Reproduction Technology Treatment Using Their Own Oocytes in Australia 2002-2005 », *Human Reproduction*, vol. 23, 2008, p. 1633-1638 et Leader, p. 5.
- ¹²⁶ Société canadienne de fertilité et d'andrologie. Canadian Assisted Reproductive Technologies Register de 2006.
- ¹²⁷ IVF.CA. « Applying Probabilities to Birth Rate Stats », [En ligne]. [<http://www.ivf.ca/numbers.php>] (20 mars 2009).
- ¹²⁸ *Ibid.*
- ¹²⁹ *Ibid.*
- ¹³⁰ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. Présentation d'Irene Klatt le 3 février 2009.
- ¹³¹ Gina Cella. « National Survey Finds Employers Covering Infertility Treatment Experience No Significant Increase in Cost », The Human Resources Portal, 20 juillet 2006, p. 2.
- ¹³² Statistique Canada. Recensement de 2006.
- ¹³³ Lori E. Ross, Leah S. Steele et Rachel Epstein. « Lesbian and Bisexual Women's Recommendations for Improving the Provision of Assisted Reproductive Technology Services », *Fertility and Sterility*, vol. 86, 2006, p. 737.
- ¹³⁴ *Ibid.*
- ¹³⁵ *Ibid.*
- ¹³⁶ Liz Ellwood. Groupe de discussion sur la surveillance de la fertilité et la procréation assistée, 6 janvier 2009.
- ¹³⁷ Lee et al, p. 2917.
- ¹³⁸ *Ibid.*
- ¹³⁹ *Ibid.*

ANNEXE A

ACRONYMES EN VIGUEUR DANS LE DOMAINE DE L'ADOPTION

| | |
|--------------|--|
| ACO | Adoption Council of Ontario |
| AOSAE | Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance |
| ERA | Échange des ressources en matière d'adoption |
| LAI | <i>Loi sur l'adoption internationale</i> |
| LNE | <i>Loi sur les normes d'emploi</i> |
| LSEF | <i>Loi sur les services à l'enfance et à la famille</i> |
| MSEJ | Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse |
| NACAC | North American Council on Adoptable Children |
| PRIDE | Modèle PRIDE (Parent Resources for Information, Development and Education) |
| SAE | Société d'aide à l'enfance |
| SAFE | Méthode SAFE (Structured Analysis Family Evaluation) |
| TSAF | Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale |
| WWK | Wendy's Wonderful Kids |

GLOSSAIRE DU DOMAINE DE L'ADOPTION

| | |
|--|---|
| Adolescent | En règle générale, enfant dont l'âge se situe entre douze et dix-huit ans. |
| Adoption | Processus par lequel un enfant devient l'enfant d'un ou de parents adoptifs, à toutes fins que de droit. |
| Adoption internationale | Adoption, par des familles ontariennes, d'enfants qui résident dans d'autres pays. Le processus est supervisé par des agences privées d'adoption internationale ou des individus, qui sont autorisés par le gouvernement de l'Ontario et réglementés par la loi. |
| Adoption intrafamiliale | Adoption d'un enfant par un membre de la famille. |
| Adoption privée au pays | Adoption d'un enfant dont le ou les parents biologiques ont décidé de leur plein gré d'établir un plan d'adoption pour leur enfant. Les adoptions privées au pays se font au moyen d'un permis privé d'adoption. |
| Adoption publique | Adoption d'un enfant qui est pupille de la Couronne ou dont les parents biologiques ont consenti à l'adoption par l'intermédiaire d'une SAE. |
| Adoption selon les coutumes indiennes | Type d'adoption propre aux peuples autochtones, qui est en vigueur dans les communautés autochtones et tient compte des coutumes traditionnelles autochtones. Également connue sous le nom d'adoption coutumière. |
| Autorité centrale | Conformément à la Convention de la Haye (voir ci-dessous), organisme chargé d'effectuer des tâches liées à l'adoption internationale d'enfants. En Ontario, l'autorité centrale est le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ). |
| Congé parental | En Ontario, un nouveau parent, y compris un parent adoptif, a droit à un congé parental (qu'il soit un employé à temps plein, à temps partiel, permanent ou temporaire), mais à condition qu'il ait exercé son emploi pendant au moins 13 semaines avant le début du congé parental et qu'il travaille pour un employeur relevant de la LNE. |
| Convention de la Haye | La <i>Convention de la Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale</i> (Convention de la Haye) est une entente internationale visant à protéger l'intérêt supérieur des enfants adoptés entre pays, à établir un système de coopération entre les états signataires et à empêcher le trafic d'enfants. La convention offre un cadre de référence pour la réglementation ontarienne sur l'adoption internationale. |
| Difficile à placer | Certains enfants sont réputés être difficiles à placer en adoption pour diverses raisons comme des besoins particuliers, l'âge, la race ou l'appartenance à une fratrie. |

ANNEXE A

| | |
|--|---|
| Dissolution | Échec d'une adoption après la finalisation des procédures. |
| Enfant | De façon générale, enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans. |
| Étude du milieu familial | Voir SAFE ci-dessous. |
| Famille | Couples hétérosexuels, couples homosexuels et adultes seuls, avec ou sans enfants. |
| Finalisation | Étape finale du processus légal d'adoption : le tribunal émet une ordonnance par laquelle l'enfant devient l'enfant d'un ou de parents adoptifs. |
| Formation parentale | Voir PRIDE ci-dessous. |
| Garde intrafamiliale | Garde d'un enfant d'une Société d'aide à l'enfance par un membre de la famille ou de la communauté, ou encore par un autre adulte avec qui il entretient une relation d'importance. Les foyers de garde intrafamiliale doivent être évalués et approuvés conformément aux dispositions réglementaires régissant les familles d'accueil. |
| Garde juridique | Ordonnance d'un tribunal qui place un pupille de la Couronne sous la garde d'une personne (et non d'une SAE) qui a ainsi le droit de prendre des décisions en son nom. |
| Intervenant en adoption privée | Professionnel, habituellement un travailleur social, qui a reçu l'autorisation du gouvernement pour réaliser des études du milieu familial et superviser le placement d'enfants dans d'éventuels foyers adoptifs. |
| <i>Loi sur les normes d'emploi</i> | Loi de l'Ontario énonçant les normes minimales en matière d'emploi dans la province. Elle présente les droits et responsabilités des employés et des employeurs, notamment les normes sur le congé de maternité et parental. |
| <i>Loi sur les services à l'enfance et à la famille</i> | Loi qui énonce les mesures législatives visant la prestation de services d'aide sociale à l'enfance en Ontario, notamment les dispositions liées aux adoptions finalisées devant un tribunal ontarien. |
| <i>Loi sur l'adoption Internationale</i> | Loi énonçant les exigences à remplir en Ontario pour les adoptions finalisées dans d'autres pays. |
| Ordonnance de tutelle par la Couronne | Ordonnance du tribunal par laquelle un enfant devient un pupille permanent de la province de l'Ontario et le reste jusqu'à l'émission d'une autre ordonnance du tribunal (p. ex., garde juridique ou adoption), sa majorité (18 ans) ou son mariage. |
| Ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite à l'égard des pupilles de la Couronne | Droit de communiquer ou d'être en contact avec un pupille de la Couronne. Les ordonnances visent les membres de la famille biologique ou toute autre personne avec laquelle l'enfant entretient une relation riche et bénéfique qui ne nuit pas aux futures possibilités d'adoption. D'après la législation ontarienne, les pupilles de la Couronne qui sont visés par une ordonnance du tribunal portant sur le droit de visite pourraient ne pas être admissibles à l'adoption. |

ANNEXE A

| | |
|--|--|
| Ouverture | Arrangements selon lesquels un enfant adopté ou la famille adoptive maintient un certain type de communication ou de lien avec une ou des personnes qui, auparavant, ont joué un rôle important pour l'enfant adopté, tels que les parents biologiques, les membres d'une fratrie, la parenté ou les parents de famille d'accueil, ou dans le cas d'un enfant autochtone ou indien, avec un membre de sa bande ou de sa communauté autochtone. |
| Période de probation | Temps écoulé entre le placement d'un enfant dans une éventuelle famille et la finalisation (voir ci-dessus). |
| Planification concomitante d'une garde permanente | Fait de planifier la réinsertion d'un enfant dans sa famille biologique, tout en prévoyant une solution de rechange pour assurer une garde permanente en cas d'échec de la réunification familiale. |
| PRIDE | Modèle de formation parentale axé sur les compétences en vue de former et soutenir les familles adoptives. |
| Pupille de la Couronne | Enfant qui fait l'objet d'une ordonnance du tribunal par laquelle il devient un pupille de la province de l'Ontario. |
| Renoncement | Processus selon lequel le ou les parents biologiques abandonnent leurs droits parentaux sur un enfant. |
| Rupture | Échec d'une adoption (c.-à-d. avant la finalisation des procédures). |
| SAFE | Méthode d'étude du milieu familial pour évaluer d'éventuels foyers adoptifs. |
| Société d'aide à l'enfance (SAE) | En Ontario, les Sociétés d'aide à l'enfance sont chargées par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de fournir des services d'aide sociale à l'enfance, notamment de placer des enfants en adoption. Une SAE est un organisme indépendant sans but lucratif qui est régi par un conseil d'administration indépendant dont les membres sont bénévoles et élus localement. L'Ontario compte 53 SAE. |
| Titulaire de permis | Personne ou organisme à qui le gouvernement provincial a délivré un permis pour faciliter les adoptions privées au pays et les adoptions internationales. |
| Trouble du spectre de l'alcoolisation foétale | Déficiences résultant de l'exposition prénatale à l'alcool. |

ACRONYMES EN VIGUEUR DANS LE DOMAINE DE LA PROCRÉATION ASSISTÉE

| | |
|--------------|--|
| ACSI | Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité |
| ASO | Assurance-santé de l'Ontario |
| CARTR | Canadian Assisted Reproductive Technologies Register |
| CFA | Comptage des follicules antraux |
| ESHRE | European Society for Human Reproduction and Embryology |
| FIV | Fécondation in vitro |
| HAM | Hormone antimüllérienne |
| HSF | Hormone de stimulation folliculaire ou hormone folliculostimulante |
| ICIS | Institut canadien d'information sur la santé |
| IICS | Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde |
| IUI | Insémination intra-utérine |
| LGBTQ | Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et jeunes se questionnant sur leur orientation sexuelle |
| LPA | <i>Loi sur la procréation assistée</i> |
| MSSLD | Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario) |
| MTC | Médecine traditionnelle chinoise |
| OMA | Ontario Medical Association |
| OMCO | Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario |
| RTO | Réseau Télémédecine Ontario |
| SCFA | Société canadienne de fertilité et d'andrologie |
| SOC | Stimulation ovarienne contrôlée |
| SOGC | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada |
| TEC | Transfert d'embryon congelé |
| TRA | Technologie de reproduction assistée |
| TSE | Transfert d'un seul embryon |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

GLOSSAIRE DU DOMAINE DE LA PROCRÉATION ASSISTÉE

| | |
|---|--|
| Âge de procréation | Période au cours de laquelle les femmes sont les plus fertiles et les plus susceptibles de concevoir un enfant et de mener une grossesse à terme. |
| Analyse de sperme | Examen au microscope du sperme (éjaculat de l'homme) pour déterminer son volume, le nombre de spermatozoïdes (comptage des spermatozoïdes), leurs formes (morphologie) et leur capacité de mouvement (mobilité) en plus d'autres paramètres. |
| Andrologie | Spécialisation médicale qui s'occupe de l'infertilité masculine, notamment dans le cadre de la procréation assistée. |
| Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité (ACSI) | Organisme canadien qui s'engage à offrir du matériel pédagogique, un appui et une assistance aux personnes et couples qui font face à l'infertilité. |
| Blastocyste | Embryon âgé d'environ cinq jours. |
| Causes d'infertilité imputables à l'homme | Faible nombre de spermatozoïdes ou problèmes liés au fonctionnement des spermatozoïdes, ce qui complique la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde en situation normale. |
| Césarienne | Opération chirurgicale qui consiste à pratiquer une incision dans le ventre d'une femme pour extraire l'enfant de son utérus. |
| Comptage des follicules antraux (CFA) | Examen échographique par voie vaginale permettant de calculer le nombre réel de follicules qui se développent à un moment donné dans le ou les ovaires d'une femme. |
| Cryoconservation | Procédure utilisée pour conserver et stocker les ovules, les spermatozoïdes ou les embryons à très basse température (-180° C). |
| Donneur | Homme qui fait don de ses spermatozoïdes ou femme qui fait don de ses ovules à un autre homme ou une autre femme en vue d'une procréation assistée. |
| Dosage de l'hormone antimüllérienne (HAM) | Examen permettant d'évaluer dans le sang d'une femme le taux de l'hormone que produit sa réserve ovarienne. |
| Dosage de l'hormone de stimulation folliculaire (HSF) | Examen mesurant le taux de la protéine qui stimule les follicules (sacs d'ovules) dans le sang d'une femme pour produire et expulser les ovules. |
| Embryologistes | Membres du personnel d'un laboratoire qui sont tout spécialement formés aux différentes facettes de la manipulation des spermatozoïdes et des ovules ainsi qu'à la formation et au développement de l'embryon. |

ANNEXE A

| | |
|---|--|
| Embryon | Premières étapes du développement fœtal de la fécondation à la huitième semaine de grossesse. |
| Endocrinologue spécialisé dans la reproduction | Gynécologue qui a reçu un diplôme en endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité, après avoir suivi une formation en recherche sur les causes, l'évaluation et le traitement de l'infertilité. |
| Facteur d'infertilité tubaire | Cause d'infertilité liée à une défaillance structurelle ou fonctionnelle d'une ou des deux trompes de Fallope. |
| Fausse couche | Expulsion naturelle d'un fœtus ou d'un placenta non viable de l'utérus. Également connue sous le nom d'avortement spontané. |
| Fécondation | Processus au cours duquel le spermatozoïde pénètre dans un ovule, le matériel génétique fusionne et l'embryon se développe. |
| Fécondation in vitro (FIV) | Méthode de procréation assistée qui permet la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde en laboratoire. En cas de fécondation de l'ovule, puis de démarrage de la division cellulaire, l'embryon obtenu est transféré dans l'utérus de la femme. |
| Fécondation in vitro naturelle | Fécondation in vitro qui n'implique pas d'ovulation stimulée par traitement médical. |
| Follicule | Sac rempli de liquide et situé juste à la surface de l'ovaire. Il contient un ovule et des cellules produisant des hormones. Ce sac augmente en taille et en volume au cours de la première moitié du cycle menstruel. Au moment de l'ovulation, le follicule arrive à maturité et se rompt, ce qui expulse l'ovule. Il est possible de voir par échographie un follicule à pleine maturation. |
| Gamète | Cellule reproductrice mâle ou femelle – spermatozoïde ou ovule. |
| Hormone de stimulation folliculaire (HSF) | Hormone qui stimule l'ovaire pour faire mûrir un follicule. |
| Implantation | Processus d'inclusion d'un embryon dans la paroi utérine en vue de sa nutrition et de son oxygénation. |
| Induction ou stimulation de l'ovulation | Administration d'un traitement médical de fertilité qui entraîne la production par l'ovaire d'un ou de plusieurs ovules. |
| Infertilité | Incapacité à concevoir un enfant après douze mois de relations sexuelles non protégées ou à poursuivre une grossesse jusqu'à son terme. |
| Infertilité idiopathique | Infertilité dont on ne peut expliquer la cause. |

ANNEXE A

| | |
|---|--|
| Infertilité inexpliquée | Infertilité pour laquelle on n'a trouvé aucune cause malgré une évaluation complète. |
| Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (IICS) | Technique concomitante à la FIV (voir ci-dessus), qui implique l'injection directe d'un spermatozoïde dans un ovule pour faciliter la fécondation. |
| Insémination artificielle | Procédure par laquelle le sperme est introduit directement dans l'utérus d'une femme (procédure également connue sous le nom d'insémination intra-utérine) ou dans le col de l'utérus en vue de la conception. |
| Insémination intra-utérine (IIU) | Processus par lequel on injecte directement du sperme lavé dans l'utérus pour rapprocher le spermatozoïde de l'ovule. |
| Insuffisance ovarienne primitive | Également connue sous le nom de ménopause précoce. Cette insuffisance peut être due à l'exposition à certains produits chimiques, à une chimiothérapie ou une irradiation dans le cadre d'un traitement contre le cancer. D'autres causes impliquent certains dysfonctionnements et dispositions génétiques qui nuisent aux hormones régulatrices du cycle menstruel ou endommagent les ovaires (ceux-ci ne produisent alors plus d'ovules). |
| Lavage du sperme | Technique de séparation des spermatozoïdes du liquide séminal. |
| Loi sur la procréation assistée | Loi fédérale qui régleme la procréation assistée au Canada. |
| Ménopause | Arrêt naturel de la fonction ovarienne et des menstruations. La ménopause peut se produire entre 42 et 56 ans, mais elle a généralement lieu vers 51 ans, lorsque les ovaires cessent de produire des ovules et que le taux d'œstrogènes diminue. |
| Mère gestatrice | Femme qui porte un enfant issu d'un embryon avec lequel elle n'a aucun lien génétique de sorte que les droits parentaux sont transférés au(x) parent(s) demandeur(s) après la naissance. |
| Mobilité d'un spermatozoïde | Capacité d'un spermatozoïde à se déplacer devant lui. |
| Morphologie d'un spermatozoïde | Taille et forme d'un spermatozoïde individuel. |
| Œstrogènes | Hormones sexuelles femelles produites par les ovaires et impliquées dans le développement des caractères sexuels féminins. Les œstrogènes ont principalement pour mission de stimuler l'épaississement de la paroi utérine au cours de la première moitié du cycle menstruel en vue de la préparation de l'ovulation et d'une éventuelle grossesse. |

ANNEXE A

| | |
|--|--|
| Ontario Medical Association (OMA) | Organisme bénévole qui représente les intérêts politiques, cliniques et économiques de la profession médicale de la province. |
| Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) | Organisme qui régleme la pratique médicale en Ontario. |
| Ovaires | Les deux glandes sexuelles femelles du pelvis qui produisent les ovules, les œstrogènes et la progestérone ainsi que d'autres hormones. |
| Ovulation | Expulsion d'un ovule mûr de son follicule. Ce phénomène se produit environ 14 jours avant la période de menstruation suivante (le 14 ^e jour d'un cycle de 28 jours). |
| Ovule | Cellule reproductrice femelle élaborée par les ovaires qui, une fois fécondée par le sperme d'un homme, produit un embryon. On parle aussi d'ovocyte. |
| Prélèvement d'ovocytes | Procédure par laquelle on récolte les ovules d'un ovaire parvenus à maturité à l'aide d'une aiguille en vue d'une fécondation in vitro. |
| Progestérone | Hormone produite après l'ovulation. Elle prépare la paroi utérine à l'implantation d'un ovule fécondé et permet de maintenir la grossesse. |
| Réserve ovarienne | Ovules qui restent dans les ovaires d'une femme. Certains n'arrivent jamais à maturité tandis que d'autres sont expulsés au cours des cycles menstruels. |
| Services de procréation assistée | Tous les traitements ou procédures qui impliquent la manipulation en laboratoire (in vitro) d'ovules humains et de spermatozoïdes ou d'embryons pour aboutir à une grossesse. |
| Spermatozoïde | Cellule reproductrice mâle produite par les testicules qui, lorsqu'elle féconde l'ovule d'une femme, entraîne la production d'un embryon. |
| Testicules | Les deux glandes reproductrices mâles qui se trouvent dans le scrotum et qui sont chargées de produire le sperme et l'hormone mâle, la testostérone. |
| Transfert d'embryon | Implantation d'un ou de plusieurs embryons dans l'utérus dans le cadre d'une fécondation in vitro. |
| Transfert d'un seul embryon (TSE) | Processus au cours duquel un seul embryon est transféré dans l'utérus d'une femme après la fécondation en laboratoire d'un ovule par un spermatozoïde dans le cadre d'une fécondation in vitro. |
| Trompes de Fallope | Deux organes en forme de conduit qui s'étendent jusqu'aux ovaires et sont situés de part et d'autre de l'utérus. Le spermatozoïde et l'ovule s'y rencontrent au cours d'une fécondation normale. |

ANNEXE A

Trompes de Fallope bloquées

Obstruction d'un ou des deux organes qui transfèrent l'ovule de l'ovaire vers l'utérus et dirigent les spermatozoïdes de l'utérus à l'ovule.

Utérus

Organe musculaire creux du pelvis d'une femme où l'embryon s'implante et se développe au cours d'une grossesse.

ANNEXE B

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES SONDAGES ET DES ENTREVUES

Nous avons utilisé plusieurs sources de renseignements pour éclairer les recommandations du comité d'experts en matière d'infertilité et d'adoption. Parmi ces sources, citons un sondage en ligne, des entrevues, un sondage des sociétés d'aide à l'enfance (SAE) et un groupe de discussion composé de jeunes.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont pris le temps de participer aux sondages, aux entrevues et au groupe de discussion. Leurs expériences et leurs points de vue nous ont permis de comprendre les réseaux de services et de donner nos recommandations.

À noter que les points de vue ou renseignements donnés dans le cadre des sondages, des entrevues et du groupe de discussion n'engagent que leurs auteurs. Ceux-ci ne représentent pas nécessairement la population dans son ensemble, pas plus que la position ni l'expérience de tous les organismes.

Sondage en ligne

- Entre le 14 novembre 2008 et le 12 janvier 2009, le site Web du comité d'experts a affiché un sondage en ligne pour inviter les personnes qui ont vécu l'infertilité, ont eu recours à la procréation assistée ou ont utilisé les services d'adoption en Ontario à partager leur expérience.
- Dans le cadre de ce sondage, les fournisseurs de services en matière d'adoption et de procréation assistée, les personnes adoptées, les personnes conçues à l'aide d'un donneur et les personnes du grand public étaient également invités à faire part de leur point de vue.
- Un consultant externe a mis au point et géré le sondage en ligne.

Entrevues

- Nous avons effectué 106 entrevues entre le 5 janvier et le 11 février 2009 pour rassembler des renseignements détaillés sur les expériences des Ontariens avec les services de la province en matière d'adoption et d'infertilité.
- Nous avons engagé un consultant externe pour effectuer cette série d'entrevues téléphoniques et directes.

Sondage des Sociétés d'aide à l'enfance

- Le 17 mars 2009, tous les organismes membres de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE – 51 des 53 SAE) ont reçu un questionnaire sur l'adoption publique.
- L'AOSAE a distribué le questionnaire au nom du comité d'experts.

Groupe de discussion de jeunes

- En avril 2009, 15 pupilles de la Couronne (actuels et anciens) ont participé à une discussion avec un animateur sur le thème de l'adoption.
- L'animateur de la discussion était un consultant externe.

SONDAGE EN LIGNE

SONDAGE EN LIGNE

PRINCIPALES CONCLUSIONS DE NOTRE SONDAGE EN LIGNE AUPRÈS DES CONSOMMATEURS¹

LES PARTICIPANTS AU SONDAGE

- 1 918 personnes ont participé au sondage sur l'infertilité
- 833 personnes ont participé au sondage sur l'adoption

Pour la plupart, ces personnes étaient issues de couples hétérosexuels (mariés ou conjoints de fait), étaient au minimum titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et avaient l'anglais comme langue maternelle.

- 90 % des participants étaient des femmes.
- Environ 5 % étaient célibataires (106) et 2 % (56) étaient séparés, divorcés ou veufs.
- Environ 3 % (71) étaient issus de couples homosexuels.
- La plupart des participants (84%) étaient nés au Canada.
- La plupart des participants (85 %) avaient un revenu familial annuel d'au moins 65 000 \$.

COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS SUR L'INFERTILITÉ ET LA PROCRÉATION ASSISTÉE

La plupart des participants ont indiqué que leur médecin de famille n'avait pas discuté de fertilité avec eux avant qu'ils connaissent des problèmes de conception.

- En général, la première discussion sur le sujet a eu lieu parce que le patient souffrait d'un problème de santé qui pouvait avoir des répercussions négatives sur la fertilité.
- Certains médecins ont bien abordé la question de la fertilité. Lorsque c'était le cas et que les médecins se sont montrés compréhensifs, les patients ont beaucoup apprécié leur expérience – et cette discussion a changé les choses pour eux.

Presque tous les Ontariens qui ont répondu au sondage sur l'infertilité (97 %) ont cherché à obtenir de l'aide en matière d'infertilité.

- La plupart d'entre eux (75 %) ont cherché à obtenir de l'aide dans un délai de deux ans après avoir tenté de concevoir.
- La plupart d'entre eux avaient moins de 35 ans lorsqu'ils ont cherché à obtenir de l'aide, mais près d'une personne sur cinq avait entre 35 et 39 ans.

¹ À noter que les points de vue ou renseignements donnés dans le cadre des sondages n'engagent que leurs auteurs. Ceux-ci ne représentent pas nécessairement la population dans son ensemble.

ANNEXE B

| | | |
|----------------|--|---------------|
| 18 à 24 | | 6,0 % |
| 25 à 29 | | 30,9 % |
| 30 à 34 | | 38,6 % |
| 35 à 39 | | 19,7 % |
| 40 à 44 | | 4,5 % |
| 45 ou plus | | 0,3 % |

Près de la moitié des personnes qui ont rempli le sondage suivaient des traitements de procréation assistée.

Sur les 1 613 personnes qui ont répondu à la question portant sur la réussite de la conception par procréation assistée :

- Un participant sur quatre a répondu qu'il avait réussi à concevoir un enfant.
- Un participant sur quatre n'y est pas parvenu.
- Près de la moitié des participants a répondu « Pas encore ».

