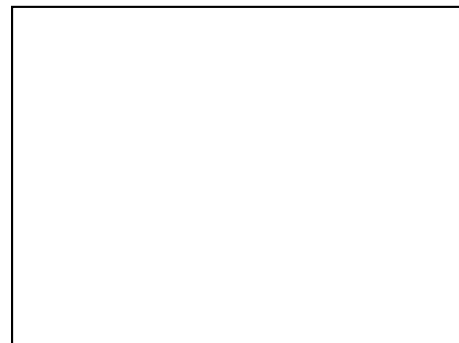




Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

L'Humain avant tout

Critères d'évaluation des personnes
formant le projet parental
dans le cadre d'une démarche de
procréation médicalement assistée



Critères d'évaluation des personnes formant le projet parental dans le cadre d'une démarche de procréation médicalement assistée

Introduction

La Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (Projet de loi 20, 2015, chapitre 25) vient modifier notamment la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, ci-après la Loi. Ainsi, à la suite de son adoption et de sa sanction par l'Assemblée nationale en novembre 2015, cette loi précise à son article 10.2, ce qui suit :

« Le médecin qui a des motifs raisonnables de croire que la personne ou les personnes formant le projet parental risquent de compromettre la sécurité ou le développement de l'éventuel enfant issu de la procréation assistée doit, s'il désire poursuivre sa relation professionnelle avec cette ou ces personnes, obtenir une évaluation positive de celle-ci ou de celles-ci effectuée par un membre de l'Ordre des psychologues du Québec ou de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

Le membre de l'ordre est choisi par la personne ou les personnes formant le projet parental sur une liste de noms fournie par l'ordre concerné et transmise au ministre.

L'évaluation est effectuée, aux frais de la personne ou des personnes formant le projet parental, sur la base des critères convenus entre les deux ordres professionnels et le ministre. Le ministre s'assure de la diffusion de ces critères.

Le gouvernement peut, par règlement, prévoir les conditions de la procédure d'évaluation. »

Cet article convie donc les deux ordres professionnels concernés (ci-après, les deux ordres) à établir de façon consensuelle ce que sont les critères qui serviront de balises aux professionnels mandatés (ci-après évaluateurs) pour procéder à l'évaluation requise par le médecin. Le présent document fait état desdits critères.

Devoirs et obligations professionnelles

Les personnes qui sont aux prises avec une problématique d'infertilité et qui souhaitent recourir à la PMA ont droit aux mêmes égards et considérations que celles qui ne présentent pas cette problématique. Leur désir d'enfant est parfaitement légitime même si leur projet ne souscrit pas à la vision traditionnelle qu'a la majorité sur le couple, la famille et la parentalité. D'ailleurs, on a supprimé du projet de loi initial une disposition rendant l'évaluation préalable obligatoire lorsque la PMA impliquait le don de gamètes issus de tiers, et ce, malgré le fait que la littérature scientifique

et l'expérience des cliniciens soutiennent qu'il s'agit d'une condition qui s'avère un motif de consultation pour le bien-être de l'enfant à venir. En effet, cette disposition, bien que justifiable cliniquement, en raison de son caractère « automatique », ouvrirait la porte à la discrimination par exemple des couples de même sexe et des personnes seules¹.

Il demeure qu'en vertu de la loi, on doit procéder à une évaluation lorsque le médecin entrevoit un risque de compromission de la sécurité ou du développement de l'éventuel enfant issu de la PMA. Cette évaluation doit évidemment se faire en respectant la dignité et la liberté des personnes et en s'acquittant de ses devoirs et obligations professionnelles.

Équité

Il faut reconnaître que toute personne a une valeur innée en tant qu'être humain, que cette valeur n'est pas modifiée par des différences comme le sexe, le statut conjugal, l'orientation sexuelle, les capacités mentales ou physiques, l'âge et le statut socio-économique.

Compétences

Le domaine de la PMA est un domaine spécialisé et y travailler nécessite de développer, parfaire et maintenir des compétences particulières que peu détiennent, et ce, eu égard au mandat confié, à la demande et aux attentes du client de même qu'aux enjeux propres à l'infertilité². Il ne faut pas hésiter à consulter un autre professionnel ou une autre personne compétente ou à orienter le client vers l'une de ces personnes au besoin.

