

Le don de sperme

Table des matières

1. Introduction	4
2. Données chiffrées	6
3. Bases médicales	7
3.1 Définition	7
3.2 Indications	7
3.3 Procédure	7
3.4 Dépistages sur les donneurs potentiels de sperme	8
4. Evolutions sociales	10
5. Cadre juridique	12
5.1 Réglementation de la médecine de la reproduction	12
5.2 Aspects relatifs au droit de la filiation	14
5.3 Exigences de qualité	16
5.4 Coûts relatifs au don de sperme	17
6. Problèmes éthiques	19
6.1 Accès au don de sperme	19
6.2 Droits et obligations en matière d'information	21
6.3 Choix du donneur de sperme	21
6.4 Dépistage génétique du donneur de sperme	23
6.4.1 Fonction et signification	23
6.4.2 Contenu et portée	24
6.4.3 Communication des résultats de l'analyse	25
6.5 Limitation de la durée de conservation	25
6.6 Gratuité	26
6.7 Traitement des données sensibles	27
7. Conclusion et recommandations	28
7.1 Recommandations au législateur	28
7.2 Recommandations aux associations professionnelles compétentes	28
8. Littérature et autres matériaux	29

Avant-propos

Le don de sperme est pratiqué depuis longtemps et est réglementé en Suisse par la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée. Il est autorisé, mais soumis à certaines restrictions, par exemple le couple doit être marié pour en bénéficier. Ce n'est là qu'un aspect parmi d'autres que la Commission nationale d'éthique aborde dans cet avis. On parle peu du don de sperme, toutefois pour certains couples il s'agit de la seule manière d'avoir un enfant à eux, génétiquement lié à l'un des parents. Que signifie le don de sperme aujourd'hui ? Les dispositions légales sont-elles toujours d'actualité ? Quels sont les nouveaux défis auxquels elles sont confrontées, par exemple, avec l'introduction de la génétique humaine dans la médecine de la reproduction, et comment doivent-elles être évaluées sur le plan éthique ? Avec cet avis, la Commission nationale d'éthique souhaite contribuer à la discussion sur une procédure en médecine de la reproduction qui n'est guère controversée dans son principe, mais qui comporte néanmoins de multiples défis.

Andrea Büchler

Présidente de la CNE

1. Introduction

Le don de sperme occupe une place de choix dans la médecine de la reproduction depuis des décennies. Il s'agit d'une procédure médicale relativement simple, bien établie et, comparée à d'autres techniques de reproduction, peu coûteuse. Comme pour le don d'ovules ou la maternité de substitution, dans le don de sperme des tiers participent à la conception de l'enfant : des personnes connues ou inconnues mettent leurs gamètes à disposition et les médecins se chargent en principe du traitement. La réalisation du désir d'avoir des enfants avec l'aide de tiers – Andreas Bernhard parle de « culture de la reproduction » (Bernhard, 2014) – soulève un certain nombre de questions. Qui a accès au traitement par don de sperme ? Quelles exigences s'appliquent au donneur de sperme ? Le don de sperme peut-il être indemnisé ? Le donneur de sperme doit-il rester anonyme ? Pendant combien de temps le sperme donné peut-il être conservé et utilisé ? Quelles informations sur le donneur de sperme sont à disposition des parents d'intention et de quelles possibilités disposent-ils pour choisir le donneur ou les gamètes donnés ? Quel est le statut juridique du donneur de sperme ? Quels sont les droits de l'enfant conçu par don de sperme ?

De nos jours, le don de sperme est autorisé dans la plupart des pays. Toutefois, la législation diffère parfois considérablement d'un pays à un autre. Il existe également diverses pratiques de don de sperme : le don peut être fait dans les centres de la médecine de la reproduction, mais il arrive qu'il soit pratiqué à domicile sans soutien médical. Si le sperme d'un donneur est obtenu via une banque de sperme, sa qualité est vérifiée. En outre, des informations non pertinentes du point de vue médical sont également documentées dans les banques de sperme et peuvent servir

au moment du choix du donneur. Il n'y a pas de règle uniforme pour déterminer qui choisit le sperme et sur la base de quels critères.