Au total, un répondant sur cinq a suivi des traitements pendant cinq ans ou plus.

| | | |
|-------------------------------|--|---------------|
| Moins d'un an | | 11,1 % |
| 1 an à moins de 2 ans | | 22,2 % |
| 2 ans à moins de 3 ans | | 22,9 % |
| 3 ans à moins de 4 ans | | 13,6 % |
| 4 ans à moins de 5 ans | | 10,0 % |
| 5 ans ou plus | | 20,2 % |

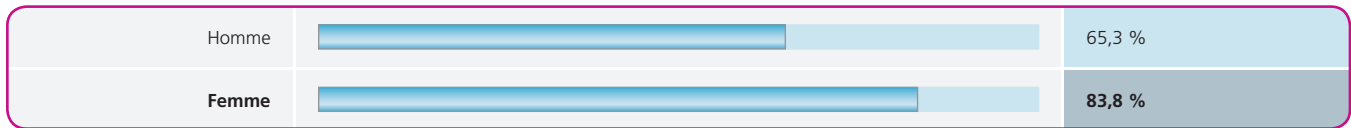
Les services de procréation assistée sont souvent liés à des grossesses multiples. Sur les 452 personnes qui ont répondu à la question sur les grossesses multiples :

- Environ une personne sur six a eu des jumeaux.
- Un peu plus d'une personne sur cent a eu des triplés.

Remarque : Le taux de répondants qui ont indiqué avoir eu une grossesse multiple (18 %) est inférieur au taux de grossesse multiple (environ 30 %) que révèlent les études des services de procréation canadiens.

ANNEXE B

Un peu plus de la moitié des participants (52 %) ont déclaré que la cause de l'infertilité avait été diagnostiquée. Parmi eux, 65 % ont indiqué une infertilité chez l'homme et 84 %, une infertilité chez la femme.



- Les participants ont trouvé la procédure diagnostique longue, coûteuse et frustrante.
- Bon nombre de participants ont indiqué avoir attendu au moins six à huit mois avant d'être recommandés à un spécialiste.
- Beaucoup de participants étaient déçus parce que la cause de leurs problèmes de fertilité n'avait pas été diagnostiquée.

Presque tous les participants ont suivi un traitement – même si la cause de l'infertilité n'avait pas été diagnostiquée.

- Les principales raisons pour lesquelles certains participants n'ont pas cherché à obtenir des traitements étaient le coût ou l'absence de diagnostic clair.

Parmi ceux qui ont cherché à obtenir un traitement, un sur dix a eu recours à des services à l'extérieur de l'Ontario.

Les principales raisons sont les suivantes :

- Coûts inférieurs dans les autres pays (p. ex., Inde, Grèce et France).
- Les participants pouvaient avoir accès à des services qui ne sont pas offerts ici (p. ex., plus grande disponibilité des donneuses d'ovules aux États-Unis).
- Les taux de réussite étaient supérieurs ailleurs (p. ex., à Montréal, en Alberta, en Espagne et aux États-Unis).

Les traitements les plus répandus en Ontario sont la médication par injection, la médication par voie orale, le style de vie sain et la fécondation in vitro (FIV).

ANNEXE B

| | | |
|--|--|---------------|
| Style de vie sain | | 58,8 % |
| Naturopathie / Homéopathie | | 29,4 % |
| Acupuncture | | 40,3 % |
| Médication par voie orale | | 68,4 % |
| Médication par injection | | 71,1 % |
| Hormonothérapie thyroïdienne substitutive | | 6,5 % |
| Insémination artificielle avec le sperme du partenaire | | 50,1 % |
| Insémination par don de sperme | | 9,0 % |
| Traitements chirurgicaux | | 23,5 % |
| Fécondation in vitro | | 53,7 % |
| Congélation d'ovules | | 16,2 % |
| Don d'ovules | | 4,5 % |
| Don d'embryons | | 0,6 % |
| Naissance par mère porteuse | | 1,9 % |
| Congélation de sperme | | 9,2 % |
| Autre (veuillez préciser) | | 16,4 % |

Presque tous les répondants ont consulté un spécialiste en fertilité, un obstétricien, un gynécologue ou un endocrinologue.

- La plupart des participants ont consulté leur omnipraticien ou médecin de famille.
- Les fournisseurs qui sont ensuite les plus consultés sont les acuponcteurs (37 %), généralement plus sollicités que les conseillers en matière d'infertilité ou les urologues.
- Environ une personne sur quatre a consulté un naturopathe.

Dans la catégorie « Autre », on retrouve les praticiens de médecine chinoise traditionnelle, les homéopathes, les généticiens, les conseillers en génétique, les travailleurs sociaux, les psychologues, les conseillers, les massothérapeutes, les praticiens de Reiki, les infirmières praticiennes et les nutritionnistes.

ANNEXE B

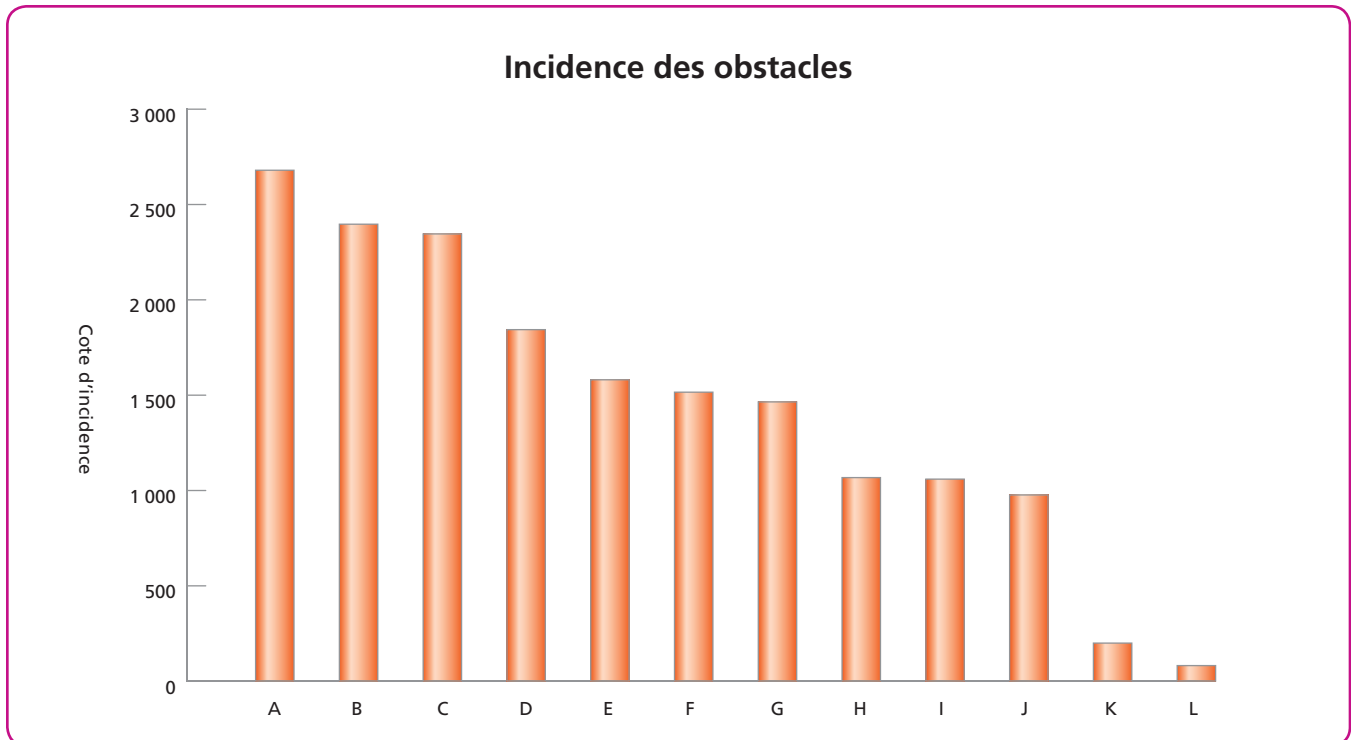
| | | |
|--|--|---------------|
| Omnipraticien/médecin de famille | | 83,7 % |
| Spécialiste en fertilité/obstétricien/ gynécologue/endocrinologue | | 99,0 % |
| Urologue | | 22,2 % |
| Conseiller en matière d'infertilité | | 28,5 % |
| Naturopathe | | 24,7 % |
| Homéopathe | | 7,3 % |
| Praticien de médecine chinoise traditionnelle | | 17,6 % |
| Acuponcteur | | 37,1 % |
| Généticien ou conseiller en génétique | | 7,1 % |
| Chefs religieux | | 5,3 % |
| Autre (veuillez préciser) | | 6,6 % |

Les répondants ont indiqué que les services ou les appuis les plus utiles sont les renseignements fournis par les spécialistes en matière d'infertilité et d'autres spécialistes, ainsi que les renseignements sur Internet.

Les répondants affirment que les principaux obstacles auxquels ils ont été confrontés sont le coût des services de procréation assistée, les épreuves affectives, le coût des traitements pour l'infertilité et la difficulté à obtenir un congé autorisé.

Remarque : Pour les besoins de la comparaison, les réponses « Une certaine incidence » et « Grande incidence » dans le tableau ci-dessous sont assorties respectivement du facteur de pondération 1 et 2.

| | | Grande incidence | Une certaine incidence | « Cote » totale |
|---|--|------------------|------------------------|-----------------|
| A | Coût des services de procréation assistée | 1 239 | 201 | 2 679 |
| B | Épreuves affectives causées par les traitements | 1 021 | 354 | 2 396 |
| C | Coût des traitements pour l'infertilité | 1 025 | 295 | 2 345 |
| D | Difficulté à obtenir un congé autorisé pour des examens et des traitements | 624 | 595 | 1 843 |
| E | Épreuves physiques causées par les traitements | 507 | 566 | 1 580 |
| F | Temps d'attente pour voir un spécialiste | 496 | 523 | 1 515 |
| G | Manque de soutien affectif | 475 | 514 | 1 464 |
| H | Manque d'information au sujet des solutions en matière d'infertilité | 283 | 501 | 1 067 |
| I | Difficulté à être recommandé(e) à un spécialiste en mesure d'aider | 327 | 405 | 1 059 |
| J | Distance d'un spécialiste en mesure d'aider | 320 | 336 | 976 |
| K | Raisons culturelles | 59 | 81 | 199 |
| L | Manque d'information/de ressources dans la langue appropriée | 24 | 33 | 81 |



Les obstacles ou points négatifs mentionnés le plus souvent dans les commentaires sont les suivants :

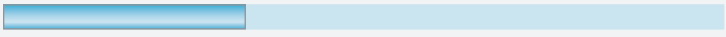
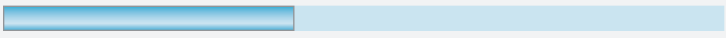
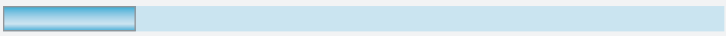
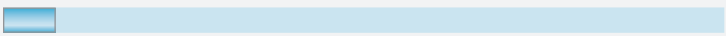
- Coût (72 mentions explicites sur un total de 459 commentaires).
- Communication insuffisante ou impersonnelle avec les médecins, les cliniciens et les travailleurs sociaux; manque de soutien (54).
- Souffrance émotionnelle (51).
- Vices de procédure ou préoccupations soulevées sur la compétence du médecin (37).
- Problèmes liés au temps (p.ex., temps d'attente, temps restant jusqu'au traitement) (29).
- Souffrance physique (21).
- Parmi les autres problèmes mentionnés au moins cinq fois, citons les « rapports avec la famille ou les collègues », le « manque d'équité du régime de subventions » et la « non-disponibilité du service ».
- Traitements non disponibles ou de qualité inférieure en Ontario (9).

En général, le niveau de qualité des services de procréation assistée est considéré comme « bon » tandis que l'ensemble de l'expérience relative à la procréation assistée est jugé « passable » ou « bon ».

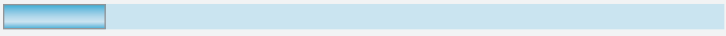
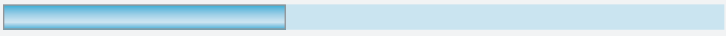
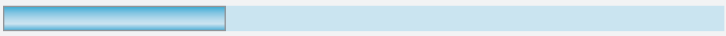
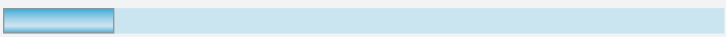
- Près de 5 % des répondants ont pu concevoir un enfant rapidement et ont vécu une expérience très positive.
- Environ 10 % se montrent totalement positifs même s'ils ont mis beaucoup de temps à concevoir un enfant ou n'y sont pas encore parvenus.
- La qualité des soins était inégale. Il n'est pas facile pour les patients de trouver des renseignements sur les taux de réussite clinique ou d'autres indicateurs de qualité.
- Les Ontariens aimeraient voir plus d'harmonie et de responsabilisation dans les cliniques.

ANNEXE B

Niveau de qualité des services de procréation assistée

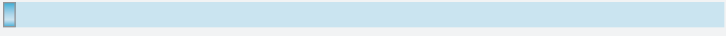
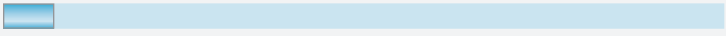
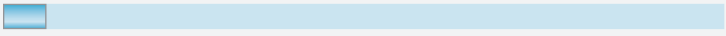
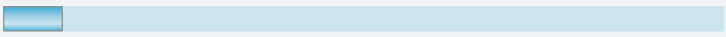
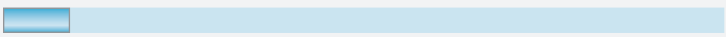
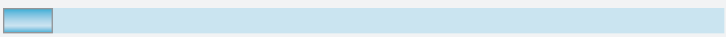
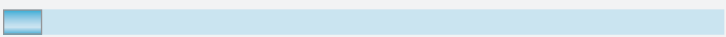
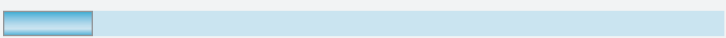
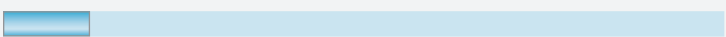
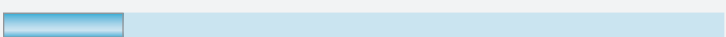
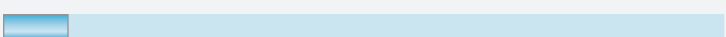
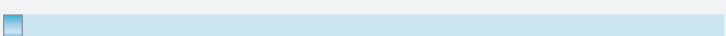
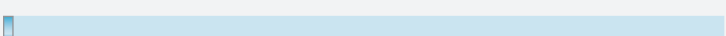

| | | |
|------------|--|---------------|
| Excellent |  | 33,8 % |
| Bon |  | 40,6 % |
| Passable |  | 18,4 % |
| Mauvais |  | 7,2 % |

Ensemble de l'expérience

| | | |
|------------|--|---------------|
| Excellent |  | 14,2 % |
| Bon |  | 39,4 % |
| Passable |  | 31,0 % |
| Mauvais |  | 15,4 % |

D'après les répondants, le coût est un obstacle qui génère un stress énorme, tant chez les personnes elles-mêmes que dans les relations.

Parmi les 1 594 personnes qui ont répondu à la question sur le coût, plus de la moitié a dépensé plus de 10 000 \$ en traitements, et près de 15 % ont déboursé plus de 40 000 \$.

| | | |
|------------------------------|--|---------------|
| 0 \$ |  | 1,6 % |
| Moins de 500 \$ |  | 7,0 % |
| 500 \$ à 999 \$ |  | 5,9 % |
| 1 000 \$ à 2 499 \$ |  | 8,2 % |
| 2 500 \$ à 4 999 \$ |  | 9,2 % |
| 5 000 \$ à 7 499 \$ |  | 6,8 % |
| 7 500 \$ à 9 999 \$ |  | 5,3 % |
| 10 000 \$ à 14 999 \$ |  | 12,4 % |
| 15 000 \$ à 19 999 \$ |  | 12,0 % |
| 20 000 \$ à 39 999 \$ |  | 16,7 % |
| 40 000 \$ à 59 999 \$ |  | 9,0 % |
| 60 000 \$ à 79 999 \$ |  | 2,6 % |
| 80 000 \$ à 99 999 \$ |  | 1,3 % |
| 100 000 \$ ou plus |  | 2,0 % |

ANNEXE B

- Les répondants veulent plus de financement pour les services de procréation assistée et les procédures de substitution (acuponcture, naturopathie, massage, etc.) ainsi que les procédures régulières.
- Dans près de 90 % des commentaires (à savoir plus de 800 commentaires), les répondants indiquent que l'Assurance-santé de l'Ontario devrait couvrir certains ou la totalité des coûts de la procréation assistée.
- Beaucoup de répondants estiment que les règles ou politiques de financement sont injustes.
- Les répondants indiquent que le coût des médicaments est supérieur au Canada que dans d'autres pays.

Le processus a un effet dévastateur sur le plan émotionnel, et le soutien affectif est rare.

La plupart des répondants expliquent combien leur expérience s'est avérée difficile sur le plan émotionnel et bien souvent dévalorisante, et à quel point il était dur de trouver un soutien affectif.

L'attitude des fournisseurs est déterminante.

- D'après les répondants, le dévouement et le respect des fournisseurs ont des effets importants sur les personnes qui utilisent les services de procréation assistée.

Les répondants homosexuels trouvent que leurs options sont limitées et que leurs préoccupations ne sont pas prises en compte.

Environ 3 % (54/1 890) des personnes qui ont rempli le sondage sur l'infertilité se sont présentées comme des personnes vivant une relation homosexuelle (mariées ou vivant comme conjoints de fait). Parmi ces personnes, 91 % étaient des femmes et près d'une personne sur quatre était âgée de 35 à 39 ans.

Environ 22 % des répondants homosexuels ont indiqué avoir des problèmes de fertilité (p. ex., faible mobilité des spermatozoïdes, trompes de Fallope bloquées). Les répondants ont précisé que si les couples homosexuels connaissent des problèmes de fertilité, le diagnostic du problème peut prendre du temps, car ni eux ni leurs fournisseurs ne s'attendent à des problèmes de fertilité.

La proportion des couples homosexuels (45 %) qui ont indiqué avoir eu recours à la fécondation in vitro est relativement élevée.

Sur le plan des obstacles concernant l'utilisation des services de procréation assistée pour la conception, les réponses étaient les mêmes pour les couples homosexuels que pour les autres répondants. Les principaux obstacles étaient le coût et les épreuves affectives. En outre, les répondants ont mentionné la nature hétérosexuelle des cliniques et l'accent mis sur l'infertilité plutôt que sur le besoin d'une procréation assistée – autrement dit, les services ne sont pas à l'écoute des besoins des couples homosexuels.

Sur le plan des ressources avantageuses, les répondants homosexuels ont indiqué qu'il était utile d'obtenir des renseignements et services explicitement adaptés aux couples homosexuels. Même s'ils ont le sentiment que leurs préoccupations ne sont pas prises en compte, les couples homosexuels sont un peu plus contents de la qualité des services de procréation assistée que l'ensemble des répondants du sondage.

Peu de répondants ont bénéficié de politiques de soutien en milieu de travail, telles que des congés autorisés pour se rendre aux rendez-vous. La plupart des répondants ne souscrivaient pas à un régime d'assurance-médicaments qui couvrirait les frais de médicaments pour la fertilité.

- Le caractère honteux associé à l'infertilité et les préoccupations liées à la sécurité de l'emploi peuvent empêcher les gens de recourir aux avantages sociaux de l'entreprise.

ANNEXE B

- Les avantages sociaux les plus utiles sont l'assurance-maladie complémentaire, les heures flexibles, l'assurance médicament de l'entreprise et le congé autorisé pour se rendre aux rendez-vous.
- Les gestionnaires se montrent souvent compréhensifs et coopératifs – même en l'absence de politiques d'entreprise en bonne et due forme.

D'après les répondants, le secteur public est généralement plus coopératif que le secteur privé, mais il ne couvre toujours pas tout.

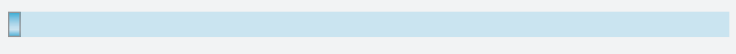
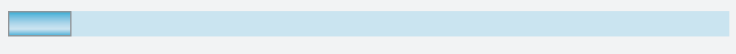

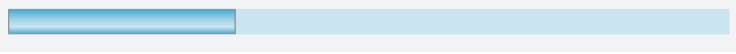
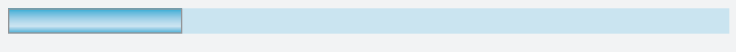
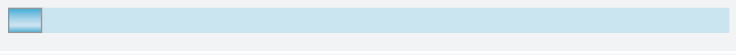
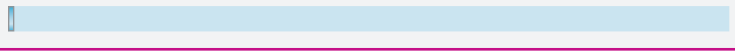
Le déplacement et les coûts y afférents posent problème pour plusieurs répondants qui ne résident pas près d'une clinique.

Les répondants estiment qu'il faut plus de sensibilisation et de renseignements.

- L'opinion publique devrait mieux connaître les facteurs qui favorisent l'infertilité, ainsi que les problèmes émotionnels et financiers auxquels font face les couples infertiles.
- Les renseignements pour les personnes qui utilisent les services de procréation assistée devraient être plus nombreux.

COMMENTAIRES DES RÉPONDANTS SUR LES SERVICES D'ADOPTION

Plus de la moitié des répondants qui ont rempli tout le questionnaire ont réussi à adopter au moins un enfant.

| | | |
|----------------|--|---------------|
| 18 à 24 |  | 1,6 % |
| 25 à 29 |  | 8,7 % |
| 30 à 34 |  | 28,4 % |
| 35 à 39 |  | 31,7 % |
| 40 à 44 |  | 24,2 % |
| 45 à 49 |  | 4,6 % |
| 50 ou plus |  | 0,7 % |

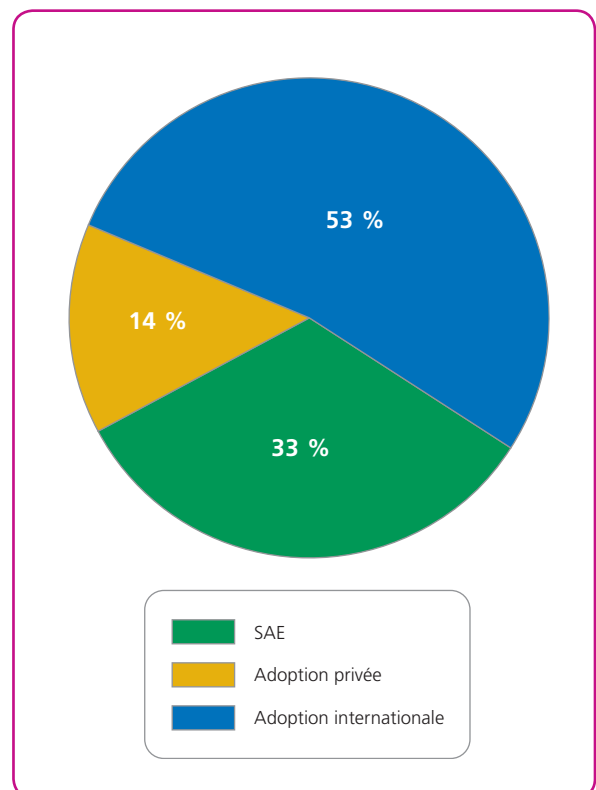
- La plupart d'entre eux étaient âgés de 30 à 39 ans au moment d'adopter leur premier enfant.
- Il s'agissait pour la plupart de couples hétérosexuels.
- Un répondant sur dix était célibataire, divorcé ou veuf.
- Un répondant sur vingt était un couple homosexuel.

La plupart des enfants (84 %) adoptés par des répondants avaient moins de trois ans, et 71 % avaient moins d'un an.

- À peu près aucun des répondants n'a adopté d'enfant de plus de sept ans.

La plupart des répondants ont adopté par l'entremise de services d'adoption internationale (313 enfants).

- Par l'entremise d'une société d'aide à l'enfance : 196 enfants.
- Par l'entremise du système privé au pays : 82 enfants.
- Presque toutes les adoptions ont été finalisées dans les trois ou quatre ans suivant le premier contact avec un service d'adoption; le temps d'attente moyen oscillait entre une et deux années.



La méthode d'adoption choisie par les répondants dépend de leur point de vue et de leur philosophie.

Points de vue ou raisons qui motivent le choix d'une adoption internationale :

- Plus rapide.
- Plus sûr.
- Chance accrue d'adopter un enfant sain.
- Capacité accrue d'adoption.

Points de vue ou raisons qui motivent le choix d'une adoption privée au pays :

- Chance accrue de pouvoir adopter un nouveau-né.
- Coûts inférieurs à l'adoption internationale.
- Frustration engendrée par le système public.

Points de vue ou raisons qui motivent le choix d'une adoption publique :

- Coûts exorbitants des adoptions privée et internationale.
- Personnalisation accrue des systèmes d'appariement.
- Croyance dans le mandat de la SAE (à savoir aider les enfants ayant besoin d'une famille ici).
- Adoption internationale non envisageable pour les couples homosexuels.

La relation avec le travailleur social ou l'intervenant en adoption a des répercussions sur l'expérience en matière d'adoption selon les trois méthodes.

- En règle générale, les répondants qui ont opté pour l'adoption privée au pays ou l'adoption internationale trouvent que les intervenants en adoption sont plus coopératifs que ceux qui ont adopté par l'entremise d'une SAE.
- Les célibataires et les couples homosexuels ont indiqué que leur relation avec leur travailleur social était particulièrement importante. Certains ont laissé entendre que leur travailleur social était particulièrement compréhensif et respectueux de leur choix de vie. D'autres ont fait remarquer qu'ils ont souffert de préjugés au cours du processus.

Les répondants qui ont adopté par l'entremise d'une SAE aimeraient davantage de soutien après l'adoption.

- Ils sont davantage satisfaits des subventions pour les enfants ayant des besoins spéciaux que des appuis obtenus.
- Ils aimeraient un plus grand soutien régulier pour les familles et plus d'appui pour les besoins en matière de santé mentale.

Les répondants jugent que tous les types de services d'adoption prennent un temps considérable.