Intégrité, objectivité et modération

Il faut reconnaître l'influence des valeurs, attitudes, expériences, de même que du contexte social sur ses interventions et voir à en neutraliser l'impact. Il faut se dégager des stéréotypes générateurs de préjugés et s'assurer de ne pas pénaliser les personnes, notamment les femmes qui, par exemple, désirent poursuivre une carrière professionnelle pouvant être exigeante, ni non plus les personnes qui se trouvent en situation de pauvreté.

Confidentialité

Il faut s'abstenir de recueillir des renseignements et d'explorer des aspects de la vie privée qui n'ont aucun lien avec la réalisation des services professionnels requis. De plus, il ne faut verser au dossier et ne transmettre à des tiers, sous réserve du consentement du client, que ce qui est en lien avec le mandat confié.

Disponibilité et diligence

Il faut agir avec célérité et exactitude afin notamment de ne pas causer de préjudice étant donné qu'en contexte de PMA la fenêtre d'opportunité pour la fécondation peut être

¹ L'orientation vers un évaluateur de la personne ou des personnes dont le projet parental repose sur un don de gamètes issus de tiers doit donc découler du fait que le médecin a des motifs raisonnables de croire en la présence d'un risque de compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant à naître.

² Voir à cet égard l'Annexe 1 de ce document.

relativement courte (ex. : âge de la femme formant le projet parental, évolution prévisible de certaines conditions médicales et autres).

Rigueur professionnelle

On ne peut tirer des conclusions et donner des avis et conseils que si on dispose de l'information professionnelle et scientifique suffisante et requise à ces fins, ce que facilite le travail en interdisciplinarité ou en multidisciplinarité.

La démarche d'évaluation

L'évaluateur, dans l'exercice de son mandat, doit, comme souligné précédemment, détenir les compétences que requiert l'évaluation qui lui est confiée et s'assurer que son cadre de travail et les conditions dans lesquelles peut se réaliser cette évaluation lui permettront de tirer les conclusions attendues. Il doit circonscrire son évaluation en fonction de la demande du médecin, en cibler les objets pertinents et juger qui il doit rencontrer (ex. : chacune des personnes formant le projet parental, le couple, la famille, les membres de l'entourage) et dans quel environnement (ex. : au cabinet de consultation, au domicile des personnes formant le projet parental). Son objectif est de déterminer s'il y a présence chez la ou les personnes formant le projet parental de conditions pouvant compromettre la sécurité ou le développement de l'enfant à venir. Pour ce faire, il prend également en considération la présence de facteurs de protection ou de vulnérabilité, facteurs dont l'interaction dynamique peut atténuer ou aggraver l'impact des conditions ayant un potentiel de compromission.

Les critères d'évaluation

Ce qui suit ventile de façon relativement détaillée plusieurs ensembles d'objets sur lesquels il est possible de se baser pour conclure l'évaluation. Cette évaluation n'a pas à porter sur tous ces objets, mais bien sur ceux qui sont en lien avec la situation particulière de chaque personne devant être évaluée. Voici donc la liste des critères à considérer.

Fonctionnement psychologique et social

- Impact, le cas échéant, d'un trouble mental ou neuropsychologique ou d'une maladie physique sur :
 - le consentement libre et éclairé,
 - le réalisme du projet parental,
 - le désir d'enfant,
 - le réseau de soutien,
 - les capacités parentales,
 - les besoins de sécurité et de développement de l'enfant;
- Présence de certaines caractéristiques ou qualités comme :
 - sens de l'organisation et des priorités,
 - habiletés sur le plan fonctionnel,
 - capacités d'adaptation (flexibilité et autres),
 - habiletés à résoudre des problèmes,
 - capacité de reconnaître ses besoins et limites et de rechercher de l'aide,

- habiletés à communiquer et à se relier aux autres,
- capacité de gérer les stress ou les émotions,
- empathie.

Environnement physique et social

- Caractéristiques du milieu de vie;
- Accessibilité à un réseau de soutien (famille immédiate et élargie, amis, proches et autres personnes significatives, organismes de la communauté, etc.).