Pendant longtemps, le don de sperme a été la seule méthode de traitement de la stérilité masculine. Depuis les années nonante du siècle dernier, la médecine reproductive s'est beaucoup développée. De nouvelles techniques, à savoir la fécondation in vitro (FIV) et l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) (cf. 3.2, 3.3), permettent à un nombre croissant de couples de concevoir leur propre enfant (biologique et génétique), malgré une infertilité masculine sévère. Bien que, grâce à ces nouveaux développements, l'importance du don de sperme diminue, il joue encore un rôle significatif dans la médecine reproductive. D'une part, il reste des situations dans lesquelles des couples ne peuvent pas avoir un enfant avec un lien génétique entre le père d'intention et l'enfant ; dans ces situations, l'état actuel de la technique permet uniquement l'utilisation du sperme d'un donneur. D'autre part, le don de sperme est incontournable pour les couples de même sexe et pour les personnes seules désirant un enfant. La demande existe depuis des décennies et augmentera à l'avenir. Cependant, selon la loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée (LPMA ; RS 810.11), l'utilisation du don de sperme en Suisse est uniquement autorisée pour les couples mariés hétérosexuels. En conséquence, les couples de même sexe et les femmes seules ont de plus en plus souvent recours à des traitements dans des cliniques à l'étranger ou à des pratiques de don de sperme en dehors d'une procédure médicale (auto-insémination ou insémination à domicile, cf. 3.3) afin de réaliser leur désir d'enfanter.¹

¹ Des réglementations différentes s'appliquent dans les pays européens. Par exemple, le don de sperme pour les couples de même sexe est autorisé dans quatorze pays, dont l'Autriche, le Royaume-Uni, les pays scandinaves et l'Espagne. En France, le gouvernement a présenté en juillet 2019, un projet de réforme de la loi sur la bioéthique, visant à autoriser l'accès à l'insémination artificielle aux couples de même sexe et aux femmes non mariées ; le projet de loi devrait être voté par le Parlement en début 2020.

La loi sur la procréation médicalement assistée, entrée en vigueur en 2001, a atteint cette année sa « majorité » au sens où les premiers enfants ayant été conçus au moyen d'un don de sperme, non anonyme en vertu de cette loi, ont atteint leur majorité. Ces jeunes adultes peuvent désormais demander des informations sur l'identité du donneur de sperme. La Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) saisit cette occasion pour aborder une série d'enjeux importants relatifs au don de sperme. Certains enjeux sont actuellement discutés en lien avec l'ouverture du « mariage pour tous ». D'autres ont déjà fait l'objet de prises de position. La CNE a déjà souligné dans son avis sur la « congélation sociale des ovules » (n° 28/2017) le problème de la limitation de *la durée de conservation* des gamètes qui entraîne une pénurie de sperme dans les banques de sperme en Suisse.

2. Données chiffrées

Avant l'entrée en vigueur de la LPMA, le don de sperme était soumis à une réglementation cantonale et il n'y avait aucune obligation de reporter les données relatives au don dans un registre central. Depuis 2001, immédiatement après la naissance d'un enfant conçu par don de sperme, les médecins traitants doivent transmettre à l'Office fédéral de l'état civil (OFEC) des informations sur le donneur de sperme ainsi que sur la mère et son mari. En cas de perte de contact avec le couple receveur, les données doivent également être transmises à l'OFEC à la date de naissance présumée, même s'il n'y a pas de certitude qu'une naissance ait eu lieu ou non (art. 25 LPMA).

Malgré l'obligation de sauvegarde des données énoncée à l'art. 11 de la LPMA, les données officielles sur le don de sperme ne sont que partielles. En effet, l'Office fédéral de la statistique (OFS) enregistre les naissances consécutives à des traitements par don de sperme uniquement dans le cadre de procédures de fécondation in vitro (FIV ; OFS 2019a), et non lors de traitements par insémination intra-utérine (IIU) – les types de procédure sont décrites au chapitre 3.3. À ce jour, l'OFEC n'a pas encore publié les données relatives aux dossiers qui lui ont été transmis depuis l'entrée en vigueur de la loi en 2001. En outre, tous les enfants nés en Suisse après un traitement par don de sperme effectué à l'étranger ou après une *auto-insémination* avec le sperme d'un donneur échappent aux statistiques. Cette situation ne permet pas de se prononcer avec précision sur la pratique du don de sperme en Suisse, ni d'en prévoir l'évolution future. On ne sait pas combien de traitements par don de sperme sont effectués chaque année, sous quelle forme (IIU ou FIV) et combien d'enfants naissent à la suite de ces traitements. Ce dont on peut être certain toutefois, c'est qu'en 2019/2020, les premiers enfants

inscrits sur le registre atteindront l'âge de la majorité et pourront demander à l'OFEC des informations sur l'identité du donneur de sperme.