D'après les répondants, les deux plus grands obstacles de l'adoption par l'entremise d'une SAE sont le temps qu'il a fallu pour adopter et l'épreuve affective. Les répondants qui ont adopté par l'entremise du système privé ont affirmé que l'épreuve affective était le plus grand obstacle. Suivait ensuite de très près le temps qu'il a fallu pour adopter. Pour ceux qui ont eu recours à l'adoption internationale, le facteur temps et la complexité du processus sont considérés comme d'importants obstacles.

ANNEXE B

Les parents homosexuels et célibataires peuvent faire face à des obstacles qui leur sont propres.

Même si les personnes homosexuelles ou célibataires ont généralement vécu les mêmes expériences que les couples hétérosexuels, elles ont mentionné certains obstacles du système, en particulier dans le cadre de l'adoption internationale. Dans ces cas-là, les répondants ont fait remarquer que les règlements dans d'autres pays réduisaient leurs choix d'adoption. De même, certains répondants homosexuels ou célibataires ont indiqué que les préjugés ressentis de la part de certains travailleurs sociaux dans le système public ont rallongé le processus ou les ont écartés de possibles adoptions.

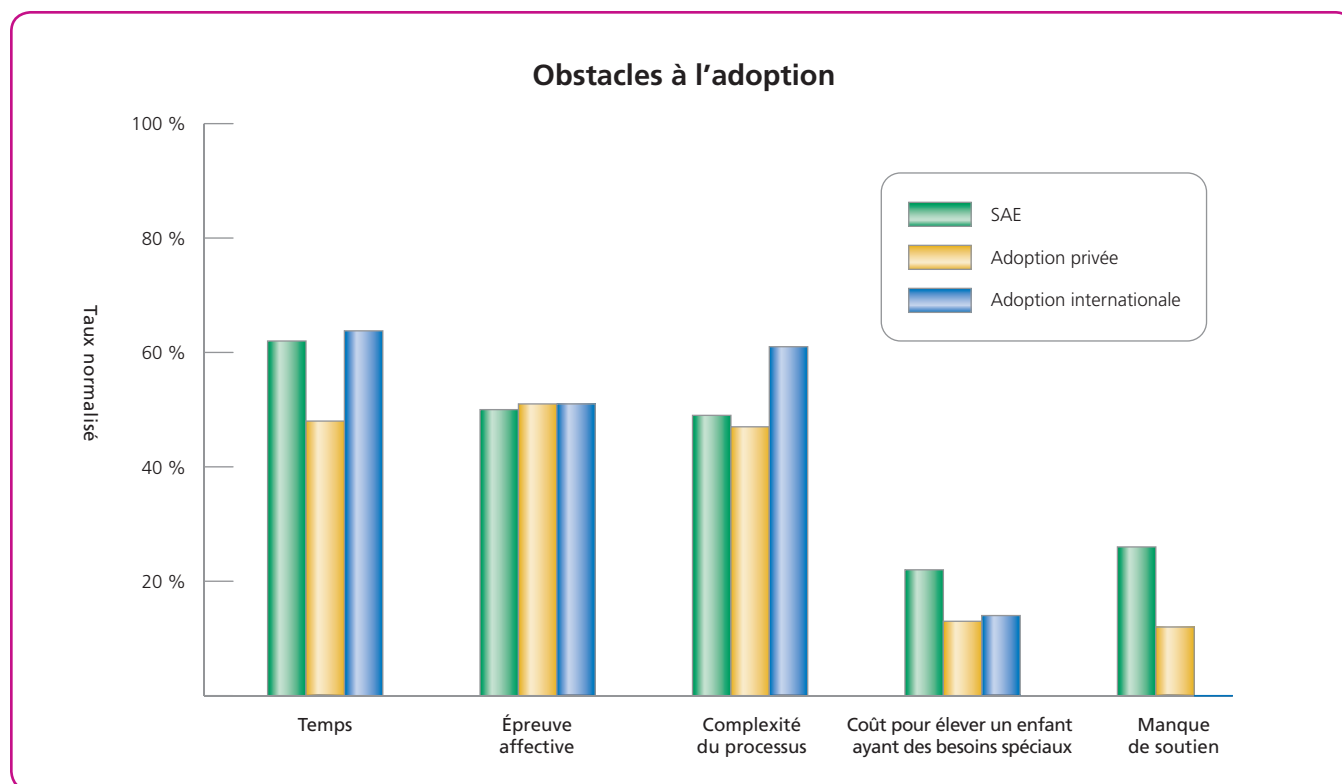
Remarque : Pour les besoins de la comparaison, les réponses « Une certaine incidence » et « Grande incidence » dans le tableau ci-dessous sont assorties respectivement du facteur de pondération 1 et 2.

| SAE (293 répondants) | Grande incidence | Une certaine incidence | « Cote » totale | Taux moyen |
|--|------------------|------------------------|-----------------|------------|
| Le temps qu'il a fallu pour adopter | 147 | 67 | 361 | 62 % |
| Épreuve affective | 104 | 83 | 291 | 50 % |
| Complexité du processus | 104 | 81 | 289 | 49 % |
| Coût pour élever un enfant ayant des besoins spéciaux | 48 | 33 | 129 | 22 % |
| Manque d'information, de services ou de soutien nécessaires pour élever un enfant ayant des besoins spéciaux | 59 | 34 | 152 | 26 % |

| Système privé au pays (166 répondants) | Grande incidence | Une certaine incidence | « Cote » totale | Taux moyen |
|--|------------------|------------------------|-----------------|------------|
| Le temps qu'il a fallu pour adopter | 61 | 38 | 160 | 48 % |
| Épreuve affective | 67 | 34 | 168 | 51 % |
| Complexité du processus | 55 | 45 | 155 | 47 % |
| Coût pour élever un enfant ayant des besoins spéciaux | 16 | 12 | 44 | 13 % |
| Manque d'information, de services ou de soutien nécessaires pour élever un enfant ayant des besoins spéciaux | 13 | 13 | 39 | 12 % |

| Adoptions internationales (381 répondants) | Grande incidence | Une certaine incidence | « Cote » totale | Taux moyen |
|--|------------------|------------------------|-----------------|------------|
| Le temps qu'il a fallu pour adopter | 218 | 93 | 529 | 69 % |
| Épreuve affective | 134 | 120 | 388 | 51 % |
| Complexité du processus | 175 | 115 | 465 | 61 % |
| Coût pour élever un enfant ayant des besoins spéciaux | 39 | 25 | 103 | 14 % |
| Manque d'information, de services ou de soutien nécessaires pour élever un enfant ayant des besoins spéciaux | s.o. | s.o. | s.o. | s.o. |

ANNEXE B



Le soutien est utile dans le processus d'adoption.

Les répondants – surtout ceux qui ont adopté par l'entremise d'un service d'adoption internationale – jugent très utiles les conseils obtenus d'autres parents adoptifs. Les personnes qui ont rempli le sondage ont également indiqué que les conseils et le soutien des travailleurs sociaux et des intervenants en adoption avaient joué un rôle important. Les personnes qui sont passées par les services d'adoption internationale ont trouvé Internet utile tandis que celles qui ont adopté par l'entremise d'une SAE ont jugé le cours de formation du modèle PRIDE plus utile que celles qui sont passées par les services d'adoption hors SAE.

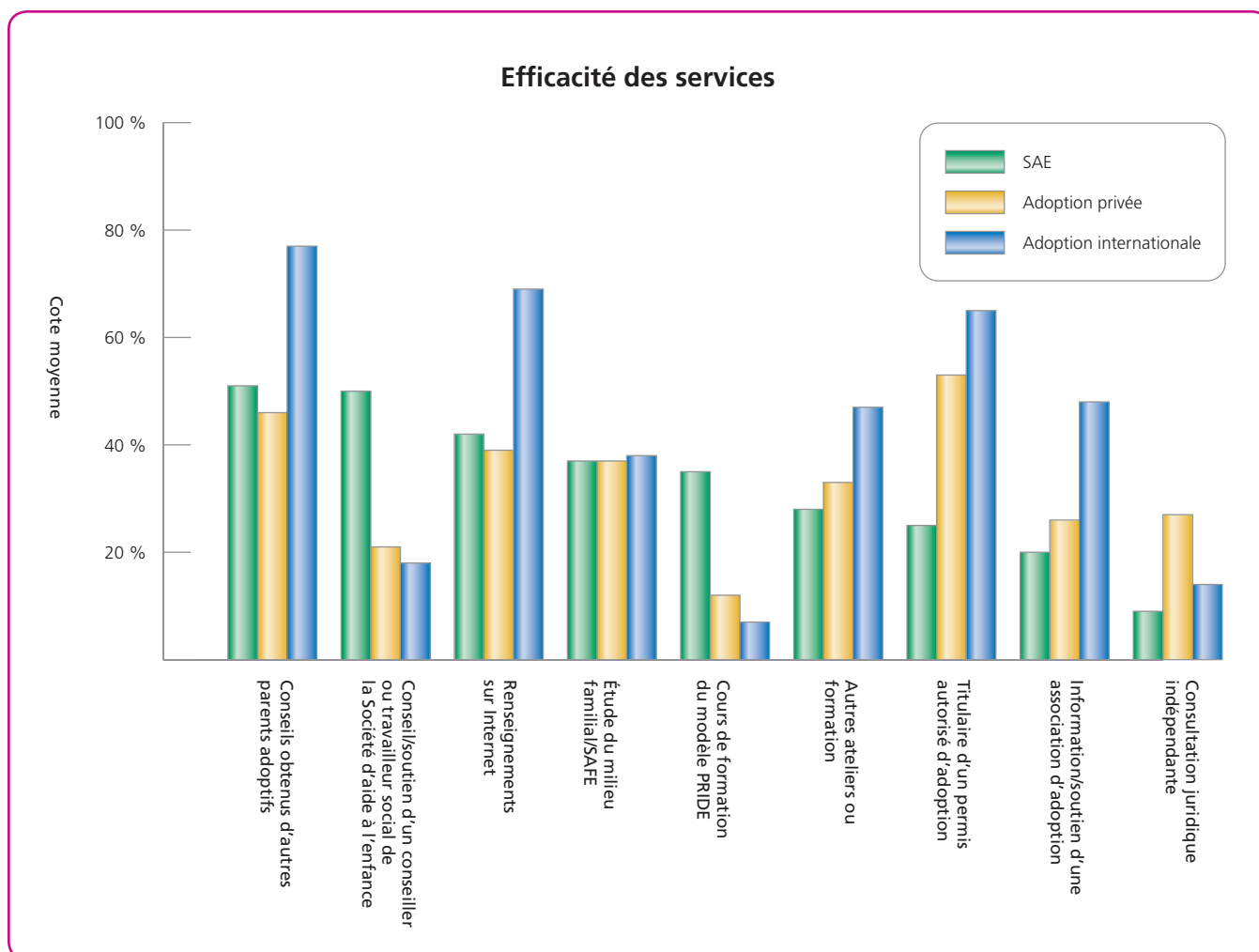
| SAE (260 répondants) | Grande incidence | Une certaine incidence | « Cote » totale | Taux moyen |
|--|------------------|------------------------|-----------------|------------|
| Conseils obtenus d'autres parents adoptifs | 92 | 79 | 263 | 51 % |
| Conseil/soutien d'un conseiller ou travailleur social de la Société d'aide à l'enfance | 99 | 61 | 259 | 50 % |
| Renseignements sur Internet | 53 | 110 | 216 | 42 % |
| Étude du milieu familial/SAFE | 59 | 72 | 190 | 37 % |
| Cours de formation du modèle PRIDE | 60 | 62 | 182 | 35 % |
| Autres ateliers ou formation | 51 | 43 | 145 | 28 % |
| Titulaire d'un permis autorisé d'adoption | 53 | 22 | 128 | 25 % |
| Information/soutien d'une association d'adoption | 33 | 36 | 102 | 20 % |
| Consultation juridique indépendante | 13 | 19 | 45 | 9 % |

ANNEXE B

| Système privé au pays (130 répondants) | Grande incidence | Une certaine incidence | « Cote » totale | Taux moyen |
|--|-------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------|
| Conseils obtenus d'autres parents adoptifs | 46 | 28 | 120 | 46 % |
| Conseil/soutien d'un conseiller ou travailleur social de la Société d'aide à l'enfance | 24 | 7 | 55 | 21 % |
| Renseignements sur Internet | 31 | 40 | 102 | 39 % |
| Étude du milieu familial/SAFE | 34 | 27 | 95 | 37 % |
| Cours de formation du modèle PRIDE | 12 | 8 | 32 | 12 % |
| Autres ateliers ou formation | 35 | 15 | 85 | 33 % |
| Titulaire d'un permis autorisé d'adoption | 60 | 18 | 138 | 53 % |
| Information/soutien d'une association d'adoption | 20 | 28 | 68 | 26 % |
| Consultation juridique indépendante | 28 | 13 | 69 | 27 % |

| Adoptions internationales (343 répondants) | Grande incidence | Une certaine incidence | « Cote » totale | Taux moyen |
|--|-------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------|
| Conseils obtenus d'autres parents adoptifs | 232 | 63 | 527 | 77 % |
| Conseil/soutien d'un conseiller ou travailleur social de la Société d'aide à l'enfance | 48 | 26 | 122 | 18 % |
| Renseignements sur Internet | 181 | 109 | 471 | 69 % |
| Étude du milieu familial/SAFE | 80 | 99 | 259 | 38 % |
| Cours de formation du modèle PRIDE | 17 | 12 | 46 | 7 % |
| Autres ateliers ou formation | 115 | 95 | 325 | 47 % |
| Titulaire d'un permis autorisé d'adoption | 179 | 88 | 446 | 65 % |
| Information/soutien d'une association d'adoption | 125 | 80 | 330 | 48 % |
| Consultation juridique indépendante | 34 | 28 | 96 | 14 % |

ANNEXE B



La plupart des adoptions se sont conclues en l'espace de deux ans.

La plupart des répondants qui ont réussi à adopter ont pu conclure une adoption en l'espace de deux ans, voire moins. Même si bon nombre de personnes ont choisi l'adoption internationale pour des raisons de rapidité, les données montrent que les adoptions par l'entremise d'une SAE sont souvent aussi rapides, voire plus rapides, pour les répondants.

| Années d'attente avant l'adoption | SAE | Adoption privée au pays | Adoption internationale |
|-----------------------------------|-------|-------------------------|-------------------------|
| Moins d'une | 32 % | 50 % | 16 % |
| 1 à 2 | 49 % | 46 % | 69 % |
| 3 et plus | 19 % | 4 % | 15 % |
| TOTAL | 100 % | 100 % | 100 % |

ANNEXE B

D'après les répondants, les différences de coûts entre les différents services d'adoption sont importantes.

Voici la moyenne des coûts mentionnés dans le sondage :

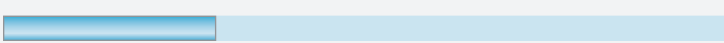
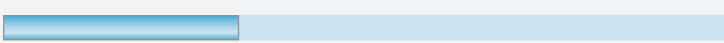
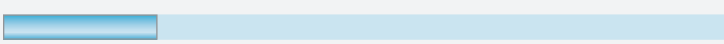
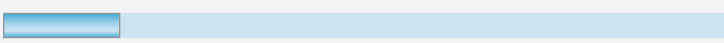
| | SAE | Adoption privée au pays | Adoption internationale |
|----------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|
| Étude du milieu familial + PRIDE | 301 \$ | 1 852 \$ | 1 775 \$ |
| Tous les autres coûts | 350 \$ | 12 140 \$ | 23 474 \$ |
| TOTAL | 651 \$ | 13 992 \$ | 25 249 \$ |

Environ un tiers des répondants ont reçu des appuis dans leur milieu de travail, tels que des heures de travail flexibles et un congé d'adoption.

- En règle générale, les répondants n'ont pas bénéficié de politiques d'aide dans leur milieu de travail ou n'ont pas trouvé très utiles les systèmes de soutien mis à leur disposition.
- Un peu plus de 40 répondants qui ont adopté par l'entremise d'une Société d'aide à l'enfance ont indiqué avoir reçu des subventions ou des appuis.
- Les répondants qui ont reçu des subventions les ont trouvés utiles – même si beaucoup d'entre eux font remarquer qu'il n'était pas facile de les obtenir et qu'elles ne couvraient pas suffisamment les coûts relatifs à un enfant ayant des besoins spéciaux. Les répondants ont tendance à se montrer moins satisfaits de la disponibilité des services de soutien pour les enfants, principalement en raison du temps d'attente ou du manque de services.

Environ deux répondants sur trois considèrent l'ensemble de leur expérience d'adoption comme bonne ou excellente.

Même si la plupart des répondants ont fait état de la difficulté et du côté frustrant du processus d'adoption, près des deux tiers ont affirmé que leur expérience avait été bonne ou excellente.

| Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre expérience d'adoption? | | |
|--|--|---------------|
| Excellente |  | 29,6 % |
| Bonne |  | 32,8 % |
| Passable |  | 21,4 % |
| Mauvaise |  | 16,2 % |

SONDAGE EN LIGNE

PRINCIPALES CONCLUSIONS DU SONDAGE EN LIGNE AUPRÈS DES FOURNISSEURS DE SERVICES, DES PERSONNES ADOPTÉES, DES PERSONNES CONÇUES À L'AIDE D'UN DONNEUR ET DU PUBLIC¹

LES PARTICIPANTS

- 115 fournisseurs de services : 34 % sont des fournisseurs de services de procréation assistée et 66 % des fournisseurs de services d'adoption (dont 41 % travaillent dans une SAE et 59 %, dans le secteur privé).
- 63 personnes adoptées (dont 81 % l'ont été par l'intermédiaire d'une SAE, 14 % par l'entremise de services d'adoption privée de l'Ontario ou du Canada et 2 % par l'intermédiaire de services d'adoption internationale (3 % ne savaient pas).
- Neuf personnes conçues à l'aide d'un donneur.
- 102 personnes du public.

LE POINT DE VUE DES FOURNISSEURS

L'Ontario possède des services de procréation assistée hautement compétents et efficaces, mais certains obstacles – dont le coût, le manque d'information et l'inégalité d'accès – empêchent les Ontariens d'en bénéficier.

Selon les fournisseurs de services de procréation assistée, l'Ontario possède des spécialistes hautement compétents et les techniques se perfectionnent sans cesse. En conséquence, plus de personnes parviennent à concevoir. Certains fournisseurs estiment que l'adoption de lois telles que la *Loi sur la procréation assistée* (loi fédérale) est un point fort du système – tandis que d'autres pensent que cela rend l'accès aux services encore plus difficile. Bon nombre d'entre eux ont souligné que le règlement connexe n'a pas encore été élaboré et que la loi n'est pas encore appliquée.

Bien que certains services de procréation assistée – en particulier les services de diagnostic – soient subventionnés par l'État, les fournisseurs de services affirment que la principale lacune du système réside dans le coût extrêmement élevé des traitements.

Les fournisseurs estiment également que l'information sur la fertilité est insuffisante. En effet, les gens ignorent que le temps dont ils disposent pour avoir accès à des services de procréation assistée qui sont efficaces est limité.

Pour améliorer les services et l'accès à ceux-ci, les fournisseurs proposent les mesures suivantes :

- Subvention des services par l'État.
- Formation sur la fertilité.

¹ À noter que les points de vue ou renseignements donnés dans le cadre des sondages n'engagent que leurs auteurs. Ceux-ci ne représentent pas nécessairement la population dans son ensemble.

ANNEXE B

- Mise sur pied d'un système indépendant d'évaluation du taux de succès des cliniques.
- Élargissement de la formation et de l'agrément des conseillers.
- Renforcement de la réglementation et possibilité d'assurer le suivi de l'issue des traitements.
- Intensification de la recherche sur les causes d'infertilité.

Les services d'adoption publique de l'Ontario possèdent un personnel compétent et dévoué, mais ne disposent pas de ressources suffisantes pour répondre aux besoins.

Selon les fournisseurs de services d'adoption qui travaillent pour une SAE, les points forts du système d'adoption publique comprennent notamment :

- Un personnel dévoué, expérimenté et qualifié.
- La volonté de répondre aux besoins des enfants – surtout ceux ayant des besoins particuliers.
- Les services de soutien pour les familles adoptives.

Bon nombre de fournisseurs pensent que la méthode SAFE d'étude du milieu familial et le modèle PRIDE de formation parentale constituent aussi des points forts, bien que certains estiment que ces programmes sont trop longs et, parfois, indiscrets.

Les fournisseurs travaillant dans des SAE affirment toutefois qu'ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour accomplir leur travail comme ils l'aimeraient. Ils pensent que les mesures suivantes amélioreraient les services d'adoption publique :

- Augmentation du soutien aux familles adoptives.
- Augmentation des ressources – particulièrement en ce qui concerne la recherche de foyers pour les enfants plus âgés et ceux ayant des besoins particuliers.
- Augmentation du financement de l'ensemble des services d'adoption et modification de la façon dont les services sont subventionnés, de manière à favoriser l'adoption plutôt que le maintien en famille d'accueil.
- Diminution du nombre de cas.
- Diminution de la bureaucratie.
- Accélération des instances juridiques en vue de permettre l'adoption d'enfants.

Les fournisseurs estiment que, s'ils disposaient de plus de ressources, ils pourraient réduire le temps requis pour mener à bien une adoption.

Certains fournisseurs travaillant dans des SAE sont d'avis que les méthodes actuelles favorisent la confrontation, à la fois avec les parents naturels et les parents adoptifs ainsi que la discrimination à l'égard des minorités.

Les travailleurs des SAE pensent aussi que le fait de privilégier la prestation de services plutôt que la « protection » des champs de responsabilités individuels, l'amélioration des relations publiques et une meilleure cohésion entre les sphères de compétence seraient des atouts pour le système d'adoption publique.

Les services d'adoption privée au pays et les services d'adoption internationale de l'Ontario possèdent un personnel compétent et dévoué, mais il coûte cher.

Selon les fournisseurs de services d'adoption privée au pays et de services d'adoption internationale, leurs points forts comprennent notamment :

ANNEXE B

- Personnel dévoué, expérimenté et compétent.
- Services souples, créatifs et personnalisés.
- Plus de choix pour les parents.
- Absence de bureaucratie.
- Efforts axés sur l'intérêt supérieur de l'enfant.

Les lacunes dont il est fait état comprennent les frais d'adoption, l'augmentation constante des formalités administratives requises et l'absence de collaboration entre les services d'adoption publics et privés (p. ex., ces services ne partagent pas les études du milieu familial réalisées).

LE POINT DE VUE DE LA PERSONNE ADOPTÉE

Toutes les personnes adoptées qui ont répondu au sondage avaient trois ans ou moins lors de leur adoption, la majorité étant des bébés. La plupart sont heureuses d'avoir été adoptées, mais un petit nombre se disent opposées à l'adoption.

La plupart de ces personnes ont fait part de leur intérêt à l'égard de la loi récemment adoptée en Ontario portant sur la divulgation des renseignements sur les adoptions. La majorité d'entre elles se disent favorables à la divulgation et estiment que le manque de transparence constitue la principale lacune du système d'adoption ontarien. Un petit nombre des répondants ne sont cependant pas en faveur d'une telle divulgation.

LE POINT DES PERSONNES CONÇUES À L'AIDE D'UN DONNEUR

Les répondants avaient entre 20 et 38 ans. Le petit nombre de personnes conçues à l'aide d'ovules ou de sperme offerts par des donneurs qui ont participé au sondage perçoivent la confidentialité entourant la procréation par l'entremise d'un tiers comme une lacune du système. Certaines d'entre elles se sentent « étrangères » dans leur famille et auraient aimé en savoir plus sur le donneur, afin de mieux se connaître elles-mêmes.

Beaucoup ont su qu'elles avaient été conçues à l'aide d'un donneur alors qu'elles étaient plus âgées et disent avoir subi un « choc » en l'apprenant. Certaines se disent inquiètes de ne pas connaître l'identité du donneur.

LE POINT DE VUE DU PUBLIC

On a demandé à des personnes du public ce que pourrait faire l'Ontario pour faciliter l'accès à l'adoption et aux traitements de procréation assistée. Dans un cas comme dans l'autre, elles ont cité le coût comme le principal aspect à améliorer. Soixante-dix-neuf des cent deux personnes qui ont répondu au sondage (soit 78 %) estiment que l'Assurance-santé de l'Ontario devrait couvrir une partie ou la totalité du coût des traitements de procréation assistée. Certaines ont suggéré que les frais d'adoption soient déductibles du revenu imposable.

ANNEXE B

Pour faciliter l'accès à ces services, les personnes du public proposent également les mesures suivantes :

- Mieux informer les jeunes femmes sur la fertilité, et le public en général sur les problèmes de fertilité et les traitements possibles.
- Accroître le nombre des cliniques de fertilité.
- Offrir plus précocement des tests de fertilité.
- Modifier la loi fédérale sur la procréation assistée, afin de réduire les obstacles à la procréation par l'entremise d'un tiers.
- Offrir davantage de soutien psychologique et de services de counseling aux couples qui ont recours à la procréation assistée.
- Rendre l'adoption plus facile (assouplir les exigences de formation, réduire le nombre de formulaires à remplir et la fréquence de mise à jour des études du milieu familial et des vérifications des antécédents, donner aux parents adoptifs les mêmes congés parentaux qu'aux parents naturels).
- Permettre aux familles d'entreprendre simultanément des traitements de procréation assistée et des démarches d'adoption.
- Embaucher davantage de travailleurs sociaux dans les services d'adoption.
- Établir une base de données sur les familles qui souhaitent adopter un enfant.
- Créer une agence d'information sur l'adoption et sur les enfants canadiens pouvant être adoptés.

Un petit nombre de personnes du public ayant répondu au sondage se disent opposées à la procréation assistée. Aucune d'entre elles ne s'oppose à l'adoption, mais un très petit nombre estime qu'il est important que les parents adoptifs tiennent compte du point de vue de l'enfant adopté.