Habitudes de vie et autres conduites

- Stabilité et prévisibilité ou non des comportements;
- Prudence et réserve ou propension à prendre des risques;
- Commission d'actes illégaux ou criminels.

Position relative face aux traitements de PMA envisageables

- Nature et réalisme des motivations et des attentes face aux traitements de PMA;
- Degré de préparation à recevoir un traitement de PMA (ex. : lectures, rencontres d'information et de sensibilisation);
- Compréhension des procédures médicales et de leur impact sur les plans physique, psychologique et social;
- Prise en considération d'autres types de traitement ou d'autres opportunités (ex. : adoption).

Projet parental

- Impact de l'infertilité sur la personne, le couple, la famille;
- Réalisme du projet et préparation à l'arrivée éventuelle d'un ou de plus d'un enfant;
- Motivations à la source du désir d'enfant;
- Positions de la personne eu égard, le cas échéant :
 - au développement souhaité de la famille,
 - au deuil d'un enfant conçu de façon conventionnelle,
 - aux attentes en regard de l'enfant, au rapport enfant réel/enfant rêvé,
 - à la possibilité de grossesse multiple;
- Implications et impact sur la personne, le conjoint, la famille et le réseau de soutien, le cas échéant :
 - d'être un parent unique,
 - d'être un couple de parents de même sexe;
- Présence et impact de pressions externes;
- Degré d'adhésion des deux conjoints au projet parental;
- Connaissance de ce qu'est être parent et capacité d'en assumer les rôles et fonctions;
- Connaissance de ce qu'est un enfant et de ce que sont ses besoins et capacité;
- Capacité d'accueillir un enfant issu d'un don de gamètes de tiers, de s'y attacher adéquatement et de composer avec cette situation particulière (ex. : répondre au

questionnement de l'enfant et de l'entourage).

Situation conjugale et/ou familiale

- Qualité du système conjugal et/ou familial (possibilité pour chaque individu de s'y épanouir, de maintenir à flot son estime de soi).

Le couple et son évolution

- Solidité et pérennité du couple;
- Caractéristiques du fonctionnement du système conjugal (dynamique relationnelle, niveau de soutien, satisfaction, qualité de la communication, stratégies de résolution de conflits, etc.);

La famille et les relations avec les enfants

- Caractéristiques du fonctionnement du système familial (dynamique relationnelle, niveau de soutien, satisfaction, qualité de la communication, stratégies de résolution de conflits, etc.);
- Équilibre, pertinence, efficacité, satisfaction dans la répartition et l'assomption des rôles parentaux;

Les compétences parentales actuelles ou éventuelles

- Capacité de répondre aux besoins de base de l'enfant (nutrition, sommeil, hygiène, soins de santé, etc.) de même qu'à ses besoins sur les plans intellectuel et affectif;
- Capacité de reconnaître l'enfant comme autre, comme entité distincte, de l'accepter comme tel et de répondre à ses besoins propres notamment sur le plan de l'identité, de l'affirmation de soi et de l'autonomie;
- Capacité d'encadrer et d'éduquer l'enfant, de se relier à lui en tant qu'autorité parentale;

Situation financière et professionnelle

- Capacité de subvenir aux besoins de base individuels et familiaux, considérant notamment les besoins de l'enfant à venir, la présence et l'importance d'endettement et autres;
- Compatibilité du projet parental avec l'emploi actuel ou souhaité (stabilité ou précarité d'emploi, conditions de travail favorables ou non et autres).

Identification de conditions représentant un risque

Il est important de souligner d'entrée de jeu que la présence de stress, d'ambivalence, de peurs ou de manifestations à connotation anxieuse ou dépressive est relativement fréquente, pour ne pas dire prévisible, chez ceux qui font une demande de PMA. Dans la très grande majorité des cas, cela ne constituerait pas véritablement un risque de compromission pour la sécurité et le développement de l'enfant à venir. Leur présence pourrait plutôt rappeler l'importance d'offrir aux personnes concernées un bon accompagnement au moment opportun. Par ailleurs, certaines conditions, sur le plan personnel ou social, à leur face même, peuvent être associées à un risque de compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant à venir. La liste qui suit pour en faire état n'est ni exhaustive ni restrictive et l'évaluateur pourrait prendre en considération d'autres

conditions, dans la mesure évidemment où il en démontrerait la pertinence.