Sur 35 centres de la médecine de la reproduction en Suisse, près d'un tiers proposent des traitements par don de sperme.² Certains d'entre eux ont leur propre banque de sperme, d'autres importent des échantillons de sperme de l'étranger. Les tâches de la banque de sperme comprennent le recrutement des donneurs, l'information et la documentation, les examens et contrôles obligatoires (voir également le chapitre 3.4), la conservation des échantillons de sperme, la transmission de ceux-ci aux médecins autorisés à les utiliser ensuite dans le cadre d'un traitement de procréation assistée. Compte tenu des réglementations restrictives concernant la sélection et l'utilisation du sperme d'un donneur (cf. 5.1), dans notre pays, les *banques de sperme* peuvent uniquement être sollicitées par les centres de médecine de la reproduction. La situation à l'étranger est différente : dans de nombreux pays, les couples sont légalement autorisés à choisir eux-mêmes le donneur en fonction des caractéristiques qui leur semblent importantes. Les banques de sperme peuvent facturer des *frais* supplémentaires pour le sperme de certains donneurs ou pour des services optionnels (profil étendu du donneur avec par exemple les photos d'enfant, une garantie de don exclusif pour un unique couple, la disponibilité du donneur à faire un don non anonyme, etc.).³ Dans ce cadre, l'exploitation d'une banque de sperme peut représenter un modèle commercial intéressant.

2 Un aperçu des cliniques se trouve à l'adresse suivante: <http://www.sgrm.org/wb/pages/de/samenspende-don-de-sperme/zentren.php?lang=DE>.

3 Voir <https://blog.cryosinternational.com/en/2018/06/26/what-does-sperm-donor-cost/> (Cryos International, Danemark), <https://www.cryobank.com/services/pricing> (California Cryobank, USA).

3. Bases médicales

3.1 Définition

Par don de sperme on entend la donation de spermatozoïdes en vue d'un projet parental.

3.2 Indications

Le traitement par don de sperme peut aider les couples où l'homme n'a pas de sperme ou dont la qualité est insuffisante, ou les femmes, qui n'ont pas de partenaire (masculin), à obtenir une grossesse. En Suisse, le traitement par don de sperme ne peut être utilisé que s'il permet de remédier à l'infertilité d'un couple et que les autres traitements ont échoué ou sont vains, ou si le risque de transmission d'une maladie grave et incurable aux descendants ne peut être écarté d'une autre manière (art. 5 al. 1 LPMA, cf. 5.1).

L'infertilité masculine est généralement diagnostiquée dans le cadre de la consultation d'un couple qui, malgré un désir d'enfant, ne parvient pas à en avoir ; elle est rarement connue à l'avance. Les raisons de l'infertilité masculine peuvent être multiples : génétiques, toxines, hormones, infections, opérations antérieures, traumatismes, malformations, maladies graves, obésité, ou exposition à des substances nocives comme le tabac, le cannabis et autres drogues ; en outre, un nombre croissant d'études scientifiques confirment la suspicion d'une relation entre des influences environnementales nocives et la qualité réduite du sperme. Cependant, au cas par cas, il n'est pas toujours possible d'identifier la cause de l'infertilité, qui reste alors inexpiquée. Il est important de savoir que toute réduction de la qualité du sperme n'entraîne pas nécessairement une infertilité masculine définitive, pour laquelle un traitement par don de sperme est indiqué. Dans le cas d'une légère diminution de la qualité du sperme, il

suffit souvent de préparer les spermatozoïdes du partenaire et les introduire directement dans l'utérus de la femme.⁴ Dans les cas où la qualité du sperme est très mauvaise, une injection intracytoplasmique du sperme (ICSI) représente une alternative.⁵

3.3 Procédure

Le traitement par don de sperme s'effectue dans un centre de médecine de la reproduction via insémination intra-utérine (IIU) ou fécondation in vitro (FIV).

Dans l'IIU, la fécondation de l'ovule a lieu dans le corps de la femme (in vivo). Pour cela, les trompes de Fallope de la femme (ou au moins l'une d'entre elles) doivent être fonctionnelles. Dans la plupart des cas, un traitement hormonal faiblement dosé est utilisé pour aider l'ovule à mûrir. Cela se fait soit par l'administration de comprimés, soit par des injections sous-cutanées quotidiennes. La patiente reçoit au préalable une instruction sur les injections afin qu'elle soit aussi autonome que possible et qu'elle puisse les réaliser elle-même. La maturation des ovules doit être contrôlée par échographie pour s'assurer que la femme répond adéquatement au traitement. Si la femme ne répond pas ou ne répond pas assez fortement au traitement, celui-ci n'est pas prometteur. Si la femme réagit trop fortement au traitement, trois ovocytes ou plus pourraient arriver à maturité entraînant une probabilité élevée de grossesse multiple (triplets, quadruplés, etc.). Il faut éviter cette situation car elle augmente le risque de complications médicales chez la mère et l'enfant. Lorsque l'échographie et éventuellement un examen hormonal sanguin supplémentaire montrent que la maturation de l'ovule est terminée, l'ovulation est déclenchée vers le 12^{ème}–14^{ème} jour du cycle et l'ICI est alors effectuée au moment de l'ovulation. Le

4 Cette procédure est appelée insémination intra-utérine *homologue*. Si l'insémination est effectuée avec le sperme d'un donneur, il s'agit d'une insémination intra-utérine *hétérologue*.