ENTREVUES

ENTREVUES

PRINCIPALES OBSERVATIONS TIRÉES DES ENTREVUES²

Cent six entrevues ont été réalisées. Soixante-treize des participants avaient répondu au sondage en ligne et 33 ont été recommandés par des membres du comité d'experts. Au total, 83 de ces entrevues ont été effectuées par téléphone et 23 en personne.

Sur les 106 entrevues, 78 portaient sur le système de procréation assistée et 39 sur les systèmes d'adoption. Sept des personnes interviewées ont fait part de leur expérience quant aux familles d'accueil. La plupart des participants aux entrevues (89 %) avaient entre 30 et 45 ans. La majeure partie des personnes qui ont répondu aux questions sur l'infertilité (90 %) étaient mariées, 7 % vivaient en union de fait et 3 % étaient célibataires. Parmi celles qui ont répondu aux questions sur l'adoption, 92 % étaient mariées, 5 % vivaient en union de fait et 3 % étaient célibataires. Des 106 personnes interviewées, trois vivaient avec des partenaires du même sexe.

Fertilité

Lorsqu'on leur a demandé ce qui avait motivé leur décision de recourir à des services de procréation assistée, presque toutes les personnes interviewées ont dit avoir réalisé qu'elles avaient sans doute un problème d'infertilité après environ huit mois d'essais infructueux pour concevoir. La majorité d'entre elles ont affirmé avoir essayé de concevoir un enfant de façon naturelle pendant environ un an avant de consulter un médecin. Plus de la moitié ne se sont interrogées sur leur fertilité qu'après avoir eu 30 ans. Un tiers des répondants a fait état de causes d'infertilité inexplicables, un tiers de causes d'infertilité imputables à l'homme et un tiers de causes d'infertilité imputables à la femme.

De façon générale, les participants n'étaient pas informés des problèmes liés à la fertilité avant d'avoir essayé, en vain, d'avoir un enfant. Ceux qui ont indiqué être modérément au courant de ce type de problème ont attribué cette sensibilisation au fait qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille travaillaient dans le milieu de la santé ou, encore, parce que des amis ou des membres de leur famille avaient éprouvé des problèmes d'infertilité. Presque tous les participants ont affirmé n'avoir reçu aucune information sur la fertilité à l'école. Peu avaient discuté des problèmes de fertilité avec leur famille immédiate avant d'envisager un traitement. Très peu de participants ont déclaré qu'un fournisseur de soins de santé primaires leur avait demandé s'ils souhaitaient discuter des problèmes de fertilité avant qu'ils aient mentionné leur désir d'avoir un enfant. Beaucoup avaient reçu des conseils sur les moyens de contraception de leur médecin de famille, mais pas sur les questions de fertilité. Plus de la moitié des personnes interviewées ont dit ne pas s'être posé de questions sur leur fertilité avant d'essayer d'avoir un enfant. La plupart des personnes qui craignaient d'être infertiles avant d'essayer de concevoir un enfant avaient déjà des problèmes de santé.

Les participants ont consulté différents professionnels de la santé et ont eu recours à une vaste gamme de traitements. Beaucoup ont utilisé divers types de traitement et plusieurs ont subi des interventions chirurgicales. L'acupuncture est très populaire auprès des personnes souffrant d'infertilité, mais davantage comme une méthode de relaxation et comme moyen d'améliorer l'état général de santé mentale et physique pouvant, indirectement, favoriser la conception.

² À noter que les points de vue ou renseignements donnés dans le cadre des sondages n'engagent que leurs auteurs. Ceux-ci ne représentent pas nécessairement la population dans son ensemble.

ANNEXE B

Environ le quart des personnes ayant suivi des traitements de procréation assistée ont eu au moins un enfant. Dans 35 % des cas, les traitements n'ont pas mené à des grossesses. Cinq femmes étaient enceintes après avoir eu recours à des techniques de procréation assistée. Environ un tiers des femmes interviewées ont dit avoir fait une fausse couche après être devenues enceintes à l'aide de ces techniques.

Beaucoup de répondants ont confié qu'ils avaient envisagé de mettre fin aux traitements à un moment ou à un autre, les deux principaux motifs invoqués étant le coût et l'épuisement émotif. Beaucoup ont dit qu'ils « avaient la chance d'avoir un bon travail », mais que le coût des tests, des interventions et des médicaments avait eu des répercussions sérieuses sur leur vie et désorganisé leur planification financière à long terme.

Tous les participants estiment que l'Assurance-santé de l'Ontario devrait couvrir les services de procréation assistée, du moins en partie car, à leur avis, l'infertilité est un problème médical et non un choix de mode de vie. Plusieurs ont suggéré que l'État pourrait couvrir trois traitements de fécondation in vitro (FIV) et la plupart pensent que les régimes d'assurance-maladie devraient couvrir le coût des médicaments et les frais de counseling. Les répondants ont relevé des manques de cohérence et des écarts de coûts importants selon les cliniques et la situation géographique. Bon nombre d'entre eux ont dit qu'une clinique leur avait conseillé d'entreprendre des traitements FIV sans passer des tests préalables, ce qui, à leur avis, était motivé par les intérêts financiers du médecin, de la clinique et de l'industrie en général. Plusieurs participants ont dit qu'ils ont décidé de ne pas avoir d'autres enfants en raison des coûts, car ils n'avaient tout simplement pas les moyens de poursuivre des traitements aussi onéreux.

Environ 65 % des personnes interviewées ont dit avoir reçu une aide financière (pour payer les traitements, les médicaments, etc.). Plusieurs des participants se demandent pourquoi l'Assurance-santé de l'Ontario couvre trois traitements FIV pour les femmes dont les deux trompes de Fallope sont bloquées, mais n'en couvre aucun lorsque la cause de l'infertilité est imputable à l'homme ou si l'infertilité de la femme est attribuable à d'autres causes que le blocage des trompes.

Pour plusieurs participants, les jours de travail manqués pour subir les traitements, passer les tests et effectuer le suivi constituent un autre souci financier. Les participants estiment que les traitements avaient des répercussions aussi bien financières que psychologiques sur leur travail et leur carrière. Environ la moitié seulement ont dit que leur employeur était au courant du fait qu'ils suivaient des traitements de procréation assistée, la majorité d'entre eux affirmant que leur employeur s'était montré compréhensif (en leur offrant, par exemple, un horaire de travail plus souple et en leur permettant de prendre congé pour les rendez-vous médicaux).

Les personnes interviewées affirment que l'infertilité est une expérience dévastatrice, et l'une des plus difficiles qu'ils ont vécues. Les hauts et les bas des traitements sont très éprouvants. Tous les participants s'entendent pour dire que le processus est extrêmement stressant et qu'il avait des répercussions sur toutes leurs relations, que ce soit avec leur partenaire, leur famille ou leurs amis.

Les participants disent que le fardeau financier que représentent les traitements de procréation assistée est une source importante de tension dans un couple, surtout si l'un des partenaires est plus décidé que l'autre à avoir un enfant de cette façon.

La plupart des personnes interviewées ont dit que le manque d'information du public et la stigmatisation associée à l'infertilité contribuent à intensifier les sentiments d'isolement et de tristesse. Presque tous les participants recommandent une campagne de formation sur la fertilité en vue d'informer les gens sur la prévalence de l'infertilité dans la société et d'aider à dissiper la stigmatisation qui s'y rattache.

ANNEXE B

Environ la moitié des répondants ont indiqué qu'ils avaient consulté un spécialiste pour les aider à gérer leurs émotions, et presque tous pensent que le fait d'avoir quelqu'un avec qui parler de leur situation leur serait très bénéfique. Pour certains participants, le recours à du counseling professionnel n'était pas envisageable en raison des frais. Des participants ont aussi trouvé de l'aide auprès de groupes de soutien et de forums de discussion en ligne et affirment que ce sont également de bonnes sources d'information sur les traitements, les cliniques et les médecins.

Étant donné les écarts constatés entre les coûts, les tests et l'accessibilité aux traitements, la plupart des répondants sont d'avis que les services de procréation assistée devraient être réglementés. Ils souhaitent l'adoption de normes applicables aux tests et aux traitements ainsi qu'aux méthodes de suivi et de compte rendu des taux de réussite. Certains répondants auraient apprécié que les cliniques fassent preuve de plus d'honnêteté en leur conseillant de mettre fin aux traitements plutôt que de leur donner de faux espoirs. D'autres se sont dits inquiets des effets à long terme des traitements contre l'infertilité et des médicaments sur la santé des femmes et des enfants.

Certains participants ont mentionné le don d'ovules ou de sperme et le recours à des mères porteuses comme des solutions pour les personnes qui ne peuvent pas concevoir un enfant. Les participants pensent aussi que les lois portant sur ces solutions ne sont pas bien comprises et ils aimeraient que l'Ontario abolisse les restrictions sur les dons d'ovules et de sperme (les personnes interviewées n'étaient pas conscientes que cette question est de compétence fédérale). Un petit nombre a affirmé avoir suivi des traitements dans des pays qui autorisent ces dons.

Les participants estiment qu'il faudrait investir dans l'information des médecins, des fournisseurs de services et du public en général sur les problèmes d'infertilité. Ils ont souligné la nécessité d'informer le public sur l'infertilité et sa prévalence dans la société et de sensibiliser les employeurs et les professionnels des ressources humaines au temps qu'exigent les traitements de procréation assistée et au fardeau émotionnel qu'ils représentent. Ils pensent que l'État devrait offrir une source centralisée d'information sur la fertilité et les services de procréation assistée (où l'on pourrait obtenir des statistiques et des renseignements sur les cliniques, les médecins et les traitements).

Environ la moitié des participants ont indiqué avoir songé à l'adoption, mais seulement comme solution de rechange en cas d'échec des traitements de procréation assistée. La plupart ont dit qu'ils avaient choisi de suivre des traitements de procréation assistée plutôt que d'entamer des démarches d'adoption car ils pensaient que ce serait plus rapide et plus facile et qu'ils pourraient mieux contrôler le processus. Certains ont dû choisir entre suivre des traitements FIV et entamer des démarches d'adoption parce qu'ils n'avaient pas les moyens de faire les deux.

On trouvera ci-dessous un résumé des suggestions et des idées proposées par les participants pour alimenter les recommandations du comité d'experts :

- Reconnaître l'infertilité comme un problème médical.
- Prévoir la couverture des traitements de procréation assistée par l'Assurance-maladie de l'Ontario.
- Supprimer toute injustice faisant partie du système.
- Réglementer les fournisseurs de techniques de procréation assistée afin d'accroître la responsabilisation.
- Former plus de médecins et ouvrir plus de cliniques.
- Donner de l'information en vue d'accroître la sensibilisation et d'éliminer la stigmatisation.
- Offrir des tests et du dépistage plus précoces.
- Financer les services de counseling et d'autres services de soutien émotionnel.

- Établir des règles claires sur les services de procréation assistée, notamment le transfert d'embryons, le don d'ovules et de sperme et le recours aux mères porteuses.

Adoption

La plupart des répondants qui ont eu recours au système ontarien d'adoption ont dit que leur désir d'adopter un enfant était directement lié à leur incapacité d'en concevoir un par la méthode naturelle ou à l'aide de techniques de procréation assistée. Plusieurs ont affirmé avoir adopté un enfant dont ils avaient la garde à titre de parents de famille d'accueil. Certains répondants ont toutefois déclaré avoir adopté un enfant après avoir déjà eu des enfants biologiques. Trois entrevues ont été effectuées avec des couples homosexuels qui avaient adopté des enfants. La plupart des répondants étaient âgés de 35 à 45 ans au moment de l'adoption de leur premier enfant. Plusieurs avaient suivi des traitements de procréation assistée pendant des années avant de se tourner vers l'adoption. La plupart des répondants (90 %) étaient mariés lorsqu'ils ont adopté leur premier enfant.

À l'origine, un plus grand nombre de participants, soit 44 %, souhaitaient adopter un enfant par l'intermédiaire du système d'adoption internationale, 33 % en ayant recours au système d'adoption public et 23 % au secteur privé.

- Ceux qui souhaitaient initialement adopter un enfant étranger avaient pris cette décision car ils pensaient que le temps d'attente serait plus court, que le processus serait mieux structuré et qu'ils seraient assurés d'avoir un enfant.
- Ceux qui se sont tournés vers le système d'adoption public l'ont fait essentiellement parce que les frais étaient peu élevés.
- Ceux qui ont opté pour le secteur privé disent l'avoir fait, notamment, parce qu'ils ne voulaient pas adopter un enfant ayant des besoins particuliers ni attendre trop longtemps, ou parce qu'ils pensaient qu'ils auraient ainsi de meilleures chances d'adopter un bébé.

L'expérience vécue par les répondants varie considérablement, selon le système utilisé, pour ce qui est des délais, de l'âge des enfants adoptés, des besoins de ces derniers, des frais ainsi que de la compétence et de la serviabilité des travailleurs sociaux. Malgré ces écarts, les participants estiment qu'on a de meilleures chances d'avoir un enfant en recourant à l'adoption plutôt qu'aux services de procréation assistée. Environ 46 % des répondants ont fait appel au système public, 39 % ont eu recours à l'adoption internationale et 31 % se sont adressés au système privé³.

Dans le cas des personnes qui ont eu recours au système public, il s'est écoulé en moyenne un peu moins de deux ans entre la première demande de renseignements et les dernières formalités d'adoption publique. L'âge moyen des enfants adoptés était tout juste inférieur à trois ans. L'expérience vécue par ces personnes dépendait de différents facteurs, dont la société d'aide à l'enfance (SAE) locale et le travailleur social affecté à leur dossier, leur situation personnelle et leurs attentes vis-à-vis du processus d'adoption public.

Certaines des personnes interviewées se sont dites très satisfaites du système public. Selon elles, le temps d'attente avait été court et les travailleurs sociaux étaient excellents. Plusieurs d'entre elles ont cependant engagé des spécialistes en adoption du secteur privé pour les aider à traiter avec la SAE locale et pour défendre leurs intérêts au sein du système. La majeure partie des participants qui ont eu recours au système public ont admis avoir ressenti de la frustration. Pour plusieurs, le système public est trop

³ Six participants ont dit avoir eu recours à plus d'un système.

ANNEXE B

bureaucratisé et manque de transparence. Ils estiment que ces facteurs contribuent à prolonger les temps d'attente et accroissent le stress chez les parents adoptifs.

Pour bon nombre de participants, l'une des principales lacunes du système public est qu'il n'y a personne pour plaider en faveur des parents adoptifs. Plusieurs ont souligné le manque de ressources de la SAE avec laquelle ils ont traité (qu'il s'agisse du manque de personnel, de la désuétude des techniques et des outils de travail ou des tests disponibles pour diagnostiquer les problèmes de santé physique et mentale des pupilles de la Couronne). Certaines personnes qui ont adopté des enfants par l'intermédiaire de différentes SAE ont également remarqué un manque de cohésion.

Pour ce qui est des personnes qui ont eu recours au système privé, il s'est écoulé en moyenne deux ans entre la première demande de renseignements et les dernières formalités d'adoption privée. Les enfants avaient, en moyenne, entre 17 et 18 mois au moment de la conclusion de l'adoption.

Les répondants ont, en général, une bonne opinion du système d'adoption privé. Ils n'ont pas attendu longtemps et ils ont apprécié la transparence du processus. Ils notent toutefois que leur expérience dépend des professionnels qu'ils avaient engagés. De plus, plusieurs participants ont dit qu'il était arrivé que les parents biologiques changent d'avis, et que cela avait été très difficile à vivre.

Les répondants ont souligné le temps, les efforts et l'argent qu'il faut investir, dans le système privé, pour monter un dossier, en raison de l'importance qu'y accordent les parents biologiques. Ils ont aussi fait état du fait que les agences se font concurrence et du manque de coordination entre elles.

La loi ontarienne sur les adoptions ouvertes a souvent été invoquée comme motif de ne pas recourir au système d'adoption privée. Plusieurs personnes trouvaient très dérangeante l'idée d'avoir à « partager leur enfant avec ses parents biologiques ». D'autres estiment que le système privé accorde trop d'importance aux droits des parents biologiques et néglige des solutions qui tiendraient davantage compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Dans le cas des personnes qui ont eu recours à l'adoption internationale, il s'est écoulé en moyenne deux ans entre la première demande de renseignements et les dernières formalités d'adoption internationale. Les enfants avaient, en moyenne, un peu plus de 18 mois au moment de la conclusion de l'adoption.

Plusieurs participants ont fait part de leur mécontentement à l'égard du processus d'adoption internationale, qu'ils trouvent coûteux, long et trop paperassier. Bon nombre de répondants disent ne pas comprendre les limites imposées sur l'âge des enfants et estiment que le système international devrait permettre l'adoption d'enfants ayant plus de trois ans.

Quel que soit le système qu'ils ont utilisé, les répondants s'entendent pour dire que l'adoption est un processus long et onéreux, mais que, si les démarches portent fruit, le résultat en vaut la peine. Les répondants ont indiqué que le choix du système d'adoption dépendait en grande partie de leurs moyens financiers. Les personnes qui ont eu recours au système privé ont déboursé en moyenne 40 000 \$, tandis que le coût d'une adoption internationale peut atteindre 70 000 \$. Plusieurs ont mentionné des écarts entre les différentes agences pour ce qui est des coûts et se disent favorables à une « standardisation » des frais et des processus, de façon qu'il soit possible de mieux planifier l'adoption d'un enfant et de comprendre les coûts qui y sont associés.

ANNEXE B

Un bon nombre des personnes interrogées ont peu apprécié le modèle PRIDE de formation parentale, plusieurs le qualifiant même d'« arnaque ». Ceux qui ont eu recours à l'adoption internationale affirment que la formation n'est pas pertinente pour les parents d'enfants étrangers. Beaucoup ont formulé des commentaires sur la méthode SAFE d'étude du milieu familial, qu'ils ont jugée indiscreète et peu respectueuse de leur vie privée.

La plupart des répondants ont souligné que les parents adoptifs n'ont droit qu'à neuf mois de congé parental, tandis que les parents biologiques ont droit à douze mois. Plusieurs ont fait remarquer que cela prend beaucoup plus de temps pour tisser des liens avec un enfant adoptif qu'avec un enfant naturel, de sorte que le congé parental devrait durer douze mois, voire davantage, surtout si l'enfant adoptif est plus âgé ou s'il a des besoins physiques, médicaux ou affectifs particuliers. Les parents qui ont adopté des enfants à l'étranger notent qu'il peut y avoir aussi des barrières linguistiques, et qu'il importe, dans ces cas, de disposer d'un congé parental assez long pour s'assurer que l'enfant est bien intégré à son nouveau foyer.

De nombreux participants ont fait état de l'absence de surveillance des SAE par l'État et estiment que ce dernier devrait être plus présent. Plusieurs déplorent le fait qu'ils n'ont pas pu faire état de leur mécontentement quant au manque d'information, de contact et de suivi car il n'existait pas de processus de traitement des plaintes.

Plusieurs participants ayant abandonné les services de procréation assistée pour se tourner vers l'adoption ont dit qu'ils ressentaient encore les effets des épreuves sociales, émotives et physiques liées au processus de procréation assistée. Certains ont été forcés de choisir entre la procréation assistée et l'adoption, s'étant fait dire par des travailleurs sociaux que les parents adoptifs éventuels « n'avaient pas le droit » de suivre des traitements de procréation assistée tout en faisant des démarches d'adoption. D'autres ont trouvé le processus d'examen du milieu familial difficile à vivre après avoir subi l'échec des traitements de procréation assistée.

On trouvera ci-dessous un résumé des suggestions formulées par les parents adoptifs afin d'orienter les recommandations du comité d'experts visant à faciliter l'accès aux services d'adoption en Ontario.

- Modifier le régime ontarien de crédits d'impôt afin qu'il couvre une plus grande partie des frais d'adoption, et mieux le faire connaître.
- Normaliser les frais des agences privées d'adoption.
- Permettre l'adoption d'enfants étrangers de plus de trois ans.
- Offrir la possibilité de suivre la formation PRIDE à distance.
- Créer un organisme responsable de la surveillance de toutes les SAE, doté d'un système de traitement des plaintes et d'un volet de promotion des droits des parents adoptifs et chargé d'un rôle d'information auprès du public.
- Accélérer le processus d'adoption.
- Offrir plus de soutien aux parents pendant le processus d'adoption.
- Accorder plus de temps aux parents adoptifs entre le moment où on les informe qu'un enfant peut être adopté et celui où ils doivent le prendre en charge.
- Faire pression auprès du gouvernement fédéral pour que le régime d'assurance emploi verse des prestations parentales aux parents adoptifs pendant 12 mois.
- Élaborer un programme de formation PRIDE à l'intention des parents qui adoptent des enfants à l'étranger.

ANNEXE B

- Revoir la méthode SAFE d'étude du milieu familial pour s'assurer qu'elle respecte la vie privée et les susceptibilités des parents éventuels.
- Accroître le personnel et les ressources des SAE et accroître la transparence du système.

Parents d'accueil

Tous les participants s'entendent pour dire que, de façon générale, être parent d'accueil est une expérience très positive, bien que certains avouent avoir parfois ressenti de l'agacement vis-à-vis des SAE. La plupart des participants affirment que ce qui les avait poussés à devenir des parents d'accueil était le désir d'aider un enfant et l'espoir de pouvoir en adopter un par l'intermédiaire du système d'adoption public. La décision de devenir parent d'accueil était souvent liée à l'infertilité.

Certains parents d'accueil n'ont hébergé qu'un seul enfant (parce qu'ils avaient l'intention d'adopter), alors que d'autres en ont accueilli plusieurs. Il pouvait s'agir de nouveau-nés jusqu'à des jeunes de 18 ans. La durée du séjour s'étalait d'une semaine à plusieurs années.

Lorsqu'on leur a demandé quel type de soutien devrait être offert aux enfants qu'ils hébergeaient, des participants ont dit souhaiter que des services psychologiques soient plus facilement accessibles par l'entremise de la SAE, notamment des groupes de soutien pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et des groupes de soutien social. Une personne a souligné l'absence de services de diagnostic du syndrome d'intoxication fœtale et de services de soutien pour les personnes aux prises avec cette maladie, et a mentionné que cette dernière était mal connue dans le système.

Sur le plan financier, quelques participants ont déclaré que, si les subventions pour adoption étaient uniformes dans l'ensemble de la province et aussi élevées que les sommes versées aux parents d'accueil, plus de parents d'accueil décideraient d'adopter les enfants qui leur sont confiés. Les participants ont indiqué que la principale raison de ne pas adopter les enfants qu'ils hébergent était de nature financière.

On trouvera ci-dessous un résumé des suggestions formulées par les parents d'accueil afin d'orienter les recommandations du comité d'experts visant à faciliter l'accès aux services d'adoption en Ontario.

- Assurer une meilleure continuité : les enfants devraient rester dans la même famille d'accueil.
- L'objectif du système de familles d'accueil devrait être l'adoption des enfants placés.
- Offrir plus de soutien aux parents d'accueil qui souhaitent adopter les enfants qui leur sont confiés.
- Demander l'avis des parents d'accueil pour déterminer ce qui convient le mieux à l'enfant en matière d'adoption.
- Créer une SAE centralisée qui chapeauterait les autres agences, afin d'améliorer la gestion des ressources et de mieux répondre aux besoins des enfants.
- Recruter et former plus de travailleurs sociaux.

**SONDAGE AUPRÈS DES SOCIÉTÉS
D'AIDE À L'ENFANCE**

SONDAGE AUPRÈS DES SOCIÉTÉS D'AIDE À L'ENFANCE

PRINCIPALES CONCLUSIONS DU SONDAGE AUPRÈS DES SOCIÉTÉS D'AIDE À L'ENFANCE⁴

Le questionnaire comprenait des questions qualitatives sur les pratiques et procédures des agences, sur les obstacles et les difficultés que doivent surmonter les sociétés d'aide à l'enfance (SAE) lorsqu'il est question d'adoption, ainsi que des suggestions pour améliorer le système d'adoption de la province. Le sondage comptait également un certain nombre de questions quantitatives. Nous avons demandé aux SAE de fournir des données sur les enfants pris en charge et sur les activités liées à l'adoption.

RÉPONSES

Vingt et une SAE ont répondu au sondage, soit 41 % des agences membres de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE) et 39 % de toutes les SAE de la province. Des données estimatives ont été fournies par 15 des 21 répondants.

PRATIQUES DES AGENCES

Méthodes de recrutement

De façon générale, la moitié des répondants ont indiqué utiliser l'Échange des ressources en matière d'adoption ou le programme AdoptOntario pour recruter des familles adoptives éventuelles. Discuter de l'adoption avec les familles d'accueil, tenir à jour une liste des familles en attente et organiser des rencontres de « zone » régionales figuraient au nombre des autres méthodes mentionnées.

Transférabilité de SAFE et PRIDE

Parmi les 21 agences qui ont répondu au sondage, six ont déclaré qu'elles acceptaient, moyennant des changements minimes, les études du milieu familial ou la formation parentale donnée par un intervenant du secteur privé. Par ailleurs, selon cinq répondants, une étude approfondie de la documentation, une mise à jour de l'étude du milieu familial et possiblement du modèle PRIDE seraient nécessaires.

De même, neuf agences ont déclaré fournir aux familles une copie signée de l'étude du milieu familial réalisée, alors que dix autres agences ont déclaré ne pas remettre aux familles un exemplaire de l'étude. Finalement, une agence a déclaré remettre aux familles un exemplaire non signé de l'étude du milieu familial et une autre agence n'a pas répondu à la question.

Meilleures pratiques

Les meilleures pratiques les plus courantes citées par les agences comprenaient la collaboration entre les travailleurs en protection de l'enfance et les travailleurs en adoption dans le but de favoriser la planification concomitante (cinq agences), la planification précoce d'une garde permanente (cinq agences) et l'octroi de subventions pour les enfants plus âgés ou ayant des besoins spéciaux (quatre agences). Les autres réponses comprenaient le recours à des consultations de « zone », l'étude des ordonnances du

⁴ Il est important de noter que les opinions ou les commentaires fournis dans les sondages sont ceux des participants et ne correspondent pas nécessairement au point de vue de toutes les agences.

tribunal portant sur le droit de visite à l'égard des pupilles de la Couronne et l'utilisation de l'Échange des ressources en matière d'adoption.