Ces conditions peuvent avoir été soupçonnées ou identifiées par le médecin traitant, étant ainsi à la source de sa demande d'évaluation, ou encore être confirmées par le travail de l'évaluateur. Ce sont :

- Incapacité actuelle d'appréhender la réalité telle qu'elle est et, conséquemment, d'y faire face adéquatement (ex. : présence de délire, d'hallucinations ou d'autres manifestations témoignant d'atteintes sérieuses des fonctions cognitives);³
- Dépendance aux substances;
- Violence sexuelle, physique, psychologique, verbale, financière;
- Antécédents de comportements qui compromettent la sécurité ou le développement d'un enfant déjà existant, documentés par le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ);
- Conditions de vie précaires ou dysfonctionnelles (itinérance, demeurer dans une maison de débauche, dans un logement insalubre ou servant à la vente ou à la consommation de drogues, etc.);
- Dynamique dysfonctionnelle, voire pathogène, au sein du couple ou de la famille (ex. : relations d'emprise où les besoins de l'un sont considérablement brimés par l'autre et où il y a atteinte sérieuse de l'estime de soi);
- Lacunes importantes notamment sur les plans matériel, financier, affectif et intellectuel, non compensées par la présence d'un réseau de soutien;
- Motivations à recevoir des services de PMA qui s'expliqueraient seulement comme étant le résultat de pressions indues (d'ordre affectif, financier ou autres);
- Détresse importante résultant par exemple de la perte d'un enfant ou d'un proche (ex. : deuil pathologique qui ne permet pas d'appréhender adéquatement la réalité).

La présence de l'une ou l'autre de ces conditions ne signifie pas toujours automatiquement que l'issue de l'évaluation doit être négative. En effet, des facteurs de protection ou de vulnérabilité.

³ À noter que ces conditions peuvent avoir un impact sur l'aptitude même à consentir aux soins et traitements peuvent atténuer ou aggraver l'impact de telles conditions et l'évaluateur doit en tenir compte pour pondérer ses conclusions. Ainsi, on pourrait juger qu'une femme seule qui vit de prestations de l'aide sociale et qui est atteinte d'un trouble mental pourrait bénéficier de PMA, dans la mesure par exemple où elle s'appuierait sur un réseau de soutien fort, que le trouble mental est bien traité et qu'il n'y a pas eu de « rechute » depuis suffisamment longtemps pour que ce soit significatif. À l'inverse, la présence de facteurs de vulnérabilité pourrait aggraver des conditions pouvant paraître moins compromettantes que celles qui sont ici rapportées.

Les issues possibles de l'évaluation

Le mandat confié à l'évaluateur est extrêmement délicat puisque le résultat de son travail aura pour effet d'appuyer ou de mettre fin à des projets de vie de personnes en situation de grande vulnérabilité. L'exercice du jugement professionnel est ici mis à rude épreuve dans la mesure où le défi de l'évaluateur est non seulement d'anticiper la persistance dans le temps de conditions particulières et de facteurs de protection ou de vulnérabilité, mais également de prévoir leur impact éventuel sur la sécurité et le développement d'un enfant qui n'existe pas encore.

Évaluation « positive »

L'évaluation, pour reprendre les termes de la *Loi*, peut être « positive » au sens où l'évaluateur, ayant pris en compte les conditions précédemment énumérées pouvant constituer un risque de compromission et ayant fait la balance des facteurs de protection ou de vulnérabilité que lui a permis de documenter son évaluation, conclut qu'il ne voit pas de risque de compromission pour la sécurité et le développement à venir. Pour tirer une telle conclusion, il doit exercer son jugement professionnel alors que la présence d'une seule des conditions pouvant constituer un risque de compromission pourrait ne pas suffire pour interrompre ou mettre fin aux services de PMA, comme illustré précédemment.

Évaluation « négative »

L'évaluation est négative quand l'évaluateur constate la présence d'une ou de plus d'une des conditions pouvant constituer un risque de compromission alors que la balance des facteurs de protection et de vulnérabilité ne permettrait pas d'atténuer, voire aggraverait, l'impact de ces conditions.

Évaluation dont on doit reporter la conclusion

Comme dit plus tôt, la présence de stress, d'ambivalence, de peurs ou de manifestations à connotation anxieuse ou dépressive est relativement fréquente, pour ne pas dire prévisible chez ceux qui font une demande de PMA. L'évaluation peut permettre ainsi de mettre à jour certaines conditions qui, comme ces dernières, ne seraient pas d'emblée des contre-indications à la PMA, mais qui nécessiteraient qu'on prenne le temps d'en saisir l'évolution avant de se prononcer. Le report de la décision devient alors indiqué.

Recommandation de counselling

Bien qu'il soit inopportun de s'y appuyer pour mettre fin à la PMA, l'évaluateur prend en considération l'intensité de manifestations ou de perturbations prévisibles ou non et peut envisager dans un premier temps que soient offerts aux personnes concernées accompagnement, soutien ou *counselling*⁴. Ceci pourrait permettre d'atténuer ces manifestations ou perturbations, ce qui rendrait alors envisageable la PMA.

⁴ Le terme *counselling* est fréquemment utilisé en contexte d'infertilité et il renvoie à des interventions de type accompagnement, soutien, éducation qui sont à distinguer de la psychothérapie. C'est en ce sens qu'il est utilisé dans ce document.

Cette perspective d'accompagnement, de soutien ou de *counselling* est également souhaitable pour aider la personne ou les personnes formant le projet parental à mieux composer avec une importante maladie, à surmonter la détresse liée à la perte d'un enfant ou lorsque l'équilibre du couple ou de la famille est fragilisé ou encore à réfléchir sur leur motivation à recevoir des services de PMA lorsque celle-ci semble discutable.

Enfin, l'accompagnement, le soutien ou le *counselling* sont aussi recommandables pour les personnes qui sont conscientes de la présence de certains facteurs de vulnérabilité et qui sont prêtes à mettre les efforts pour changer des choses.

En pareilles circonstances, l'évaluateur sera plus à même de déterminer si l'évaluation est ou non « positive » lorsque la personne ou les personnes formant le projet parental auront profité d'accompagnement, de soutien ou de *counselling*.

Il faut noter enfin que peu importe l'issue de l'évaluation, il peut être opportun d'offrir des services d'accompagnement, de soutien ou de *counselling* dans tous les cas, comme le soutiennent de nombreux guides de pratique en matière d'infertilité⁵.

Le recours à d'autres professionnels

Il repose donc sur les épaules de l'évaluateur de tirer des conclusions qui donneront au médecin des indications claires quant à la suite qu'il peut donner aux services de PMA. L'évaluateur peut, pour ce faire, agir seul, mais le poids du mandat peut être relativement lourd étant donné la complexité de la problématique et l'ampleur des conséquences pour la ou les personnes formant le projet parental. Il se pourrait même que travailler seul, dans certaines circonstances, ne corresponde pas aux meilleures pratiques. En effet, en raison de particularités propres à certains mandats et des compétences à détenir pour y donner suite, la contribution d'un ou de plus d'un autre professionnel peut être requise, prenant en compte les différents champs d'exercices de même que les expertises associées à l'évaluation d'un objet en particulier. Cette contribution servirait soit à documenter et compléter l'évaluation soit, le cas échéant, à offrir le soutien, l'accompagnement ou le *counselling* recommandé. Enfin, il pourrait être aussi opportun que l'évaluation s'inscrive dans une perspective interdisciplinaire ou multidisciplinaire, et ce, avec l'objectif que les échanges entre collègues permettent à l'évaluateur de dégager un certain consensus et d'asseoir solidement ses conclusions⁶.

⁵ Bien que cela ne relève pas du propos de ce document, il faut souligner que les mandats d'évaluation et de *counselling* peuvent ne pas être compatibles et l'évaluateur qui s'engagerait à répondre des deux mandats risquerait de se placer en situation de conflit d'intérêts.

⁶ En accord avec ce qui est ici rapporté, le CMQ, dans son document intitulé : *Les activités de procréation médicalement assistée. Démarche clinique et thérapeutique. Guide d'exercice* précise que la décision clinique d'offrir ou de ne pas offrir des soins de PMA ne devrait pas reposer uniquement sur le médecin. Ainsi, on fait référence à la nécessaire contribution de tous les professionnels impliqués dans un comité clinique de PMA et, au besoin, à celle de conseillers en éthique. Ce faisant, la décision est partagée et découle d'un consensus s'appuyant sur la reconnaissance des compétences de chaque professionnel mobilisé.