Obstacles

Les obstacles cités le plus souvent étaient les retards du processus judiciaire qui ont été mentionnés par plus de la moitié des agences. Sept agences ont également mentionné le manque de financement ou de ressources pour le travail d'adoption, ainsi que le fait que de nombreux parents adoptifs éventuels souhaitent uniquement adopter de jeunes enfants. Finalement, cinq agences ont déclaré un manque d'orientation de la part du ministère.

ESTIMATIONS DES SOCIÉTÉS D'AIDE À L'ENFANCE

Dans le questionnaire, nous avons également demandé aux agences de fournir des données sur les activités liées à l'adoption et, en l'absence de données objectives, de fournir leurs meilleures estimations. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, nous reconnaissons que ces données ne sont pas significatives d'un point de vue statistique, ni représentatives de toutes les agences de la province, mais elles nous donnent un aperçu des activités d'adoption au sein des agences que nous n'aurions pas pu obtenir autrement.

Le processus d'adoption

La plupart des agences ont déclaré recevoir chaque mois un maximum de cinq demandes de renseignements sur l'adoption; cependant, deux agences ont déclaré en recevoir plus de 20 par mois. De même, la plupart des agences ont déclaré compter un maximum de 10 familles en attente de formation ou d'étude du milieu familial, mais une agence a indiqué posséder une liste de plus de 85 familles qui attendent de commencer le processus d'adoption.

La plupart des agences ont indiqué qu'il fallait six mois ou moins pour commencer la formation ou l'étude du milieu familial, mais deux agences ont indiqué que le délai était supérieur à douze mois. Aucune agence n'a déclaré que sa période d'attente était supérieure à deux ans.

Enfants pris en charge

On a demandé aux agences de fournir des renseignements sur les enfants qui sont devenus des pupilles de la Couronne depuis avril 2007, afin de savoir si certains des changements apportés en vertu du programme de transformation prenaient forme. Les agences qui ont répondu (n=15) ont fourni des données sur 1 494 pupilles de la Couronne en tout qui ont été pris en charge depuis avril 2007.

Au total, les agences ont déclaré qu'environ la moitié des pupilles avait un droit d'accès à leurs parents biologiques. L'écart entre les agences était assez important; une agence indiquait que 21 % des pupilles de la Couronne depuis avril 2007 n'avaient pas de droit d'accès et ce pourcentage était de 69 % pour une autre agence.

De plus, les agences ont déclaré que 568 des nouveaux pupilles de la Couronne avaient un plan de garde permanente, ce qui correspondait à 83,5 % des nouveaux pupilles sans droit d'accès et à 38 % de l'ensemble de tous les nouveaux pupilles.

Finalement, le sondage révèle que 258 des nouveaux pupilles de la Couronne étaient dans des foyers adoptifs provisoires, en attendant l'approbation d'une adoption, selon les délais prescrits, et que 194 adoptions ont été

ANNEXE B

finalisées pour les nouveaux pupilles de la Couronne depuis avril 2007. De plus, les agences ont signalé un total de sept échecs d'adoption pour les nouveaux pupilles de la Couronne.

Options de placement

On a demandé aux agences de fournir des renseignements sur l'utilisation des ordonnances ou accords de communication, ainsi que sur les ordonnances de garde pour les pupilles de la Couronne. Au total, 14 accords de communication et cinq ordonnances de communication ont été signalés pour les adoptions de nouveaux pupilles de la Couronne depuis avril 2007, et trois ordonnances de garde ont été indiquées.

Enfants en famille d'accueil

Pour terminer, on a demandé aux agences d'indiquer le nombre de pupilles de la Couronne placés en famille d'accueil depuis trois ans ou plus, et de ce nombre, combien avaient été dans la même famille d'accueil depuis les trois dernières années. Au total, 45 % des enfants placés en famille d'accueil depuis au moins trois ans étaient dans la même famille depuis trois ans.

GROUPES DE DISCUSSION DE JEUNES⁵

GROUPES DE DISCUSSION DE JEUNES⁵

CONTEXTE

Les jeunes ont eu l'occasion de répondre aux questions suivantes :

- Selon vous, en quoi consiste l'adoption? Dites-nous ce que ce mot signifie pour vous.
- Pouvez-vous nous dire, selon vous, à quoi ressemble l'adoption dans une famille permanente?
- Quand l'adoption est-elle une bonne solution pour les pupilles de la Couronne?
- Est-ce que l'adoption serait une bonne chose si les pupilles de la Couronne avaient un droit d'accès permanent à un proche et pouvaient entretenir cette relation après l'adoption?
- Pensez-vous que ce serait une bonne idée pour les parents de famille d'accueil d'adopter les enfants dont ils prennent soin? Dans quelles circonstances serait-ce une bonne idée?
- Avez-vous eu l'occasion d'être adopté? Veuillez décrire vos expériences.
- Est-ce que les pupilles de la Couronne ont besoin de services ou de soutien pour les préparer à l'adoption? Si oui, pouvez-vous fournir des détails.
- Est-ce que les pupilles de la Couronne ont la possibilité de faire part de leurs besoins ou de leurs préoccupations à l'égard du processus d'adoption? Si non, quels mécanismes devraient être offerts?
- Y a-t-il des messages ou des suggestions que vous aimeriez communiquer au comité, en vous basant sur votre expérience personnelle et vos points de vue, qui pourraient éclairer leurs recommandations?

La discussion a été très active et la plupart des participants semblaient à l'aise de partager leurs sentiments et leurs opinions avec le groupe. Certaines personnes ont choisi d'écouter plutôt que de prendre la parole, mais lorsqu'on leur a demandé si elles étaient d'accord avec ce qui avait été dit, elles ont répondu oui.

Ce rapport fournit un sommaire et une analyse des commentaires formulés par les jeunes lors de la discussion.

ANALYSE SOMMAIRE

Lorsque l'on a demandé aux participants de décrire en quoi consistait l'adoption et ce que le mot signifiait pour eux, pour bon nombre d'entre eux, adoption signifie *engagement* et *mène à la garde permanente*. Ces deux termes (engagement et garde permanente) ont été le thème dominant de la discussion de deux heures. Un autre thème qui s'est dégagé de la discussion était le *sentiment d'appartenance* qui est associé à l'engagement et à la garde permanente.

Pour certains jeunes, l'adoption signifie transférer la responsabilité du gouvernement vis-à-vis d'un enfant en le plaçant dans une famille adoptive. Une personne a dit : « *En tant que pupille de la Couronne, vous appréhendez certaines dates, mais si vous êtes adopté, ces dates limites ne sont pas aussi inquiétantes parce que vous avez l'appui de votre famille adoptive* ». Pour une autre personne, l'adoption c'était la « *tranquillité d'esprit parce que vous aviez un endroit permanent où aller chaque jour* ».

⁵ Il est important de noter que les opinions ou les commentaires fournis dans le cadre du groupe de discussion sont ceux des participants et ne représentent pas nécessairement ceux de l'ensemble de la population.

ANNEXE B

En ce qui concerne l'adoption dans une famille permanente et à quoi cela ressemblait, les participants ont dit que c'était « *le plus beau mot que l'on peut entendre parce qu'il est synonyme de long terme et que l'on n'a plus à s'inquiéter de devoir sans cesse changer d'endroit* ». Un participant a dit que l'adoption « *dissipait l'inquiétude de ne pas savoir où l'on se retrouverait dans une semaine ou deux* ».

Pour bon nombre d'entre eux, la *stabilité* est importante, mais d'autres ont fait remarquer qu'il ne s'agissait pas nécessairement d'avoir un domicile stable, mais d'avoir des *relations* stables et significatives et un environnement où l'on pouvait établir des *liens* avec des personnes et leur faire *confiance*.

D'autres participants ont indiqué que l'adoption dans une famille permanente signifiait « *faire partie de la famille, comparativement à être placé en famille d'accueil* ». Pour bon nombre d'entre eux, un sentiment de confort était lié au fait de porter le même nom de famille que la famille adoptive.

Une personne a dit que l'adoption dans une famille permanente signifiait que « *peu importe les difficultés susceptibles de survenir, les parents adoptifs ont davantage tendance à demeurer à vos côtés par rapport aux parents des familles d'accueil qui peuvent décider d'abandonner si vous faites des bêtises* ».

D'autres ont convenu qu'en situation d'adoption, vous n'êtes pas forcé de quitter la maison à 18 ans si vous n'êtes pas prêt à voler de vos propres ailes. Cet aspect était important pour ce groupe. De nombreux participants ont parlé de l'anxiété liée à l'atteinte de l'âge limite de 18 ans en famille d'accueil, et une personne a indiqué que ce qu'ils voulaient et ce dont ils avaient besoin était un endroit où se *réfugier* (adoption) plutôt qu'un endroit d'où l'on veut *s'enfuir* (garde).

Lorsqu'on leur a demandé si l'adoption était une bonne solution pour les pupilles de la Couronne, les membres du groupe ont convenu de façon unanime que la question devait être traitée au cas par cas.

Le groupe était d'accord avec la remarque d'un participant voulant que si un jeune avait vécu dans une famille pendant une longue période de temps (par exemple huit ans) et qu'il s'intégrait bien dans la famille, l'adoption était alors une bonne solution. Plusieurs personnes ont fait remarquer que lorsque l'adoption est une bonne solution pour les pupilles de la Couronne, elle devrait être offerte le plus rapidement possible.

Une autre personne a indiqué que l'adoption était une bonne solution pour un enfant de moins de 10 ans qui ne retournera pas dans sa famille permanente (biologique).

Une grande partie des participants estiment que les pupilles de la Couronne devraient pouvoir être adoptés même s'ils sont en contact avec leur famille biologique. Ils estiment que l'adoption ouverte est une bonne chose et soulignent que la communication entre la famille biologique et la famille d'accueil est essentielle.

Plusieurs estiment que l'adoption devrait être ouverte pour tous les âges, parce que l'âge de prise en charge varie d'un enfant à l'autre. Une personne a souligné qu'une autre possibilité d'adoption devrait être offerte aux enfants avant le début de leurs études secondaires.

Pour la plupart des participants, le gouvernement doit continuer de s'intéresser aux jeunes pris en charge qui sont adoptés en leur offrant les avantages auxquels ils auraient été admissibles s'ils avaient toujours été à la charge de l'État. Ils estiment que la perte éventuelle des avantages prévus par l'État avait un effet dissuasif sur certaines familles d'accueil qui envisageaient l'adoption, particulièrement les familles à revenus modestes qui avaient leurs propres enfants biologiques.

ANNEXE B

Une majorité des participants estiment que certaines familles d'accueil ne croient pas que l'adoption est possible lorsqu'ils accueillent des enfants plus âgés. Parce que les adultes autour d'eux ne leur disent pas que l'adoption est possible pour les enfants plus âgés et les jeunes, les pupilles de la Couronne en viennent à penser que l'adoption n'est pas offerte dans leur cas. La plupart des participants s'estimaient « trop vieux » pour l'adoption et, dans certains cas, c'est ce que leur a dit leur travailleur social ou leur famille d'accueil.

Un participant a ajouté que « *tout le monde veut un bébé et pas un enfant plus âgé. Ils pensent à des jeunes enfants et ne songent même pas à adopter des enfants plus âgés* ». Un autre a dit : « *Il est possible d'aimer un enfant en tout temps, quel que soit son âge* ».

Un participant a dit que ce n'était pas une bonne idée d'être adopté si les portes se fermaient aux autres options et a suggéré que des services de soutien, comme le soutien à la santé mentale, devraient toujours être offerts aux pupilles de la Couronne après l'adoption.

Lorsque l'on a demandé aux participants si c'était une bonne idée pour les parents de famille d'accueil d'adopter les enfants placés dans leur famille, ils ont encore convenu qu'il s'agissait d'une décision au cas par cas.

La discussion sur le sujet a porté sur le fait que les familles d'accueil devaient « *prendre la décision pour les bonnes raisons* ». Les participants ont généralement convenu que la *stabilité* était primordiale et que lorsqu'elle se fait pour les bonnes raisons, l'adoption par les parents des familles d'accueil est acceptable. Ils ont suggéré de mieux renseigner les familles d'accueil afin qu'elles sachent dans quoi elles s'engagent lorsqu'elles adoptent un enfant plutôt que de le prendre en famille d'accueil.

Seuls quelques participants du groupe ont dit qu'ils avaient eu l'occasion d'être adoptés, y compris un participant qui a dit que le processus avait été sur le point d'être finalisé, mais que la famille d'accueil avait changé d'idée. Cependant, aucun membre du groupe n'a jamais été adopté officiellement, et la plupart d'entre eux n'ont vécu aucune expérience en ce domaine.

Au sujet des services et du soutien dont les pupilles de la Couronne ont besoin avant d'être prêts pour l'adoption, de nombreux participants ont indiqué que plus d'information devait être offerte. Plusieurs ont souligné que la *garde permanente* est le sujet sur lequel les travailleurs sociaux devraient se concentrer et envisager comme une option, y compris l'adoption, plutôt que de préparer les pupilles de la Couronne à gagner leur vie une fois qu'ils auront atteint l'âge de 18 ans.

Plusieurs participants ont indiqué que le système devrait tenir compte du type de relation entretenu par un pupille de la Couronne avec sa famille élargie ou ses frères et sœurs, et à quelle fréquence se font les contacts (« à quelle fréquence leur parlez-vous »). Ils estiment qu'à long terme ce facteur joue un rôle dans le processus d'adoption. Un participant a dit que si l'on n'a pas de relation active avec sa famille, l'adoption devrait être envisagée plus tôt.

Les autres services mentionnés par les participants comprenaient :

- Information sur les options offertes aux jeunes, y compris l'adoption.
- Un site Web destiné aux jeunes où ils pourraient obtenir de l'information fiable.
- Soutien après l'adoption (le travailleur de la SAE devrait faire un suivi pour voir où en sont les choses).
- Les travailleurs devraient être mieux renseignés sur l'adoption, afin de pouvoir orienter les personnes dans cette voie.

ANNEXE B

- Des groupes de soutien pour les jeunes pris en charge – ils sont très utiles et il devrait y en avoir plus.
- Programmes de mentorat – également utiles.
- Un service de soutien offert pendant les « transitions » serait utile, aussi bien pour les jeunes que pour les familles d'accueil qui deviennent des familles adoptives.

Le groupe a également indiqué que le gouvernement devrait en faire davantage pour promouvoir les familles d'accueil et l'adoption de jeunes, et renseigner le public sur le sujet. L'information doit être facilement accessible par le public, afin que plus de gens sachent qu'il y a des enfants en Ontario qui ont besoin d'être adoptés. De cette façon, les parents adoptifs éventuels pourraient faire les démarches pour adopter des enfants ontariens plutôt que de se tourner vers l'adoption internationale.

On a discuté longuement des renseignements contenus dans les dossiers des pupilles de la Couronne. Les membres du groupe estiment que dans bien des cas, les renseignements à leur sujet contenus dans le dossier donnent une mauvaise impression aux parents des familles d'accueil ou aux parents adoptifs éventuels. Ils ajoutent que le gouvernement devrait s'assurer de l'exactitude des renseignements. Une personne a dit : « *L'exactitude est importante car, à long terme, les renseignements figurant dans le dossier peuvent avoir une incidence sur l'adoption* ». Certains participants estiment que les parents de famille d'accueil ou les parents adoptifs éventuels ne devraient pas être autorisés à lire le dossier; un autre a suggéré que le dossier ne devrait pas être lu avant que la famille d'accueil ou les parents adoptifs aient rencontré l'enfant.

Autres commentaires sur les dossiers :

- Apprendre à connaître le jeune d'abord; ne pas supposer qu'il est mauvais parce que c'est ce que dit le dossier.
- Donner au jeune la chance de se défendre, le dossier ne devrait pas faire foi de tout.
- Certains renseignements figurant dans le dossier ne devraient pas être consultés par n'importe qui.
- Les familles d'accueil devraient noter le nombre d'enfants qu'elles ont accueillis et les raisons pour lesquelles les relations ont pris fin.

Lorsque l'on a demandé aux participants les mécanismes qui devraient être mis à la disposition des pupilles de la Couronne pour formuler leurs besoins et leurs inquiétudes, la majorité d'entre eux ont dit que les groupes de discussion étaient utiles. D'autres ont dit que le comité d'experts aurait dû comprendre un ancien pupille de la Couronne ou un jeune qui a été adopté pour avoir des points de vue de première main.

Un participant a parlé de la rédaction d'un livre ou de documents d'information sur « ce à quoi il faut s'attendre lorsque l'on est pris en charge ». Les participants ont convenu que plus de ressources de ce type devraient être mises à la disposition des jeunes pour dissiper leurs craintes.

Quelqu'un a suggéré qu'il devrait y avoir une section interactive sur le site Web du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse où les gens pourraient poser des questions au ministre et obtenir des réponses (similaire à la fonction offerte sur le site Web du ministère des Transports).

Bon nombre des participants disaient que les agences devraient se rendre compte que les jeunes ne sont pas juste des numéros. Un participant a souligné : « *Nous avons besoin que l'on prenne soin de nous dans un milieu qui favorise notre développement.* »

ANNEXE B

Plusieurs ont indiqué que les travailleurs sociaux devaient étudier plus en profondeur les possibilités d'adoption et de garde permanente pour les jeunes pris en charge (« faire preuve de créativité »). Bon nombre auraient souhaité que leurs travailleurs sociaux soient plus débrouillards, fassent preuve de plus d'empathie et soient plus disponibles. « Les problèmes dans ma vie ne surviennent pas uniquement entre 9 h et 17 h », a fait remarquer un participant.

La liste suivante est un sommaire des messages et suggestions que le groupe a dit souhaiter transmettre au comité d'experts :

- Chaque enfant est différent. Chaque approche devrait être personnalisée.
- Trouver le bon endroit pour le jeune (« *le bon endroit pour la bonne personne* »).
- « *Aucune relation ne devrait commencer avec une date d'expiration.* »
- Les jeunes pris en charge ne sont pas seulement des numéros de dossier; « *nous sommes des personnes* » (il faut regarder au-delà des dossiers).
- Il est important de sensibiliser le public à l'adoption en Ontario.
- L'adoption n'est pas la seule façon d'accéder à la garde permanente – celle-ci devrait être l'objectif global, même si c'est auprès d'une famille d'accueil permanente.
- L'adoption peut se faire à tout âge.
- La garde permanente n'est pas une simple question de planification – il faut passer à l'action.

PRINCIPAUX THÈMES

Garde permanente

- Pour les jeunes, la garde permanente est très importante et fortement souhaitée. L'objectif central du système devrait être d'obtenir une garde permanente et d'assurer la stabilité pour le jeune pris en charge.
- Les jeunes ont besoin d'un sentiment d'appartenance. Ils veulent un domicile permanent où ils savent qu'ils peuvent toujours aller.
- Les jeunes ne veulent pas juste un endroit où habiter, ils veulent une relation permanente avec les adultes qui prennent soin d'eux – le lien émotif qui naît d'une relation stable et empreinte de confiance.
- L'adoption n'est pas la seule façon d'arriver à la garde permanente, et le système doit s'efforcer de trouver le « bon endroit pour la bonne personne ».

Les foyers d'accueil ne sont pas une garde permanente

- Même lorsqu'ils vivent au sein d'une famille d'accueil stable et coopérative, les jeunes ont toujours besoin d'un sentiment d'appartenance et de permanence. Les jeunes veulent que les travailleurs sociaux continuent d'aller de l'avant avec l'option d'adoption, même si le jeune est dans une famille d'accueil stable.
- Les jeunes s'entendent pour dire que l'adoption par les familles des enfants pris en charge devrait être étudiée au cas par cas. Certaines familles d'accueil fournissent de bons soins, mais ne veulent pas adopter.
- Les parents des familles d'accueil devraient recevoir suffisamment d'information et de soutien pour prendre des décisions éclairées sur l'adoption.

Sensibilisation

- L'ignorance est un obstacle majeur à l'adoption des jeunes.
- Peu de parents adoptifs éventuels et de jeunes pris en charge sont renseignés sur l'adoption. De plus, bon nombre de travailleurs sociaux ne parlent pas de l'adoption comme une option.
- Les jeunes veulent que le gouvernement en fasse plus pour promouvoir le fait qu'il existe des « jeunes formidables en Ontario » qui sont des candidats à l'adoption et qui peuvent être adoptés à n'importe quel âge.
- De plus, il faut également sensibiliser davantage les travailleurs sociaux et les familles d'accueil sur la possibilité d'adopter des enfants plus âgés et des jeunes.

Sortir du système à 18 ans

- Dans le cas des jeunes plus âgés, le système concentre ses efforts en vue de les préparer à quitter le système à l'âge de 18 ans et ne recherche pas des solutions permanentes comme l'adoption.
- Les jeunes pris en charge sont excessivement anxieux à l'idée de sortir du système à 18 ans, qu'ils soient prêts ou non à voler de leurs propres ailes. Ils font remarquer que les autres jeunes dans des familles stables ne sont pas aux prises avec cette éventualité.

Stigmates

- Les jeunes sentent qu'un trop grand nombre de personnes ont une image négative des jeunes pris en charge. Il existe un stéréotype voulant que les jeunes pris en charge soient des « enfants à problèmes » qui ont été ballottés de tous les côtés et qui ont souvent des difficultés.
- Les jeunes s'inquiètent des renseignements figurant dans leurs dossiers. En général, les participants estiment que ces renseignements sont, la plupart du temps, inexacts ou faux, et que cela donne une fausse impression sur le genre de personne qu'ils sont.

Soutien

- Les jeunes ont besoin de divers services de soutien, y compris de renseignements fiables sur l'adoption et sur ce à quoi il faut s'attendre lorsque l'on est pris en charge (préférentiellement par l'entremise d'un site Web destiné aux jeunes).
- Les jeunes veulent participer aux débats sur les enjeux, dans le cadre de groupes de discussion, de programmes de mentorat ou de forums en ligne comme la fonction « Demandez au ministre » sur un site Web.
- Les jeunes veulent que leurs travailleurs sociaux fassent preuve de créativité et soient plus disposés à explorer des options qui leur permettraient de trouver des solutions permanentes.
- Les jeunes ont peur de perdre, en cas d'adoption, l'accès aux services de soutien existants qu'ils reçoivent lorsqu'ils sont pris en charge.

Contact avec les familles biologiques

- Les jeunes veulent de la souplesse à cet égard. Ils estiment qu'il est important de garder les voies de communication ouvertes avec leur famille biologique ou leur famille étendue, lorsque le contact existe, et que ce contact ne devrait pas compromettre leur adoption.

ANNEXE C

CALCUL DES COÛTS

Des analyses des coûts ont été effectuées pour déterminer l'incidence financière de la mise en œuvre de certaines de nos conclusions et recommandations.

ADOPTION

Agence d'adoption provinciale

En prenant pour exemple une agence centralisée ayant une présence locale et en tenant compte des fonctions qui seraient exercées par l'agence (p. ex., devenir un centre d'excellence, jumeler les enfants et les familles), une analyse des coûts a été effectuée. Nous estimons que l'exploitation d'une agence n'entraînerait pas de coûts supplémentaires et pourrait se faire avec les fonds actuellement utilisés pour les adoptions publiques en Ontario. Cependant, les renseignements dont nous disposons en ce qui concerne les dépenses pour l'adoption publique en Ontario ne tiennent pas compte des dépenses d'infrastructure des sociétés d'aide à l'enfance (SAE) qui soutiennent les services d'adoption. Par conséquent, cette analyse sous-estime peut-être le montant actuellement dépensé par la province pour l'adoption publique.

Prestations d'adoption

Cette analyse coûts-avantages a été réalisée pour déterminer l'incidence du versement de prestations d'adoption sur les frais pour le gouvernement. L'analyse des coûts a révélé que le versement de prestations en Ontario se traduirait par des économies. Pour consulter l'analyse complète, y compris les hypothèses, veuillez vous reporter à la page C-3.

Crédit d'impôt non remboursable pour frais d'adoption

Cette analyse a été effectuée pour déterminer ce qu'il en coûterait de porter à 30 000 \$ le crédit d'impôt actuel pour frais d'adoption. Les hypothèses sous-jacentes utilisées pour bonifier le crédit d'impôt non remboursable pour frais d'adoption étaient basées sur ce qui suit :

- Entre 2004 et 2007, le nombre moyen d'adoptions internationales était de 623 par année et le nombre moyen d'adoptions privées au pays était de 148 par année.
- Le montant appliqué au calcul des coûts était de 30 000 \$ pour les adoptions internationales et de 20 000 \$ pour les adoptions privées au pays.

En se basant sur le nombre moyen d'adoptions et sur le coût associé à chaque adoption, on estime que les frais que représente la bonification du plafond du crédit d'impôt sont inférieurs à un million de dollars.

PROCRÉATION ASSISTÉE

Surveillance de la fertilité

Une analyse des coûts des recommandations sur la surveillance de la fertilité a été effectuée. L'analyse portait uniquement sur les coûts supplémentaires associés à la réalisation de tests de dépistage pour les femmes et les hommes en Ontario. Pour consulter l'analyse complète, y compris les hypothèses, veuillez vous reporter à la page C-7.

Économies résultant de la réduction des naissances multiples et du financement de la fécondation in vitro

Une analyse des coûts a été réalisée pour évaluer les économies que ferait la province en mettant en œuvre nos recommandations et en réduisant les naissances multiples attribuables à la procréation assistée. Ces économies pourraient servir à atténuer les coûts du financement de la fécondation in vitro. Pour consulter l'analyse complète, veuillez vous reporter à la page C-8.

Crédit d'impôt remboursable pour les médicaments contre l'infertilité

Nous avons trouvé très difficile d'estimer le coût de cette recommandation, car nous avons peu de renseignements sur le nombre de personnes qui ont besoin de médicaments contre l'infertilité dans la province. En nous reportant aux données d'autres juridictions, nous estimons que cette recommandation pourrait coûter à la province environ deux millions de dollars par année.

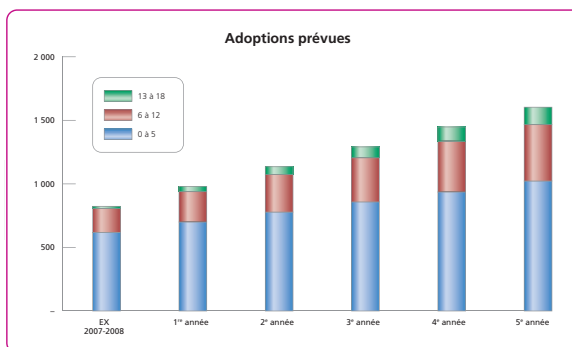
PRESTATIONS D'ADOPTION

ÉCONOMIES SUPPLÉMENTAIRES PRÉVUES

Sommaire des adoptions prévues

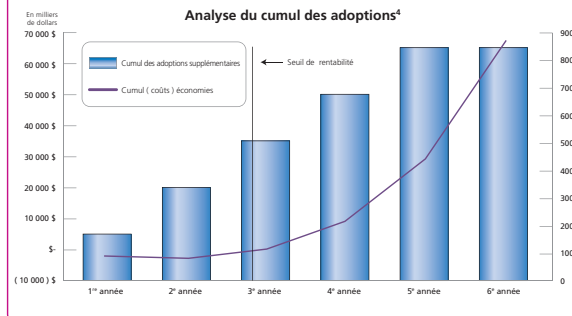
| Adoptions annuelles prévues ¹ | Groupe d'âge | | | Total |
|--|--------------|--------|---------|-------|
| | 0 à 5 | 6 à 12 | 13 à 18 | |
| EX 2007-2008 | 617 | 189 | 16 | 822 |
| 1 ^{re} année | 696 | 241 | 41 | 978 |
| 2 ^e année | 776 | 292 | 65 | 1 133 |
| 3 ^e année | 856 | 344 | 89 | 1 289 |
| 4 ^e année | 936 | 396 | 113 | 1 444 |
| 5 ^e année | | 447 | 137 | 1 600 |
| Augmentation annuelle moyenne ² | 80 | 52 | 24 | 156 |

- Fondé sur l'hypothèse que la création d'une agence vouée aux adoptions et l'augmentation des subventions pourraient, de façon générale, faire doubler, en 5 ans, le nombre actuel d'adoptions (exercice 2007-2008), le faisant passer à 1 600.
- L'augmentation du nombre d'adoptions pour chaque groupe d'âge est établie à l'aide des taux de placement selon l'âge fournis au comité par l'IRSS. Ces taux ont été utilisés dans l'analyse des coûts supplémentaires ci-dessous.



| Analyse des coûts supplémentaires ¹ | Période de prévision | | | | | | Années adopt. restantes ² | Cumul (Coûts) / Économies (56 374 737) |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------|--|
| | 1 ^{re} année | 2 ^e année | 3 ^e année | 4 ^e année | 5 ^e année | 6 ^e année | | |
| Coûts liés à l'adoption | (3 758 316) | (7 516 632) | (11 274 947) | (15 033 263) | (18 791 579) | | | |
| Subventions versées | | | | | | | | |
| 0 à 5 | (291 353) | (874 060) | (1 748 119) | (2 913 532) | (4 370 298) | (4 370 298) | (61 912 559) | (72 109 922) |
| 6 à 12 | (441 221) | (1 323 664) | (2 647 327) | (4 412 212) | (6 618 318) | (6 618 318) | (54 049 600) | (69 492 343) |
| 13 à 18 | (281 698) | (845 095) | (1 690 189) | (2 676 133) | (3 662 077) | (2 957 832) | (5 633 965) | (14 789 158) |
| Total des subventions versées (nouvelles adoptions) | (1 014 273) | (3 042 818) | (6 085 636) | (10 001 878) | (14 650 694) | (13 946 448) | (121 596 124) | (156 391 423) |
| Subventions supplémentaires versées pour les adoptions initiales³ | | | | | | | | |
| 0 à 5 | 17 570 | 17 570 | 17 570 | 17 570 | 17 570 | 17 570 | 281 124 | 368 975 |
| 6 à 12 | (822 524) | (822 524) | (822 524) | (822 524) | (822 524) | (822 524) | (13 160 391) | (17 273 013) |
| 13 à 18 | (131 076) | (131 076) | (131 076) | (131 076) | (131 076) | (131 076) | (2 097 218) | (2 752 599) |
| Subventions supplémentaires versées pour les adoptions initiales ³ | (936 030) | (936 030) | (936 030) | (936 030) | (936 030) | (936 030) | (14 976 485) | (19 656 636) |
| Économies - enfants pris en charge | | | | | | | | |
| 0 à 5 | 1 836 844 | 5 510 532 | 11 021 063 | 18 368 439 | 27 552 658 | 27 552 658 | 391 247 749 | 455 537 285 |
| 6 à 12 | 1 188 757 | 3 566 270 | 7 132 540 | 11 887 567 | 17 831 350 | 17 831 350 | 147 405 827 | 189 012 311 |
| 13 à 18 | 554 992 | 1 664 975 | 3 329 951 | 5 272 422 | 7 214 894 | 5 827 414 | 11 099 836 | 29 137 070 |
| Économies totales - enfants pris en charge | 3 580 592 | 10 741 777 | 21 483 554 | 35 528 428 | 52 598 902 | 51 211 423 | 549 753 412 | 673 686 666 |
| Total des (coûts) économies supplémentaires⁴ | (2 128 026) \$ | (753 703) \$ | 3 186 940 \$ | 9 557 257 \$ | 18 220 599 \$ | 36 328 944 \$ | 413 180 803 \$ | 441 263 870 \$ |

- L'analyse sommaire ne tient compte que des adoptions supplémentaires par rapport à l'exercice 2007-2008. Les chiffres ont été traités à l'aide de trois modèles différents comportant des variables spécifiques pour chaque groupe d'âge. Les résultats montrés n'ont pas été actualisés, ni corrigés en fonction de l'inflation.
- La colonne des années d'adoption restantes présente (les coûts) et les économies après la période de six ans montrée. Ces économies dépendent de l'année d'adoption et de l'âge de l'enfant. Plus les enfants adoptés sont jeunes, plus la période d'économie est longue.
- On constate un coût net (c.-à-d. que les coûts liés aux adoptions sont supérieurs aux économies applicables aux enfants pris en charge) pour les deux premières années. Des économies nettes ne sont constatées qu'à partir de la troisième année. Ces économies se maintiennent toutefois pour les années d'adoption restantes.
- Le graphique linéaire du tableau d'analyse du cumul des adoptions montre (les coûts) et les économies exprimés en dollars. Dans l'axe secondaire, le diagramme à barres montre le cumul des adoptions supplémentaires attribuables aux modifications apportées au programme. Les montants sont exprimés en milliers de dollars. Le seuil de rentabilité correspond au point où les cumuls (des coûts) et des économies correspondent tous les deux à zéro.
- Les subventions supplémentaires versées pour les adoptions initiales sont celles qui auraient été versées pour des adoptions initiales qui auraient eu lieu même sans augmentation des subventions. La subvention supplémentaire versée correspond à la subvention totale après déduction de 3 707 \$, qui correspond à la subvention moyenne versée au cours de l'exercice 2007-2008.



PRESTATIONS D'ADOPTION

Données du scénario de référence

Statistiques sur les enfants pris en charge

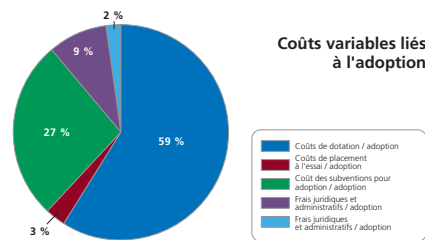
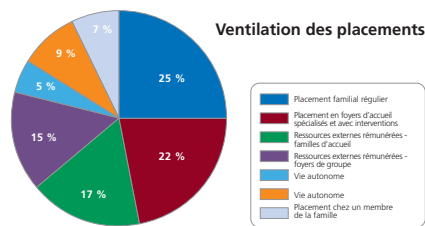
| | |
|---|------------|
| Pupilles de la Couronne ¹ | 9 401 |
| Pupilles de la Couronne pouvant être adoptés (25 %) ² | 2 350 |
| Âge moyen des pupilles de la Couronne pouvant être adoptés ³ | 8,40 |
| Jours de pension par pupille de la Couronne (utiliser nbre d'enfants pris en charge) | 352 |
| Placement familial - Indemnité quotidienne régulière (utilisée pour le modèle) ³ | 40,00 \$ |
| Coût annuel par pupille de la Couronne pouvant être adopté | 14 600 \$ |
| Coût du soutien à domicile par enfant pris en charge ⁴ | 3 947 \$ |
| Coût du soutien à la dotation ⁵ | 6 257 \$ |
| Prestation spéciale pour enfants - Prestation fédérale ⁶ | (1 792) \$ |
| Placement familial régulier | 25 % |
| Placement en foyers d'accueil spécialisés et avec interventions | 22 % |
| Ressources externes rémunérées - familles d'accueil | 17 % |
| Ressources externes rémunérées - foyers de groupe | 15 % |
| Vie autonome | 5 % |
| Placement chez un membre de la famille | 9 % |
| Autres arrangements | 7 % |

Statistiques sur les subventions

| | |
|--|----------|
| Placement familial - Indemnité quotidienne régulière (utilisée pour le modèle) | 37 |
| Subvention actuelle | 3 707 \$ |
| Subventions payées par adoption | 2,42 |

Statistiques sur les adoptions

| | |
|---|-----------|
| Adoptions | 822 |
| Moyenne pour les enfants dans la fourchette d'admissibilité | 8,40 |
| Jours de placement à l'essai / adoption | 345 |
| Coûts de dotation / adoption | 19 434 \$ |
| Coûts de placement à l'essai / adoption | 1 082 \$ |
| Coût des subventions pour adoption / adoption | 8 980 \$ |
| Frais juridiques et administratifs / adoption | 2 950 \$ |
| Coût des petites immobilisations / adoption | 688 \$ |



Hypothèses :

1. Source : documents d'établissement des coûts du MSEJ
2. Les candidats cibles pour l'étape un du passage du foyer d'accueil à l'adoption sont les enfants en foyer d'accueil régulier et dans des foyers d'accueil classés comme des ressources externes rémunérées.
3. Source : MSEJ

SURVEILLANCE DE LA FERTILITÉ (0 à 5)

Coût supplémentaire de l'augmentation des subventions

Données de contrôle du modèle¹

| | |
|--|----------|
| Bassin des candidats en pourcentage des pupilles de la Couronne pouvant être adoptés | 40 % |
| Coûts liés à l'adoption (composante variable) | 100 % |
| Pourcentage de nouvelles adoptions touchant une subvention | 50 % |
| Âge moyen des enfants adoptés | 2,50 |
| Subventions versées en pourcentage des coûts annuels des placements familiaux | 50 % |
| Frais de pension quotidiens en fonction du groupe cible | 40,00 \$ |
| Taux de rendement minimal (facteur d'actualisation) | 3 % |
| Taux d'inflation applicable aux subventions et aux économies par enfant pris en charge | 3 % |

Analyse des coûts

| | Coût total | Par enf. adopté ² |
|---|----------------------|------------------------------|
| Adoptions supplémentaires ² | | 80 |
| Coûts liés à l'adoption | | |
| Coûts de dotation | 1 551 305 \$ | 19 434 \$ |
| Coûts de placement à l'essai | 86 343 | 1 082 |
| Frais juridiques et administratifs | 235 443 | 2 950 |
| Coût des petites immobilisations/adoption | 54 925 | 688 |
| Total des coûts variables liés à l'adoption | 1 928 016 | 24 154 |
| Subventions versées (nouvelles adoptions) | 291 353 | 3 650 |
| Total des coûts liés aux adoptions supplémentaires | 2 219 369 \$ | 27 804 \$ |
| Économies liées à l'adoption | | |
| Enfants retirés de la garde de l'État ³ | | 80 |
| Économies sur les coûts de pension | 1 165 413 \$ | 14 600 \$ |
| Coût du soutien à domicile par enfant pris en charge | 315 022 | 3 947 |
| Coût du soutien à la dotation | 499 451 | 6 257 |
| Prestation spéciale pour enfants - Prestation fédérale | (143 042) | (1 792) |
| Économies totales par adoption | 1 836 844 \$ | 23 012 \$ |
| Économies totales (coût total) dans l'année d'adoption | (382 525) | (4 792) |
| Économies après l'adoption (non actualisées) | 22 946 744 | 287 471 |
| Subventions versées après l'adoption | (4 515 975) | (56 575) |
| Économies liées à l'augmentation des subventions pour adoption | 18 048 244 \$ | 226 104 \$ |

1. LE TEXTE EN BLEU PEUT ÊTRE MODIFIÉ EN FONCTION DU MODÈLE

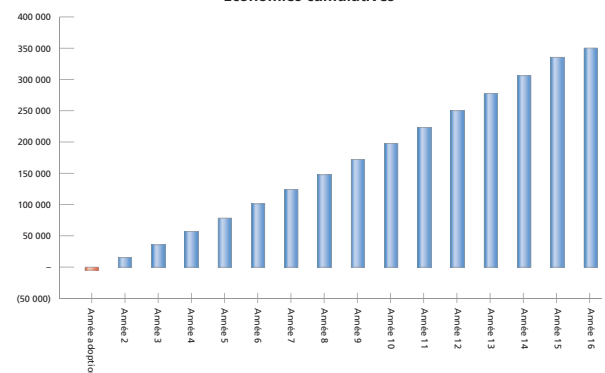
2. LE SOMMAIRE DES ÉCONOMIES S'ALIMENTERA SELON LES CRITÈRES D'ÂGE

3. ÉCONOMIES ACTUALISÉES CALCULÉES DANS LE SOMMAIRE DES ÉCONOMIES

Sommaire des économies par enfant adopté⁴

| Sommaire | Coûts liés à l'adoption (24 154) | Subventions versées (3 650) | Économies enf. pris charge (23 012) | Économies totales (4 792) |
|--|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Année adoption | | | | (4 792) |
| 2 | (3 760) | 23 702 | | 19 942 |
| 3 | (3 872) | 24 413 | | 20 541 |
| 4 | (3 988) | 25 145 | | 21 157 |
| 5 | (4 108) | 25 900 | | 21 792 |
| 6 | (4 231) | 26 677 | | 22 445 |
| 7 | (4 358) | 27 477 | | 23 119 |
| 8 | (4 489) | 28 301 | | 23 812 |
| 9 | (4 624) | 29 150 | | 24 527 |
| 10 | (4 762) | 30 025 | | 25 262 |
| 11 | (4 905) | 30 926 | | 26 020 |
| 12 | (5 052) | 31 853 | | 26 801 |
| 13 | (5 204) | 32 809 | | 27 605 |
| 14 | (5 360) | 33 793 | | 28 433 |
| 15 | (5 521) | 34 807 | | 29 286 |
| 16 | (2 843) | 17 926 | | 15 082 |
| Économies totales non actualisées | | | | 351 032 \$ |
| Économies actualisées⁵ | | | | 267 912 \$ |

Économies cumulatives



1. Les données de contrôle des entrées originales sont fondées sur les données du scénario de référence.
2. Il est supposé que des adoptions supplémentaires auront lieu au cours de la première année.
3. Il est supposé que toutes les nouvelles adoptions visent des enfants retirés de la garde de l'État.
4. Les économies indiquées dans le tableau récapitulatif sont calculées à l'aide du taux d'inflation prévu dans le tableau des données de contrôle des entrées.
5. Les économies actualisées sont calculées à l'aide du taux de rendement minimal du tableau des données de contrôle des entrées.
6. Subventions versées en pourcentage des coûts annuels des placements familiaux pour 2007-2008, y compris l'indemnité quotidienne actuelle.

SURVEILLANCE DE LA FERTILITÉ (6 à 12)

Coût supplémentaire de l'augmentation des subventions

| Données de contrôle du modèle ¹ | |
|--|----------|
| Bassin des candidats en pourcentage des pupilles de la Couronne pouvant être adoptés | 40 % |
| Coûts liés à l'adoption (composante variable) | 100 % |
| Pourcentage de nouvelles adoptions touchant une subvention | 90 % |
| Âge moyen des enfants adoptés | 8,50 |
| Subventions versées en pourcentage des coûts annuels des placements familiaux | 65 % |
| Frais de pension quotidiens en fonction du groupe cible | 40,00 \$ |
| Taux de rendement minimal (facteur d'actualisation) | 3 % |
| Taux d'inflation applicable aux subventions et aux économies par enfant pris en charge | 3 % |

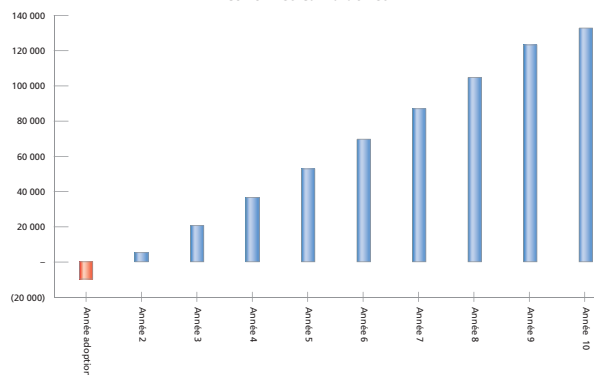
| Analyse des coûts | | Coût total | Par enf. adopté |
|---|---------------------|------------------|-----------------|
| Adoptions supplémentaires ² | | | 52 |
| Coûts liés à l'adoption | | | |
| Coûts de dotation | 1 003 963 \$ | 19 434 \$ | |
| Coûts de placement à l'essai | 55 879 | 1 082 | |
| Frais juridiques et administratifs | 152 373 | 2 950 | |
| Coût des petites immobilisations/adoption | 35 546 | 688 | |
| Total des coûts variables liés à l'adoption | 1 247 761 | 24 154 | |
| Subventions versées (nouvelles adoptions) | 441 221 | 8 541 | |
| Total des coûts liés aux adoptions supplémentaires | 1 688 982 \$ | 32 695 \$ | |
| Économies liées à l'adoption | | | |
| Enfants retirés de la garde de l'État ³ | | | 52 |
| Économies sur les coûts de pension | 754 224 \$ | 14 600 \$ | |
| Coût du soutien à domicile par enfant pris en charge | 203 874 | 3 947 | |
| Coût du soutien à la dotation | 323 232 | 6 257 | |
| Prestation spéciale pour enfants - Prestation fédérale | (92 573) | (1 792) | |
| Économies totales par adoption | 1 188 757 \$ | 23 012 \$ | |
| Économies totales (coût total) dans l'année d'adoption | (500 225) | (9 683) | |
| Économies après l'adoption (non actualisées) | 9 101 934 | 176 192 | |
| Subventions versées après l'adoption | (4 191 602) | (81 140) | |
| Économies liées à l'augmentation des subventions pour adoption | 4 410 107 \$ | 85 369 \$ | |

1. Les données de contrôle des entrées originales sont fondées sur les données du scénario de référence.
2. Il est supposé que des adoptions supplémentaires auront lieu au cours de la première année.
3. Il est supposé que toutes les nouvelles adoptions visent des enfants retirés de la garde de l'État.
4. Les économies indiquées dans le tableau récapitulatif sont calculées à l'aide du taux d'inflation prévu dans le tableau des données de contrôle des entrées.
5. Les économies actualisées sont calculées à l'aide du taux de rendement minimal du tableau des données de contrôle des entrées.

1. LE TEXTE EN BLEU PEUT ÊTRE MODIFIÉ EN FONCTION DU MODÈLE
2. LE SOMMAIRE DES ÉCONOMIES S'ALIMENTERA SELON LES CRITÈRES D'ÂGE
3. ÉCONOMIES ACTUALISÉES CALCULÉES DANS LE SOMMAIRE DES ÉCONOMIES

| Sommaire des économies par enfant adopté ⁴ | | | | |
|---|-------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|
| Sommaire | Coûts liés à l'adoption | Subventions versées | Économies enf. pris charge | Économies totales |
| Année adoption | (24 154) | (8 541) | 23 012 | (9 683) |
| 2 | | (8 797) | 23 702 | 14 905 |
| 3 | | (9 061) | 24 413 | 15 352 |
| 4 | | (9 333) | 25 145 | 15 812 |
| 5 | | (9 613) | 25 900 | 16 287 |
| 6 | | (9 901) | 26 677 | 16 775 |
| 7 | | (10 198) | 27 477 | 17 279 |
| 8 | | (10 504) | 28 301 | 17 797 |
| 9 | | (10 819) | 29 150 | 18 331 |
| 10 | | (5 572) | 15 012 | 9 440 |
| Économies totales non actualisées | | | | 132 294 \$ |
| Économies actualisées⁵ | | | | 110 016 \$ |

Économies cumulatives



SURVEILLANCE DE LA FERTILITÉ (13 à 18)

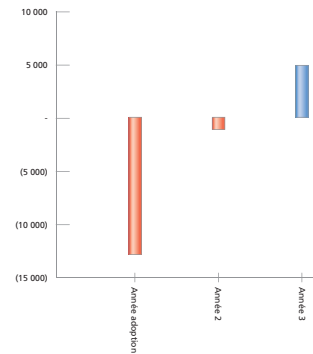
Coût supplémentaire de l'augmentation des subventions

| Données de contrôle du modèle ¹ | | |
|--|-------------------|------------------|
| Bassin des candidats en pourcentage des pupilles de la Couronne pouvant être adoptés | | 40 % |
| Coûts liés à l'adoption (composante variable) | | 100 % |
| Pourcentage de nouvelles adoptions touchant une subvention | | 100 % |
| Âge moyen des enfants adoptés | | 15,50 |
| Subventions versées en pourcentage des coûts annuels des placements familiaux | | 80 % |
| Frais de pension quotidiens en fonction du groupe cible | | 40,00 \$ |
| Taux de rendement minimal (facteur d'actualisation) | | 3 % |
| Taux d'inflation applicable aux subventions et aux économies par enfant pris en charge | | 3 % |
| Analyse des coûts | | Coût total |
| Adoptions supplémentaires ² | | 24 |
| Coûts liés à l'adoption | | |
| Coûts de dotation | 468 718 \$ | 19 434 \$ |
| Coûts de placement à l'essai | 26 088 | 1 082 |
| Frais juridiques et administratifs | 71 138 | 2 950 |
| Coût des petites immobilisations/adoption | 16 595 | 688 |
| Total des coûts variables liés à l'adoption | 582 539 | 24 154 |
| Subventions versées (nouvelles adoptions) | 281 698 | 11 680 |
| Total des coûts liés aux adoptions supplémentaires | 864 237 \$ | 35 834 \$ |
| Économies liées à l'adoption | | |
| Enfants retirés de la garde de l'État ³ | | 24 |
| Économies sur les coûts de pension | 352 123 \$ | 14 600 \$ |
| Coût du soutien à domicile par enfant pris en charge | 95 182 | 3 947 |
| Coût du soutien à la dotation | 150 906 | 6 257 |
| Prestation spéciale pour enfants - Prestation fédérale | (43 219) | (1 792) |
| Économies totales par adoption | 554 992 \$ | 23 012 \$ |
| Économies totales (coût total) dans l'année d'adoption | (309 245) | (12 822) |
| Économies après l'adoption (non actualisées) | 1 118 262 | 46 366 |
| Subventions versées après l'adoption | (704 246) | (29 200) |
| Économies liées à l'augmentation des subventions pour adoption | 104 771 \$ | 4 344 \$ |

1. LE TEXTE EN BLEU PEUT ÊTRE MODIFIÉ EN FONCTION DU MODÈLE
2. LE SOMMAIRE DES ÉCONOMIES S'ALIMENTERA SELON LES CRITÈRES D'ÂGE
3. ÉCONOMIES ACTUALISÉES CALCULÉES DANS LE SOMMAIRE DES ÉCONOMIES

| Sommaire des économies par enfant adopté ⁴ | | | | |
|---|-------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|
| Sommaire | Coûts liés à l'adoption | Subventions versées | Économies enf. pris charge | Économies totales |
| Année adoption | (24 154) | (11 680) | 23 012 | (12 822) |
| 2 | | (12 030) | 23 702 | 11 671 |
| 3 | | (6 196) | 12 206 | 6 011 |
| Économies totales non actualisées | | | | 4 860 \$ |
| Économies actualisées⁵ | | | | 4 053 \$ |

Économies cumulatives



1. Les données de contrôle des entrées originales sont fondées sur les données du scénario de référence.
2. Il est supposé que des adoptions supplémentaires auront lieu au cours de la première année.
3. Il est supposé que toutes les nouvelles adoptions visent des enfants retirés de la garde de l'État.
4. Les économies indiquées dans le tableau récapitulatif sont calculées à l'aide du taux d'inflation prévu dans le tableau des données de contrôle des entrées.
5. Les économies actualisées sont calculées à l'aide du taux de rendement minimal du tableau des données de contrôle des entrées.