Annexe 1 : Les qualifications des évaluateurs

L'article 10.2 de la *Loi* stipule entre autres que :

« [...] Cette évaluation [de la ou des personnes formant le projet parental] est effectuée par un membre de l'Ordre des psychologues du Québec ou de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, choisi par la personne ou les personnes formant le projet parental sur une liste de noms fournie par l'ordre concerné et transmise au ministre.

Ce sont les membres de ces deux ordres qui doivent demander chaque année d'être inscrits sur la liste à transmettre au ministre (ci-après la *liste*). Il est clair par ailleurs qu'en vertu de leur code de déontologie, les professionnels qui demanderont à être inscrits sur la *liste* devront détenir les compétences pour justifier de s'y trouver. Les deux ordres s'attendent à ce que leurs membres prennent connaissance des enjeux relatifs à la compétence (ce dont font état les guides de bonne pratique par exemple) et, sur cette base, jugent de la pertinence et de la légitimité de demander d'être inscrits sur la *liste*. Cette demande a valeur de déclaration officielle en ce qui a trait aux qualifications relatives à la pratique visée et aux mandats auxquels ils peuvent conséquemment donner suite, qualifications dont ils auraient éventuellement à rendre compte, par exemple dans le cadre d'une visite d'inspection professionnelle.

Par ailleurs, les deux ordres considèrent important que les évaluateurs aient une formation minimale sur les aspects médicaux, psychologiques et sociaux liés à l'infertilité de même qu'une certaine expérience clinique en matière de *counselling* auprès de la ou des personnes qui forment le projet parental⁷. En effet, l'évaluateur doit savoir dans quoi s'engagent celles-ci, de même que ce qu'elles sont susceptibles de vivre ou d'éprouver. Il doit aussi pouvoir départager chez elles des réactions plutôt typiques vs ce qui serait tributaire de la présence d'un trouble mental.

Cependant, eu égard aux qualifications requises, il y a lieu de considérer que tous les mandats ne sont pas nécessairement les mêmes et il est entendu que les membres qui apparaissent sur la *liste* pourraient ne pas détenir toutes les compétences possiblement requises en tout temps et en toutes circonstances. Ainsi, l'évaluateur, en cours de processus, pourrait être confronté à des situations qui requièrent des compétences ou une expertise dont il ne dispose pas et il devient alors nécessaire d'orienter la personne ou les personnes formant le projet parental vers un autre professionnel, et ce, tenant compte de son champ d'exercice et de ses habilitations. S'il s'agissait de déterminer, par exemple, la présence d'un trouble mental ou neuropsychologique, il faudrait impliquer un professionnel légalement habilité. Il en serait de même si, en cours d'évaluation, il s'avérait important d'évaluer la dynamique complexe d'un système familial ou encore la fonctionnalité du réseau social et que le professionnel engagé n'en ait pas les compétences ou la capacité.

⁷ Voir Blyth (2012).

Autres indications sur les connaissances utiles ou essentielles à détenir

Les deux ordres s'attendent à ce que leurs membres désireux d'être inscrits sur la *liste* prennent connaissance des enjeux relatifs à la compétence dont font notamment état les guides de bonne pratique en matière de *counselling* à offrir aux personnes qui ont un problème de fertilité et qui se tournent vers la PMA. On peut trouver quelques-uns de ces guides en Annexe 2. Cependant, comme ces documents de référence répertorient des qualifications et/ou compétences qui sont associées au *counselling* en infertilité, il se peut que celles-ci ne correspondent pas parfaitement à celles sur lesquelles s'appuyer pour l'évaluation de la personne ou des personnes qui forment le projet parental dans un contexte particulier où le médecin se questionne sur les risques de compromission de la sécurité ou du développement de l'éventuel enfant issu de la PMA. Toutefois, il y a de possibles recoupements au sens où ce qui est pertinent au *counselling* peut l'être également pour répondre au mandat que confie le médecin à l'évaluateur. Bref, ce qui se trouve dans ces quelques documents de référence en matière de *counselling* peut permettre de dégager des indications relatives aux connaissances qu'auraient à détenir les membres des deux ordres désireux d'être sur la *liste*, et ce, sous réserve de la nature des conditions et problématiques à évaluer, de même que du champ d'exercice propre au professionnel qui agit comme évaluateur.