ANALYSE DES TESTS DE FERTILITÉ

ANALYSE DES TESTS DE FERTILITÉ

Analyse des tests de fertilité

| Catégorie d'âge | Premières naissances vivantes au Canada | Total des naissances au Canada | % | Naissances vivantes en Ontario | Premières naissances en Ontario |
|-----------------|---|--------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------|
| 30 à 34 | 41 037 | 111 321 | 37 % | 46 325 | 17 077 |
| 35 à 39 | 14 599 | 52 593 | 28 % | 23 369 | 6 487 |
| 40 à 44 | 2 629 | 9 939 | 26 % | 4 570 | 1 209 |
| Total | 58 265 | 173 853 | 34 % | 74 264 | 24 773 |

Coûts des tests de fertilité

| | | | |
|--|--------------|--|---------------------|
| Base de sélection (premières naissances en Ontario) | 24 773 | | |
| Grossesses - technologie de procréation assistée | 2 % | | |
| Grossesses - médicaments contre l'infertilité | 2 % | | |
| % des femmes acceptant les tests | 50 % | | |
| % des femmes dont le partenaire masculin accepte les tests | 50 % | | |
| Coûts des tests de fertilité pour femmes | 107 \$ | | |
| Coûts des tests de fertilité pour hommes | 56 \$ | | |
| Coûts marginaux des tests | Tests | | Coût |
| Total des tests - femmes | 11 891 | | 1 272 093 |
| Total des tests - hommes | 5 945 | | 329 974 |
| Coût total | | | 1 602 066 \$ |

**ÉCONOMIES RÉSULTANT DE LA RÉDUCTION
DES NAISSANCES MULTIPLES ET DU
FINANCEMENT DE LA FÉCONDATION
IN VITRO**

ÉCONOMIES RÉSULTANT DE LA RÉDUCTION DES NAISSANCES MULTIPLES ET DU FINANCEMENT DE LA FÉCONDATION IN VITRO

Modèle de financement de la fertilité sur plusieurs exercices

Statistiques d'entrée du modèle

| | |
|---|--------|
| Financement actuel – augm. de la demande annuelle | 4,9 % |
| Cycles FIV ciblés par million | 900 |
| Naissances vivantes - différentiel pour un transfert d'embryon unique | 88,0 % |
| TEC disponible 1 | 40,0 % |
| TEC disponible 2 | 17,1 % |
| Coût moyen des naissances multiples | 3,20 |
| Pourcentage de naissances par césarienne - accouchement simple | 21 % |
| Pourcentage de naissances par césarienne - accouchement de jumeaux | 50 % |
| Pourcentage de naissances par césarienne de triplés / Naiss. mult. d'ordre plus élevé | 100 % |
| Espérance de vie moyenne des bébés ayant un faible poids à la naissance | 59 |
| Naissances vivantes accouchement simple se traduisant par un faible poids à la naissance | 5 % |
| Naissances vivantes accouchement de jumeaux se traduisant par un faible poids à la naiss. | 50 % |
| Naiss. vivantes de triplés / d'ordre plus élevé se traduisant par un faible poids à la naiss. | 90 % |
| Pourcentage de cycles pour les femmes de 42 ans et plus | 7 % |

| Taux de réussite | FIV | TEC |
|------------------------------|--------|--------|
| Taux moy. de naiss. vivantes | 24,1 % | 13,0 % |
| Réussite <36 | 30,6 % | 13,0 % |
| Réussite 36-38 | 22,8 % | 13,5 % |
| Réussite >38 | 11,1 % | 12,4 % |
| Taux moyen de grossesse | 30,8 % | 19,2 % |
| Réussite <36 | 37,8 % | 19,3 % |
| Réussite 36-38 | 28,9 % | 21,3 % |
| Réussite >38 | 17,5 % | 16,4 % |

Coûts

Taux de rendement minimal (pour le calcul de la VAN) 5,00 %

Coûts liés à la grossesse

| | |
|---|----------|
| Coûts moyens liés à la perte de grossesse | |
| Coûts moyens de grossesse – accouchement simple | 980 \$ |
| Coûts moyens de grossesse – accouchement de jumeaux | 2 313 \$ |
| Coûts moyens de grossesse – triplés et plus | 2 319 \$ |

Coûts de l'accouchement

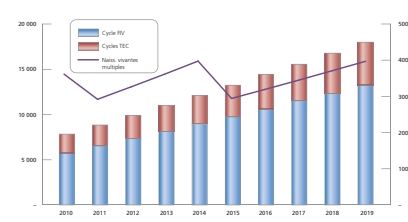
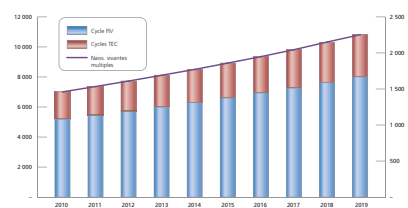
| | |
|---|----------|
| Coût moyen d'accouchement par voie vaginale – accouchement simple | 3 301 \$ |
| Coût moyen d'accouchement par voie vaginale – accouchement de jumeaux | 3 747 \$ |
| Coût moyen d'accouchement par voie vaginale – accouchement de triplés | 4 592 \$ |
| Coût moyen d'accouchement par césarienne – accouchement simple | 5 410 \$ |
| Coût moyen d'accouchement par césarienne – accouchement de jumeaux | 6 469 \$ |
| Coût moyen d'accouchement par césarienne – accouchement de triplés | 7 921 \$ |

Frais d'hospitalisation

| | |
|--|-----------|
| Accouchements simples | |
| Naiss. à terme (≥37 sem.) | 1 050 \$ |
| Naissances prématurées modérées (32-33 sem.) | 19 463 \$ |
| Très prématurés (28-31 sem.) | 43 718 \$ |
| Extrêmement prématurés (<28 sem.) | 84 235 \$ |
| Naissances multiples | |
| Naiss. à terme (≥37 sem.) | 1 871 \$ |
| Naissances prématurées modérées (32-33 sem.) | 21 388 \$ |
| Très prématurés (28-31 sem.) | 47 318 \$ |
| Extrêmement prématurés (<28 sem.) | 90 123 \$ |

Coûts d'invalidité

| | |
|--|------------|
| 1ère année – coûts d'invalidité | 63 017 \$ |
| Vie durant – coûts d'invalidité | 885 165 \$ |
| Coûts d'invalidité au cours de l'enfance (10 premières années) | 250 000 \$ |



Renseignements sur le cycle

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Prévisions | | | | | Total |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Scénario de référence | | | | | | | | | | | |
| Cycles FIV | 5 232 | 5 489 | 5 758 | 6 040 | 6 336 | 6 646 | 6 972 | 7 313 | 7 672 | 8 048 | 65 504 |
| <36 | 1 044 | 1 095 | 1 149 | 1 205 | 1 264 | 1 326 | 1 391 | 1 459 | 1 530 | 1 605 | 13 067 |
| Cycles TEC | 1 825 | 1 914 | 2 008 | 2 106 | 2 210 | 2 318 | 2 431 | 2 551 | 2 676 | 2 807 | 22 845 |
| Cycles FIV par million | 395 | 409 | 424 | 439 | 455 | 472 | 489 | 507 | 526 | 546 | 4 663 |
| Scénario de financement public | | | | | | | | | | | |
| Cycles FIV | 5 739 | 6 508 | 7 294 | 8 097 | 8 916 | 9 751 | 10 604 | 11 474 | 12 359 | 13 260 | 94 002 |
| Cycles TEC | 2 083 | 2 362 | 2 647 | 2 938 | 3 236 | 3 539 | 3 848 | 4 164 | 4 485 | 4 812 | 34 113 |
| Cycles FIV par million | 433 | 485 | 537 | 589 | 640 | 692 | 744 | 796 | 848 | 900 | 6 664 |
| Population de l'Ontario | 13 260 200 | 13 426 200 | 13 591 700 | 13 756 600 | 13 921 000 | 14 084 000 | 14 248 000 | 14 410 600 | 14 572 300 | 14 733 000 | 14 000 360 |

Statistiques sur les naissances

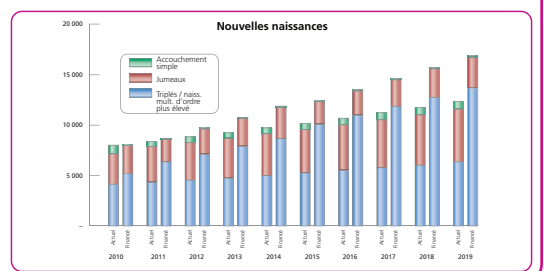
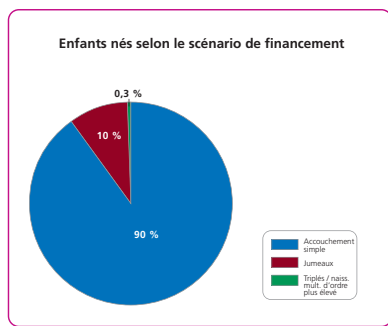
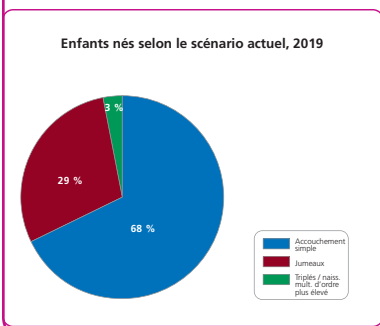
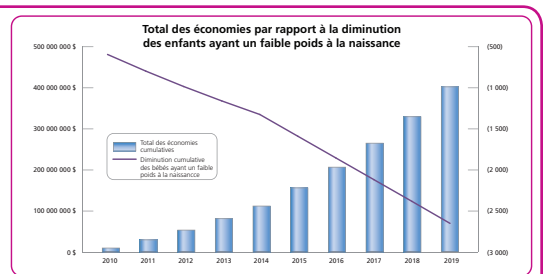
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Prévisions | | | | | Total |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | | | | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Nombre de naissances vivantes | | | | | | | | | | | |
| Cycles FIV | 1 261 | 1 323 | 1 388 | 1 456 | 1 527 | 1 602 | 1 680 | 1 763 | 1 849 | 1 939 | 15 786 |
| Cycles TEC | 237 | 249 | 261 | 274 | 287 | 301 | 316 | 332 | 348 | 365 | 2 970 |
| Non financement naiss. vivantes | 1 498 | 1 572 | 1 649 | 1 729 | 1 814 | 1 903 | 1 996 | 2 094 | 2 197 | 2 304 | 18 756 |
| Cycles FIV | 1 383 | 1 568 | 1 758 | 1 951 | 2 149 | 2 350 | 2 556 | 2 765 | 2 978 | 3 196 | 22 654 |
| Cycles TEC | 271 | 307 | 344 | 382 | 421 | 460 | 500 | 541 | 583 | 626 | 4 435 |
| Financement naiss. vivantes | 1 654 | 1 876 | 2 102 | 2 333 | 2 569 | 2 810 | 3 056 | 3 306 | 3 561 | 3 821 | 27 089 |
| Nombre de pertes de grossesse | | | | | | | | | | | |
| Non financement | 464 | 486 | 510 | 535 | 561 | 589 | 618 | 648 | 680 | 713 | 5 805 |
| Financement | 514 | 582 | 653 | 725 | 798 | 873 | 949 | 1 027 | 1 106 | 1 187 | 8 413 |
| Nombre de naissances vivantes - acc. simple | | | | | | | | | | | |
| Actuel | 1 034 | 1 084 | 1 138 | 1 193 | 1 252 | 1 313 | 1 377 | 1 445 | 1 516 | 1 590 | 12 942 |
| Financement | 1 298 | 1 590 | 1 781 | 1 977 | 2 178 | 2 522 | 2 743 | 2 967 | 3 196 | 3 429 | 23 682 |
| | 79 % | 85 % | 85 % | 85 % | 85 % | 90 % | 90 % | 90 % | 90 % | 90 % | |
| Nombre de naissances vivantes - acc. de jumeaux | | | | | | | | | | | |
| Actuel | 427 | 448 | 470 | 493 | 517 | 542 | 569 | 597 | 626 | 657 | 5 346 |
| Financement | 351 | 281 | 315 | 350 | 385 | 281 | 306 | 331 | 356 | 382 | 3 339 |
| | 21,25 % | 15,00 % | 15,00 % | 15,00 % | 15,00 % | 10,00 % | 10,00 % | 10,00 % | 10,00 % | 10,00 % | |
| Nbre de triplés / Naiss. vivantes mult. d'ordre plus élevé | | | | | | | | | | | |
| Actuel | 37 | 39 | 41 | 43 | 45 | 48 | 50 | 52 | 55 | 58 | 469 |
| Financement | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 8 | 8 | 9 | 10 | 68 |
| | 0,25 % | 0,25 % | 0,25 % | 0,25 % | 0,25 % | 0,25 % | 0,25 % | 0,25 % | 0,25 % | 0,25 % | |

ANNEXE C

| Analyse marginale | | | | | | Prévisions | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
| Pertes de grossesse | 50 | 96 | 143 | 189 | 236 | 284 | 331 | 379 | 426 | 474 | 2 608 |
| Naiss. vivantes accouchement simple | 265 | 505 | 644 | 784 | 926 | 1 209 | 1 365 | 1 523 | 1 681 | 1 839 | 10 741 |
| Naiss. vivantes accouchement de jumeaux | (76) | (167) | (155) | (143) | (132) | (261) | (263) | (266) | (270) | (275) | (2 007) |
| Naiss. vivantes de triplés / d'ordre plus élevé | (33) | (35) | (36) | (37) | (39) | (41) | (42) | (44) | (46) | (48) | (401) |
| Réduction des naissances vivantes de bébés ayant un faible poids à la naissance | | | | | | | | | | | |
| Accouchement simple | 13 | 25 | 32 | 39 | 46 | 60 | 68 | 76 | 84 | 92 | 537 |
| Jumeaux | (38) | (83) | (77) | (71) | (66) | (131) | (132) | (133) | (135) | (137) | (1 003) |
| Triplés / naiss. mult. d'ordre plus élevé | (30) | (31) | (32) | (34) | (35) | (36) | (38) | (40) | (41) | (43) | (361) |
| Total des naissances multiples | (68) | (114) | (110) | (105) | (101) | (167) | (170) | (173) | (176) | (181) | (1 364) |
| Réduction du nombre de bébés ayant un faible poids à la naissance | (55) | (89) | (77) | (66) | (55) | (107) | (101) | (97) | (92) | (89) | (827) |

| Économies prévues | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
| Coûts liés aux pertes de grossesse | 7 178 | 13 796 | 20 472 | 27 197 | 33 961 | 40 748 | 47 568 | 54 390 | 61 206 | 68 003 | 374 519 |
| Coûts liés à la grossesse | | | | | | | | | | | |
| Accouchement simple | 259 331 | 494 998 | 630 986 | 768 450 | 907 259 | 1 184 808 | 1 337 991 | 1 492 117 | 1 647 088 | 1 802 685 | 10 525 712 |
| Jumeaux | (174 662) | (385 295) | (357 500) | (330 509) | (304 448) | (604 504) | (609 109) | (615 665) | (624 306) | (635 203) | (4 641 201) |
| Triplés / naiss. mult. d'ordre plus élevé | (77 269) | (80 240) | (83 392) | (86 735) | (90 278) | (94 036) | (98 017) | (102 236) | (106 706) | (111 441) | (930 350) |
| Coûts de l'accouchement | | | | | | | | | | | |
| Accouchement simple | 990 717 | 1 891 029 | 2 410 542 | 2 935 694 | 3 465 982 | 4 526 296 | 5 111 499 | 5 700 305 | 6 292 336 | 6 886 761 | 40 211 163 |
| Jumeaux | (385 726) | (850 889) | (789 505) | (729 899) | (672 346) | (1 334 993) | (1 345 161) | (1 359 640) | (1 378 723) | (1 402 788) | (10 249 670) |
| Triplés / naiss. mult. d'ordre plus élevé | (263 941) | (274 092) | (284 858) | (296 276) | (308 381) | (321 217) | (334 815) | (349 227) | (364 496) | (380 670) | (3 177 974) |
| Frais d'hospitalisation | | | | | | | | | | | |
| Accouchement simple | | | | | | | | | | | |
| Naiss. à terme | 263 962 | 503 837 | 642 253 | 782 172 | 923 460 | 1 205 965 | 1 361 884 | 1 518 762 | 1 676 500 | 1 834 876 | 10 713 671 |
| Naissances prématurées avancées (34-36 sem.) | 49 889 | 95 226 | 121 387 | 147 833 | 174 536 | 227 930 | 257 399 | 287 050 | 316 863 | 346 796 | 2 024 911 |
| Naissances prématurées modérées (32-33 sem.) | 28 277 | 53 973 | 68 800 | 83 789 | 98 924 | 129 187 | 145 890 | 162 695 | 179 593 | 196 558 | 1 147 686 |
| Naissances très prématurées (28-31 sem.) | 48 882 | 93 303 | 118 935 | 144 846 | 171 010 | 223 326 | 252 200 | 281 251 | 310 462 | 339 791 | 1 984 006 |
| Naissances extrêmement prématurées (<28 sem.) | 65 303 | 124 648 | 158 892 | 193 507 | 228 461 | 298 352 | 336 926 | 375 737 | 414 761 | 453 943 | 2 650 529 |
| Naiss. multiples | | | | | | | | | | | |
| Naiss. à terme | (76 877) | (162 308) | (151 320) | (140 673) | (130 419) | (252 081) | (254 264) | (257 256) | (261 112) | (265 901) | (1 952 210) |
| Naissances prématurées avancées (34-36 sem.) | (287 784) | (486 108) | (465 780) | (446 505) | (428 416) | (710 154) | (720 945) | (733 921) | (749 226) | (767 039) | (5 795 877) |
| Naissances prématurées modérées (32-33 sem.) | (228 356) | (385 726) | (369 595) | (354 300) | (339 947) | (563 505) | (572 068) | (582 365) | (594 509) | (608 644) | (4 599 015) |
| Naissances très prématurées (28-31 sem.) | (369 835) | (624 705) | (598 580) | (573 810) | (550 563) | (912 629) | (926 497) | (943 173) | (962 842) | (985 733) | (7 448 369) |
| Naissances extrêmement prématurées (<28 sem.) | (444 882) | (751 470) | (720 045) | (690 248) | (662 284) | (1 097 821) | (1 114 503) | (1 134 562) | (1 158 222) | (1 185 759) | (8 959 795) |
| Coûts à long terme | | | | | | | | | | | |
| Réduction du nbre d'enfants ayant un faible poids à la naissance | (158) | (241) | (226) | (211) | (197) | (318) | (317) | (317) | (318) | (321) | (2 625) |
| Coûts la première année | (9 972 004) | (15 185 498) | (14 237 664) | (13 321 933) | (12 442 976) | (20 019 640) | (19 964 120) | (19 977 385) | (20 064 391) | (20 231 567) | (165 417 178) |
| Économies subséquentes | | (3 956 077) | (9 980 443) | (15 628 785) | (20 913 840) | (25 850 197) | (33 792 355) | (41 712 488) | (49 637 883) | (57 597 795) | (259 069 865) |
| Économies totales (incluant les acc. simples) | (10 567 953) | (19 871 840) | (23 866 639) | (27 516 396) | (30 840 504) | (43 924 482) | (50 880 815) | (57 895 927) | (65 003 927) | (72 243 447) | (402 611 930) |
| Économies totales (excluant les acc. simples) | (13 108 117) | (25 051 150) | (31 009 337) | (36 810 395) | (42 474 306) | (59 434 111) | (69 402 118) | (79 633 529) | (90 162 685) | (101 027 168) | (548 112 915) |

| Statist. Fast | Montant |
|--|----------------|
| Économies de coûts | |
| Économies cumulatives sur une période de 10 ans (avec acc. simples) | 402 611 930 \$ |
| Économies cumulatives sur une période de 10 ans (sans acc. simples) | 548 112 915 \$ |
| Taux de rendement min. des économies futures après 10 ans (avec acc. simples) | 376 821 072 \$ |
| Taux de rendement min. des économies futures après 10 ans (sans acc. simples) | 459 487 226 \$ |
| Statistiques de naissance | |
| Augmentation cumulative de nouveau-nés en santé | 7 042 |
| Total de diminution des bébés ayant un poids insuffisant à la naissance à la suite de naissances multiples | (3 162) |
| Total de diminution des bébés ayant un faible poids à la naissance | (2 625) |



ANNEXE D

Comptes rendus des réunions annuelles - 2008 Québec, QC

CONFÉRENCE POUR L'HARMONISATION DES LOIS AU CANADA, SECTION CIVILE PROCRÉATION ASSISTÉE, RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL MIXTE DE LA CHLC ET DU CCHF

Veillez noter que les idées et conclusions formulées dans ce document, ainsi que toute terminologie législative proposée et tout commentaire ou recommandations, n'ont peut-être pas été adoptés par la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada. Ils ne reflètent pas nécessairement le point de vue de la Conférence et de ses participants. Veuillez consulter les résolutions concernant ce thème qui ont été adoptées par la Conférence lors de la réunion annuelle.

Québec, QC
Août 2008

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL – AOÛT 2008

Mise en contexte

[1] En 2007, le groupe de travail sur l'accès à la justice familiale du Comité de coordination des hauts fonctionnaires (CCHF) a demandé à la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada (CHLC) de mettre sur pied un groupe de travail mixte en vue de présenter des mesures législatives uniformes régissant les progrès réalisés dans le domaine de la procréation assistée. À la conférence de l'an dernier, un projet conjoint a été proposé puis choisi comme l'une des nouvelles initiatives à entreprendre par la CHLC. Il a été convenu de mettre sur pied un groupe de travail formé de membres de la CHLC et de membres du Groupe de travail sur l'accès à la justice familiale du CCHF.

Groupe de travail mixte de la CHLC et du CCHF

[2] En décembre 2007, la CHLC a formé un groupe de travail mixte avec les membres du Groupe de travail sur l'accès à la justice familiale du CCHF, à la demande de ce dernier. Le groupe de travail mixte de la CHLC et du CCHF est coprésidé par Betty Ann Pottruff, c.r., (CCHF, Saskatchewan) et Elizabeth Strange (CHLC, Nouveau-Brunswick). Les autres membres sont David Nurse (CHLC, Nouvelle-Écosse), John Booth (CCHF, Alberta), Jill Dempster (CCHF, Colombie-Britannique), Miranda Gass Donnelly (CCHF, Ontario), Lisa Hitch (CCHF, gouvernement fédéral) et Hoori Hamboyan (CCHF, gouvernement fédéral).

[3] Janis Cooper (CHLC, Territoires du Nord-Ouest), qui faisait partie du groupe de travail, était responsable de rédiger la version anglaise de la loi, mais elle a récemment quitté son poste et n'est donc plus membre du groupe.

[4] Depuis la mise sur pied du groupe de travail mixte, des téléconférences ont été tenues tous les mois. Ces téléconférences visaient principalement à passer le mandat du groupe en revue, à examiner le rapport du CCHF sur l'accès à la justice familiale, à discuter des directives, à décider quels intervenants il faut

ANNEXE D

consulter et à quel moment, à s'entendre sur la façon de procéder concernant la rédaction législative, soit rédiger une loi distincte ou modifier la *Loi uniforme sur le statut de l'enfant*, ainsi qu'à passer en revue les versions préliminaires.

[5] Les membres du groupe de travail ont convenu de modifier la version actuelle de la *Loi uniforme sur le statut de l'enfant*. Il en a été décidé ainsi principalement parce que cette loi traite directement de questions liées à la procréation médicalement assistée. La rédaction d'une nouvelle loi créerait ainsi des chevauchements et pourrait porter à confusion.

[6] Jusqu'à présent, sept versions préliminaires anglaises des modifications ont été révisées. Un nouveau rédacteur anglophone et un nouveau rédacteur francophone ont récemment été mandatés pour poursuivre le processus de rédaction législative. Parallèlement à la rédaction, on consulte les représentants de l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée et les registraires de l'état civil afin de recueillir leurs commentaires sur toute question pouvant avoir des répercussions sur les modifications proposées.

[7] Le rapport qui suit est composé principalement de sections d'un document préparé par le Groupe de travail sur l'accès à la justice familiale du CCHF qui a été présenté aux sous-ministres de la Justice et adopté par ces derniers en octobre 2007. Il sert de cadre stratégique du Groupe de travail mixte de la CHLC et du CCHF.

Rapport du groupe de travail sur l'accès à la justice familiale du CCHF

[8] Les progrès dans les techniques de PA ont rendu la détermination de la relation juridique parent-enfant plus compliquée dans certains cas. La plupart des lois sur le statut de l'enfant au pays se fondent sur une réalité historique antérieure à l'avènement de la plupart des techniques de PA, de sorte qu'elles fournissent peu d'orientations aux tribunaux en cas de contestation. Par conséquent, on demande aux juges de rendre des décisions dans un vide politique. Si l'on ne corrige pas cette situation, le droit risque fort d'évoluer de façon plus ou moins aléatoire au fil des décisions judiciaires, au sein de chaque ressort, et sans aucune uniformité entre les différents ressorts. Du point de vue de l'enfant, il est permis de penser que l'absence d'uniformité des droits liés au statut de l'enfant pourrait être foncièrement inconstitutionnelle, puisque l'acte d'enregistrement de la naissance est un document de base duquel découlent la citoyenneté et le droit de participer à la société.

[9] Des modifications aux lois dans ce domaine prendraient acte des réalités liées à la PA en clarifiant la relation dans ces cas. Comme dans le cas de toutes les questions stratégiques touchant le droit de la famille, les modifications visant à clarifier le droit devront corriger toute iniquité fondamentale qui subsiste à l'endroit des couples homosexuels et de leurs enfants. Au Canada, si les couples homosexuels sont maintenant reconnus en droit, il se peut tout de même que les enfants nés de ces couples soient encore traités différemment au plan de l'enregistrement de leur naissance. Bien que ces différences reflètent souvent les objets historiques de la procédure d'enregistrement des naissances, il est nécessaire d'instaurer des mesures d'adaptation pour reconnaître des droits équivalents aux parents et aux enfants dans ces situations.

[10] Étant donné que les lois sur la filiation et l'enregistrement des naissances sont les marqueurs sociaux de la filiation légale, les couples homosexuels ont institué de nombreux recours en justice pour assurer leur inclusion dans cet élément fondamental de la formation de la famille. Dans plusieurs ressorts, ces

deux régimes législatifs ont déjà fait l'objet de contestations fondées sur la *Charte*, et ces contestations ne feront que continuer si les gouvernements tardent à réagir.

[11] Les couples hétérosexuels qui ont recours à des techniques de PA n'ont pas eu les mêmes difficultés à enregistrer la naissance de leurs enfants. Cependant, étant donné que l'enregistrement ne détermine pas la filiation en droit, en l'absence d'une disposition législative spécifique réglant des questions comme le statut légal des futurs parents et des tiers donneurs de forces génétiques par rapport à l'enfant, ces personnes sont confrontées à la même incertitude juridique que les couples homosexuels en ce qui a trait au statut légal de la relation parent-enfant.

Définir les questions stratégiques

[12] Deux questions stratégiques connexes doivent être résolues :

- qui sont les parents légaux de l'enfant au moment de la naissance;
- quelles personnes ont le droit d'être inscrites à titre de parents de l'enfant.

[13] À première vue, ces questions semblent identiques; toutefois, il existe une différence considérable selon le système juridique des provinces ou territoires concernés. Dans l'ensemble, les provinces et les territoires disposent de lois sur le statut de l'enfant qui définissent qui sont les parents de l'enfant. En outre, les lois sur les statistiques de l'état civil des provinces et territoires contiennent des dispositions relatives à l'enregistrement de la naissance qui exigent et autorisent l'enregistrement de la filiation. Une interaction considérable existe entre ces deux types de mesures législatives. Par exemple, une personne de sexe masculin qui certifie l'enregistrement de la naissance est présumée être le père de l'enfant dans de nombreuses lois sur le statut de l'enfant et, de même, une personne qui reçoit une ordonnance en reconnaissance de paternité en vertu d'une loi sur le statut de l'enfant est généralement autorisée à modifier l'enregistrement de la naissance.

[14] Depuis 2001, le droit de l'enregistrement des naissances a évolué de manière considérable, principalement par suite de contestations judiciaires accueillies à l'encontre des régimes d'enregistrement en vigueur. Cependant, la question du statut de l'enfant – qui sont les parents de l'enfant à la naissance – a donné lieu à moins de litiges, et elle est moins bien comprise du public¹.

[15] Pour s'adapter à la réalité des parents homosexuels, et parfois en réponse à des contestations portées devant les tribunaux, certains ressorts ont modifié leur processus d'enregistrement sans modifier leur régime relatif au statut de l'enfant. Cette façon de procéder fait en sorte que la constatation de l'enregistrement repousse le processus d'élaboration de politiques sur le statut de l'enfant, et c'est pourquoi certains membres du groupe de travail la remettent en question. Comme le statut de l'enfant est un statut juridique, et l'enregistrement est dans une large mesure le reflet de ce statut, il est important que la définition de la filiation précède les travaux de politiques visant à modifier les lois sur les statistiques de l'état civil.

Aperçu des principes adoptés par le Groupe de travail

[16] Respecter les obligations du Canada au titre de la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, notamment :

- protéger l'enfant contre la discrimination;
- reconnaître l'intérêt supérieur de l'enfant en tant que considération primordiale;
- assurer la protection du statut de la relation parent-enfant dès la naissance.

ANNEXE D

[17] La marchandisation des enfants et des capacités reproductives devrait être évitée.

[18] L'égalité du traitement réservé aux enfants, quelle que soit la façon dont ils ont été conçus, devrait être favorisée.

[19] Le fait que les femmes et les hommes ont chacun leur propre rôle à jouer dans la reproduction, ce qui pourrait mériter à la femme qui accouche un traitement distinct, devrait être reconnu.

[20] Le concept énoncé dans le Code civil du Québec et dans la common law et selon lequel un enfant ne peut avoir plus de deux parents légaux, mais que d'autres adultes peuvent assumer un rôle parental de par leurs actions et leur relation avec l'enfant ou les parents de l'enfant, devrait être accepté et maintenu en vigueur².

L'approche recommandée

[21] Les indicateurs potentiels de la filiation sont l'acte de naissance (l'accouchement), l'ADN et l'intention du parent. Le droit actuel de la filiation dans la plupart des ressorts de common law se fonde sur des présomptions biologiques. La filiation commence par l'acte de naissance; la mère qui donne naissance est le parent légal de l'enfant, et un homme qui est engagé dans une relation conjugale avec la mère donnant naissance est présumé être le père. Cette approche à l'égard de la filiation ne fonctionne pas toujours bien dans le contexte de la PA. Par conséquent, on empêche certaines personnes qui ont fondé des familles en ayant recours à la PA d'acquérir de plein droit le statut de parent au moment de la naissance de l'enfant.

[22] Le défi lié à l'élaboration d'un régime de détermination de la filiation qui tient compte à la fois de la conception naturelle et de la PA consiste à établir un équilibre entre trois indicateurs potentiels de filiation de la manière qui tient le mieux compte des principes énoncés ci-dessus. Les approches sont les suivantes : reconnaître le lien avec la mère donnant naissance; placer le modèle de la procréation naturelle et de la PA sur un pied d'égalité de sorte que les deux processus soient traités de la même façon autant que possible; et envisager une approche fondée sur l'intention, où l'on reconnaît comme parents ceux qui ont l'intention d'être parents, qu'il y ait ou non un lien génétique. Dans tous les cas, les personnes qui sont laissées à l'écart de la détermination de la filiation au moment de la naissance mais qui souhaitent être désignées comme parents après la naissance auront des recours judiciaires et/ou administratifs.

[23] Le GTPA recommande un régime de détermination de la filiation qui utilise un modèle qui place, autant que possible, sur un pied d'égalité la procréation naturelle et la procréation assistée.

Statut parental à la naissance :

[24] La mère qui donne naissance est la mère légale de l'enfant au moment de la naissance. Ce principe s'applique que l'enfant soit conçu au moyen de l'ovule de la mère qui donne naissance ou de l'ovule d'une donneuse.

[25] À moins d'une disposition législative (comme une présomption) contraire, le père génétique et la mère qui donne naissance sont les parents de l'enfant.

[26] Il y a deux moyens par lesquels la mère qui donne naissance peut renoncer à son statut parental et une autre personne peut acquérir un statut parental : l'adoption et la maternité par substitution. Les approches fondées sur la maternité par substitution sont décrites plus loin.

Présomption relative à l'« autre » parent :

[27] Dans tous les cas sauf les cas de maternité par substitution, le statut parental de l'autre parent sera présumé à partir de la relation conjugale de cette personne, au moment de la conception ou de la naissance, avec la mère qui donne naissance. Cette présomption s'applique qu'il y ait ou non un lien génétique entre la mère donnant naissance ou l'autre parent et l'enfant (c.-à-d. dans les cas où l'ovule et le sperme ont tous deux été donnés par des tiers). Cette approche est source de stabilité pour l'enfant et permet de traiter la conception naturelle et la conception assistée sur un pied d'égalité.

[28] La mère qui donne naissance et la personne avec qui elle a une relation conjugale, qu'elle soit du même sexe ou du sexe opposé, peuvent inscrire conjointement la naissance de leur enfant auprès du registre de l'état civil en s'y désignant comme les parents de l'enfant. Ils n'ont pas à s'adresser au tribunal pour obtenir une déclaration de filiation.

[29] Dans les cas de conception naturelle, les pères continueront de pouvoir se prévaloir des présomptions de filiation actuelles. Les présomptions peuvent être repoussées si l'on démontre, selon la prépondérance des probabilités, que le père présumé n'est pas le père de l'enfant. À l'heure actuelle, cela se fait souvent au moyen d'une preuve génétique démontrant qu'il n'y a aucun lien génétique entre le père présumé et l'enfant.

[30] Dans les cas de PA (à l'exclusion des cas de maternité par substitution), les personnes qui ont une relation conjugale avec la mère donnant naissance peuvent également se prévaloir des présomptions de filiation, qu'elles soient du même sexe ou du sexe opposé. Cependant, puisque l'enfant n'est pas conçu de façon naturelle, la preuve de l'absence de lien génétique entre le parent présumé et l'enfant ne repoussera pas la présomption de filiation. Pour repousser la présomption, le parent présumé devra démontrer, selon la prépondérance des probabilités, soit qu'il n'a pas consenti à être le parent de l'enfant, soit qu'il a retiré son consentement avant la conception.

[31] Au besoin, les tribunaux demeureront habilités à prononcer des déclarations de filiation, soit pour confirmer ou repousser la présomption de filiation, soit pour établir une filiation dans des situations où une présomption ne s'applique pas ou est contestée.

Droits des tiers :

[32] Dans tous les cas, les tiers donneurs de forces génétiques n'ont aucun droit ou responsabilité parental, sauf disposition législative expresse contraire. Ce principe se fonde sur le fait qu'en règle générale, les tiers donneurs n'ont pas l'intention d'être les parents de l'enfant.

La maternité par substitution :

[33] Les conventions de mère porteuse sont inexécutoires.

[34] Le GTPA convient que dans tous les cas la mère porteuse sera inscrite comme la mère ayant donné naissance à l'enfant et le consentement de la mère porteuse à renoncer à sa qualité de parent devra être obtenu après la naissance de l'enfant avant que les futurs parents puissent être inscrits à titre de parents de l'enfant. Si la mère porteuse consent à renoncer à sa qualité de parent, aucune présomption ne s'appliquera en faveur de son époux ou de son conjoint parce que la maternité par substitution fait exception à la règle présomptive.

[35] Les provinces et les territoires peuvent choisir d'exiger ou non que les futurs parents qui sont parties à des conventions de mère porteuse obtiennent une déclaration du tribunal avant d'être admis à s'inscrire comme parents de l'enfant au registre de l'état civil. Cette décision dépendra de la façon dont la province ou le territoire conçoit le rôle du tribunal et de l'État au regard de l'« intérêt supérieur de l'enfant » dans ces circonstances et s'il y a lieu de considérer ces situations comme assimilables à l'adoption ou non.

Autres options envisageables à l'égard de la maternité par substitution

[36] Deux options sont considérées afin de déterminer qui seront les parents d'un enfant né après un recours à la maternité de substitution.

1. La première option est axée sur le lien génétique de l'enfant avec au moins l'un des parents éventuels et sur l'intention de cette personne d'être parent. Suivant cette option, la filiation dans les cas de maternité par substitution serait déterminée en obtenant des forces génétiques d'au moins un des deux futurs parents aux fins de la conception de l'enfant. La loi permettrait au parent génétique et à l'époux ou au conjoint de ce parent de demander une déclaration de filiation dans un contexte de maternité par substitution. Si la mère porteuse consent à cette demande - consentement qui pourrait seulement être donné après la naissance de l'enfant -, le tribunal pourrait prononcer une déclaration de filiation en faveur du parent génétique et de son époux ou conjoint. Lorsque la mère porteuse consent à la déclaration, aucune présomption ne s'appliquera en faveur de son époux ou de son conjoint parce que la maternité par substitution fait exception à la règle présomptive. (Une province ou un territoire pourrait choisir de permettre le transfert de filiation par voie administrative au moyen d'un processus d'enregistrement plutôt que d'exiger une déclaration judiciaire.)

Dans le cadre de cette option, lorsqu'il n'y a aucun lien génétique entre au moins un des futurs parents et l'enfant, les futurs parents doivent déposer une demande d'adoption de l'enfant.

2. Cette option va plus loin que l'option 1 parce qu'elle n'exige pas que les futurs parents déposent une demande d'adoption de l'enfant lorsque ni l'un ni l'autre n'a de lien génétique avec l'enfant. Elle prévoit le même processus que dans toutes les situations de maternité par substitution, qu'il y ait ou non un lien génétique. L'approche se fonde sur une distinction entre l'adoption et la maternité par substitution fondée sur le moment où se forme l'intention d'être parent de cet enfant. Dans les situations de maternité par substitution l'intention des futurs parents de devenir parents et l'intention de la mère porteuse de renoncer à la qualité de parent naissent toutes deux avant la conception.

Conclusion

[37] Le CCHF – Justice familiale recommande ce régime aux ressorts de common law comme la meilleure réponse aux principes adoptés pour orienter nos travaux. Il répond à la plupart des questions qui se posent actuellement devant les tribunaux canadiens.

[38] Ce régime ne modifie pas le droit relatif à la détermination de la filiation des enfants nés à la suite d'une conception naturelle. Dans toute la mesure du possible, il traite les enfants et les parents de la même façon, que les enfants soient nés par suite d'une conception naturelle ou du recours à une technique de PA. Il assure que la relation juridique parent-enfant est claire dès la naissance, permettant ainsi l'attribution des droits et des responsabilités, et il protège les enfants contre la discrimination fondée sur la façon dont ils

ANNEXE D

ont été conçus. La plupart des mêmes présomptions s'appliqueront, de sorte que l'on trouvera bien souvent deux personnes ayant le statut de parent ou pouvant l'acquérir. Le régime reconnaît la PA recourant aux dons de sperme et aux dons d'ovules et les traite tous deux de la même manière.

[39] Le régime évite que l'on puisse traiter les enfants et les capacités reproductrices comme des biens, par exemple en ne reconnaissant pas aux conventions de mère porteuse un caractère exécutoire et en laissant aux différentes administrations le choix de la nature de l'examen exigé pour que de telles conventions soient reconnues. Le régime comprend deux options pour les cas de maternité par substitution. La première option offre un moyen efficace de déterminer la filiation dans le cadre de conventions de mère porteuse lorsqu'il existe un lien génétique entre un des futurs parents et l'enfant. Cela s'applique non seulement aux couples hétérosexuels qui ne peuvent pas avoir recours à la conception naturelle ou à d'autres moyens de PA mais aussi aux couples homosexuels masculins et féminins et aux hommes et aux femmes célibataires. La deuxième option offre un moyen d'étendre le régime de manière à déterminer la filiation dans les situations de maternité par substitution lorsqu'aucun des futurs parents n'a de liens génétiques avec l'enfant, si la province ou le territoire souhaite s'engager dans cette voie.

[40] Le régime protège la mère porteuse de deux façons : à titre de mère donnant naissance, son consentement est requis pour permettre le transfert de la qualité de parent aux futurs parents, et puisque les conventions de mère porteuse sont inexécutoires, ses droits sont pondérés en regard des droits des futurs parents.

[41] En outre le régime permet aux provinces et aux territoires de choisir le mode de reconnaissance de la qualité de parent dans les contextes de maternité par substitution – soit directement par simple enregistrement, soit par obtention d'une ordonnance judiciaire ensuite enregistrée.

[42] Le régime protège aussi les tiers donneurs qui ne souhaitent pas être parents en prévoyant que leur don ne crée aucun droit à leur profit ni aucune obligation à leur charge, sauf si la loi en dispose autrement.

Prochaines mesures

[43] Le groupe de travail s'attend à ce que la rédaction se poursuive. Une fois que les résultats de la consultation auront été passés en revue, un rapport final sur l'initiative, un projet de loi final et des commentaires seront préparés afin d'être pris en considération à l'assemblée annuelle de 2009. Afin d'atteindre ces objectifs, le groupe de travail continuera à tenir ses téléconférences habituelles et se réunira au besoin.

¹ Sauf en Alberta, où le gouvernement a modifié sa loi relative au statut de l'enfant de manière à tenir compte du recours à la PA. À la suite d'une contestation fondée sur la *Charte en Alberta* le statut de parent de plein droit s'applique maintenant aux époux et aux conjoints homosexuels dans certaines circonstances. Voir *Fraess v. Alberta* [2005] A.J. No. 1665 (Q.B.).

² Cette politique est passée en revue à la suite d'une décision de la Cour d'appel de l'Ontario décrétant qu'un enfant peut avoir trois parents légaux. Voir *A.A. c. B.B.* (2007), 220, O.A.C. 115.

ANNEXE E

REMERCIEMENTS

Le comité d'experts souhaiterait remercier les personnes et organisations suivantes qui ont offert leur expertise et leurs points de vue pendant le déroulement de notre travail :

Ann Barnard Ball, directrice administrative, Children's Aid Foundation

L'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité

D^r François Bissonnette, directeur médical, Clinique de fertilité Ovo, président, Société canadienne de fertilité et d'andrologie

Michael Blugerman, M.Serv.Soc., directeur général, Children's Resource and Consultation Centre of Ontario

Wilma Burke, superviseuse, Services de l'adoption, Société d'aide à l'enfance de Toronto

Wendy Conforzi, London Coalition of Adoptive Families

Pat Convery, directrice générale, Adoption Council of Ontario

Nancy Dale, directrice générale des opérations, Société d'aide à l'enfance de Toronto

Liz Ellwood, directrice exécutive, Avenir fertile

Irwin Elman, intervenant en chef, Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes

Rachel Epstein, coordonnatrice, Réseau de parentage LGBTQ, Sherbourne Health Centre

D^r Keith Jarvi, chef du département d'urologie, Mount Sinai Hospital

Louise Johnson, présidente-directrice générale, Infertility Treatment Authority (Victoria, Australie)

Kelly D. Jordan, avocate, Jordan Battista Barristers LLP

Irene Klatt, vice-présidente, Assurance maladie, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

Betty Kennedy, directrice générale, The Association of Native Child and Family Services Agencies of Ontario (ANCFSAO)

Kelvin Lam, statisticien en biologie, Institut de recherche en services de santé

Sherry Levitan, avocate

Shirley Levitan, avocate

Jeanette Lewis, directrice exécutive, Association ontarienne des sociétés d'aide à l'enfance

ANNEXE E

D^r Cliff Librach, président, Ontario Medical Association Section on Reproductive Biology

Daniel Moore, directeur général, Family and Children's Services du comté de Guelph et Wellington

David Moss-Cornett, personne adoptée

Kristina Reitmeier, avocate en chef / directrice des services juridiques, Société d'aide à l'enfance de Toronto

Bruce Rivers, chef de la direction, Community Living, Toronto

Lori Ross, chercheuse, Centre de toxicomanie et de santé mentale, professeure adjointe en psychiatrie, Université de Toronto

Virginia Rowden, directrice de la politique sociale et mentore du programme YouthCan, Association ontarienne des sociétés d'aide à l'enfance

Beth Pieterston, ancienne directrice exécutive, Autorisations, Inspections et Registre, Procréation Assistée Canada

Kim Stevens, directrice de projet, Community Champions Network, North American Council on Adoptable Children

De plus, nous exprimons nos sincères remerciements à toutes les personnes et organisations qui ont participé aux entrevues et aux groupes de discussion et qui ont pris le temps de nous faire part de leurs expériences et de leurs suggestions. Nous avons déployé tous les efforts possibles pour intégrer ces points de vue à notre travail.

Nous voudrions aussi souligner le bon travail des conseillers qui nous ont apporté leur appui lors de nos délibérations.

Finalement, le comité d'experts aimerait remercier le personnel du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et des autres ministères du gouvernement de l'Ontario pour leur travail acharné et leur soutien.

ANNEXE F

BIOGRAPHIES

David Johnston, est président de l'Université de Waterloo. Il détient des diplômes des États-Unis (Harvard, A.B.), d'Angleterre (Cambridge, LL.B) et du Canada (Queen's, LL.B.). Il est également Compagnon de l'Ordre du Canada. Il a occupé de nombreux postes universitaires, y compris celui de doyen de la faculté de droit de l'Université Western Ontario et celui de principal et vice-chancelier de l'Université McGill. David a siégé à de nombreux conseils d'administration et groupes de travail et comités provinciaux et fédéraux. Il a présidé plusieurs organismes comme la Table ronde nationale sur l'environnement et l'économie, l'Institut canadien de recherches avancées et le Board of Overseers de l'Université Harvard. David et sa femme ont cinq filles et six petits-enfants (deux par adoption, deux par fécondation *in vitro* et deux par maternité de substitution).

Cheryl Appell est avocate chez Dickson MacGregor Appell LLP à Toronto. Elle a une grande expérience de la loi sur l'adoption. Au cours des 28 dernières années, elle a été conseillère dans le cas de procédures d'adoption. Elle est également autorisée à placer des enfants dans des familles adoptives. Cheryl est membre de l'American Academy of Adoption Attorneys et de l'Ontario Association of Practitioners in Private Adoption.

Robin Cardozo est un parent adoptif. Depuis 1999, il est le chef de la direction de la Fondation Trillium de l'Ontario, une agence du gouvernement de l'Ontario. La Fondation est un catalyseur qui permet aux Ontariens de travailler ensemble pour améliorer la qualité de vie dans leurs collectivités. Auparavant, il a occupé des postes de responsabilités grandissantes auprès de la société Centraide de Toronto, avant d'être nommé vice-président et chef des opérations. Robin est un comptable agréé et est membre du conseil d'administration de Bridgepoint Health et de Diaspora Dialogues Charitable Society.

La **D^{re} Marjorie Dixon** est professeure adjointe au département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de Toronto (U of T) et cofondatrice de First Steps Fertility, à Toronto. Elle est diplômée de l'école de médecine de l'Université McGill et a suivi une formation post-doctorale en obstétrique et gynécologie à U of T, et en endocrinologie de la reproduction et de l'infertilité à l'Université du Vermont. La D^{re} Dixon est membre du personnel du Centre Sunnybrook des sciences de la santé et elle traite dans sa pratique actuelle des cas d'infertilité, de vieillissement et de procréation, et de fausses-couches récurrentes. Elle participe activement à l'enseignement médical universitaire et professionnel lors de forums nationaux et internationaux. Ses affiliations professionnelles incluent la Société canadienne de fertilité et d'andrologie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Elle vit à Toronto avec son partenaire et leurs deux enfants.

Will Falk est l'associé directeur de la branche santé et sciences de la vie d'Accenture, au Canada. Il dirige une équipe de professionnels qui servent des clients dans le domaine de la santé, dans tout le pays. Il fait aussi partie de l'équipe mondiale de leadership de la société en matière de santé et de sciences de la vie. Will est conseiller stratégique depuis plus de 17 ans. À New York et à Toronto, il a servi de nombreux grands centres universitaires médicaux en Amérique du Nord, de même que des ministères de la Santé et des autorités régionales dans tout le Canada. Il est professeur adjoint au Center for Health Strategy de l'école de gestion Rotman de l'Université de Toronto et a été adjoint de recherche invité à la Yale University School of Management au cours de l'année universitaire 2002-2003. Il est membre

ANNEXE F

de différents conseils d'administration, dont ceux de la Children's Aid Foundation, de l'Institut de recherche en services de santé et de la division Santé de l'Association canadienne de la technologie de l'information. Sa femme et lui sont parents de famille d'accueil et parents adoptifs agréés par l'intermédiaire de la Société d'aide à l'enfance de Toronto et, auparavant, par celui des Bucks County Children and Youth Services, en Pennsylvanie.

La **D^{re} Carol Herbert** est doyenne de la Schulich School of Medicine & Dentistry à l'Université Western Ontario et professeure du département de médecine familiale et de pathologie. La D^{re} Herbert a obtenu son diplôme de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) et a pratiqué à titre de médecin de famille, incluant les soins obstétriques, pendant près de 30 ans. Elle a été directrice du département de médecine familiale de UBC (1988-1998) et un des membres fondateurs du UBC Institute of Health Promotion Research. Elle a été membre de plusieurs conseils d'administration, groupes de travail et comités et elle a été coprésidente du comité national d'experts (CNE) sur la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient de Santé Canada. Carol a trois enfants, trois enfants de son conjoint et dix petits-enfants.

Le **D^r Art Leader** est médecin et professeur d'obstétrique, de gynécologie et de médecine à l'Université d'Ottawa. Il est aussi le cofondateur du Ottawa Fertility Centre. Il est également membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, de l'American Society for Reproductive Medicine, et ancien président de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA). Art a reçu des prix d'excellence de la SCFA et de l'Université d'Ottawa. Il a aussi présidé des groupes de travail composés de spécialistes pour Santé Canada et il est actuellement président du sous-comité sur la reproduction humaine assistée de l'Association canadienne de normalisation. Il est le père d'une fille qui est le fruit d'une fécondation in vitro.

Danny Roth est le fondateur et président de Brandon Communications, une société de relations publiques de Toronto. Il est membre du conseil d'administration de Save A Child's Heart Foundation, Canada; il est administrateur et membre du conseil d'administration du Congrès juif canadien, région de l'Ontario, et il est membre du conseil de l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité et ardent défenseur des droits des Canadiennes et Canadiens ayant des problèmes d'infertilité. Danny et son épouse Jillian sont des parents adoptifs.

Sharon Sell s'occupe d'adoptions privées dans la région de Halton et elle est travailleuse sociale. Elle a fait des études de premier cycle en psychologie et travail social à l'Université York et a une maîtrise en travail social de l'Université de Toronto. Sharon travaille à son compte et s'occupe de personnes qui veulent adopter à l'étranger, ou adopter un enfant au Canada de façon privée ou par l'intermédiaire d'une société d'aide à l'enfance. Elle a plus de 23 années d'expérience dans le domaine du bien-être de l'enfance, y compris sept ans comme superviseuse d'un service d'adoption.

Jan Silverman est cofondatrice du premier réseau de soutien de l'infertilité au Canada, Infertility Facts and Feelings. En 1992, après avoir obtenu sa deuxième maîtrise à l'Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, elle a créé le Infertility Support and Education Program à l'Hôpital Women's College. Elle continue de dispenser à cet hôpital des conseils sur l'infertilité et les questions liées à la procréation, donne des conférences et supervise le personnel infirmier et les étudiants en médecine. Elle a été présidente du Réseau ontarien pour la santé des femmes et a fondé sa propre famille en adoptant deux enfants.

ANNEXE F

Mary Wong est cofondatrice de la ALIVE Holistic Health Clinic de Toronto, une clinique qui se spécialise dans la santé des femmes, la gynécologie et la fertilité en intégrant l'acupuncture et la médecine chinoise à la médecine traditionnelle. Elle a obtenu son diplôme de l'Université McMaster en sciences biologiques. En 1993, elle a reçu un doctorat en médecine chinoise traditionnelle du Canadian College of Acupuncture and Oriental Medicine, à Victoria, en Colombie-Britannique. Mary est membre de la Canadian Society of Chinese Medicine and Acupuncture (CSCMA) et du comité d'examen en acupuncture de l'Ontario, et est praticienne Fertile Soul. Mary est une praticienne et une enseignante engagée à faire une différence auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'infertilité. Ayant elle-même des problèmes de fertilité, elle a commencé des démarches d'adoption en Chine.