Ce qui suit se veut ainsi une liste indicative, qui n'a pas valeur prescriptive, qui n'est ni exhaustive, ni limitative des connaissances qu'il peut être utile, voire en certaines circonstances essentielles, de détenir⁸:

- contexte légal et réglementaire, tant fédéral que provincial, dans lequel s'insère la PMA;
- enjeux sur le plan éthique et déontologique rattachés à la PMA;
- étiologie, diagnostic et traitements des difficultés de reproduction;
- interventions auxquelles on a recours en PMA;
- gestion du stress;
- littérature scientifique et professionnelle relative :
 - à la dynamique conjugale et familiale particulière au contexte d'infertilité et de PMA (modèle familial traditionnel ou alternatif),
 - au développement de l'identité,
 - au deuil et aux pertes,
 - aux capacités parentales;
 - aux dimensions psychologiques (ex. : estime de soi, image corporelle, identité) et sociales de l'infertilité,
 - aux enjeux développementaux, psychologiques, sociaux et culturels auxquels sont confrontés les enfants issus de la PMA, notamment dans les situations de dons de gamètes de tiers (ex. : besoins à court, moyen et long terme des personnes impliquées dans un don de gamètes de tiers).

⁸ Tiré de : Bermingham, S., Daniluk, J., Newton, C., Takefman, J., Yee, S. (2009). *Assisted Human Reproduction Counselling Practice Guidelines*, Canadian Fertility and Andrology Society.

Annexe 2 : Bibliographie sommaire

Bermingham, S. (2011). *Vivre avec l'infertilité*. Bayard Canada, ISBN 9782895793397

Bermingham, S., Daniluk, J., Newton, C., Takefman, J., Yee, S. (2009). *Assisted Human Reproduction Counselling Practice Guidelines*, Canadian Fertility and Andrology Society.

Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility counselling in different countries: Is there an emerging trend? *Human Reproduction*, Vol.0, No.0 pp. 1–12.

<http://humrep.oxfordjournals.org/content/early/2012/04/03/>

Collège des médecins du Québec, (2015) : *Les activités de procréation médicalement assistée. Démarche clinique et thérapeutique*. Guide d'exercice. Accessible à l'adresse URL suivante : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-11-18-fr-activites-de-procreation-medicalement-assistee.pdf>

Commission de l'éthique de la science et de la technologie (2009). Éthique et procréation assistée : des orientations pour le don de gamètes et d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire : Résumé et recommandations. www.ethique.gouv.qc.ca

Covington, S., Hammer Burns, L. (eds) (2006). *Infertility counseling : A comprehensive handbook for clinicians*, 2nd Edition. New York : Cambridge University Press.

Ebdrup, N.H., & coll. (2015). Assisted reproductive technology (ART) treatment in women with schizophrenia or related psychotic disorder: a national cohort study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 177:115-20.

Gameiro, S. (Chair). (2015). *Guideline : Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff*. *European Society of Human Reproduction and Embryology*. 30(11) : 2476-8.

Havelock, J., Liu, K.L., Levitan, S., Petropanagos, L. (2016). *Procréation avec la participation d'un tiers*, Clinical Practice Guidelines, Canadian Fertility and Andrology Society, www.cfas.ca

Schani, C. & coll. (2016). Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Research*, 240 : 53-9.

Schlaff, W. & Braverman, A. (2015). Mental health counseling in third party reproduction. *Fertility and Sterility*, 104 (2), Special issue

Verhaak, CM. & coll. (2010). Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Human Reproduction*, 25(5) : 1234-40.

Volgsten, H. & coll. (2010). Personality traits associated with depressive and anxiety disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Acta obstetrica gynecologica Scandinavia*, 89(1) : 27-34.

Volgsten, H. & coll. (2010). Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment *Fertility and sterility*, 93(4) : 1088-96.

Yli-Kuha, AN. & coll. (2010). Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Human Reproduction*, 25(8) : 2018-23.