5 Dans l'ICSI, la fécondation a lieu in vitro en insérant un spermatozoïde directement dans l'ovule préalablement extrait à l'aide d'une pipette. Après une fécondation réussie, le transfert de l'embryon dans l'utérus a lieu après quelques jours.

sperme du donneur congelé dans de l'azote liquide est décongelé et traité en laboratoire, puis introduit dans l'utérus par le canal cervical à l'aide d'un fin cathéter. La phase d'implantation est soutenue par l'administration de capsules vaginales, de gel vaginal, de comprimés ou d'injections sous-cutanées. Le test de grossesse peut être effectué deux semaines plus tard.

Dans de rares cas, l'insémination peut également être effectuée sans traitement hormonal chez la femme. Toutefois, comme pour le traitement hormonal, le cycle doit être surveillé par échographie et éventuellement par des tests hormonaux supplémentaires pour garantir que l'insémination a lieu au bon moment.

En cas d'infertilité combinée, par exemple s'il n'y a pas de spermatozoïdes dans les testicules de l'homme et qu'on détecte l'obstruction d'une trompe de Fallope chez la femme, le traitement par don de sperme peut être effectué dans le cadre d'une FIV. La fécondation a alors lieu en dehors du corps de la femme. Contrairement à l'IIU, la FIV implique généralement la maturation du plus grand nombre d'ovules possible afin d'augmenter les chances de succès du traitement. En effet, tous les ovules matures ne seront pas fécondés et tous les ovules fécondés ne se transformeront pas en embryon. La maturation des ovules est obtenue par traitement hormonal au moyen d'injections sous-cutanées. Ce processus est également contrôlé par échographie afin d'exclure une stimulation trop forte ou trop faible. La collecte des ovules est alors effectuée au bon moment. Cela se fait généralement en salle d'opération sous anesthésie générale de courte durée (masque) ou sous sédation. Les ovules sont prélevés par voie transvaginale et sous contrôle échographique et sont immédiatement amenés au laboratoire. Ils y sont fécondés avec le sperme du donneur préalablement préparé. Le lendemain, on vérifie combien d'ovules ont été fécondés. Les ovules se développent par la suite *in vitro* et passent par différents stades embryonnaires. Le cinquième jour après la fécondation, au stade de blastocyste, un seul embryon est généralement implanté dans l'utérus. C'est un moyen très efficace d'éviter les grossesses multiples. L'embryon, de manière similaire au sperme lors de l'IIU, est introduit dans l'utérus par le canal cervical

à l'aide d'un fin cathéter, généralement sous guidage échographique. Comme dans l'IIU, la phase d'implantation est soutenue par des médicaments. Deux semaines plus tard il est possible de procéder à un test de grossesse.

Quel que soit le type d'intervention (IIU ou FIV), il est toujours crucial d'utiliser le sperme d'un donneur approprié. Lors de *la sélection des spermatozoïdes donnés*, on tient compte du groupe sanguin et de la similitude de l'apparence du donneur (par exemple, taille, constitution, couleur des cheveux et des yeux) avec l'homme avec lequel *un lien de parenté* doit être établi (voir 5.1). Cette mesure vise à assurer la plus grande ressemblance possible entre l'enfant et le père d'intention.

Dans la pratique cependant les traitements par don de sperme en Suisse ne sont pas effectués uniquement selon la procédure décrite ci-dessus par les centres de médecine de la reproduction. En cas d'auto-traitement, dans la méthode dite du gobelet (également connue sous le nom d'insémination à domicile ou d'autoinsémination), le sperme du donneur est recueilli et introduit dans le vagin par la femme ou une autre personne au moment de l'ovulation. L'autoinsémination peut également être effectuée avec le sperme d'un donneur commandé sur Internet auprès de laboratoires étrangers (sur la base d'un catalogue). Les femmes ou les couples peuvent choisir la méthode du gobelet, par exemple, parce que cette forme de don est moins chère, parce qu'ils souhaitent un don dirigé ou parce qu'ils n'ont pas accès à un don de sperme pour des raisons légales. En ce qui concerne le taux de réussite des traitements par don de sperme, aucune statistique nationale n'est disponible, ni pour les inséminations effectuées par des médecins (IIU) ni pour les inséminations à domicile.

3.4 Dépistages sur les donneurs potentiels de sperme

Lors du recrutement des donneurs, seuls les aspects médicaux doivent et peuvent être pris en compte (cf. 5.1). Dans la pratique, des critères de sélection stricts s'appliquent. Seules les donneurs qui ré-

pondent aux exigences fixées par la LPMA, spécifiées dans les directives médicales⁶ et clarifiées dans le cadre de procédures parfois coûteuses, sont éligibles. Premièrement, le donneur doit être fertile. Deuxièmement, les risques pour la santé de la femme (dus à des maladies infectieuses comme l'hépatite, le VIH, etc.) doivent être écartés autant que possible. Troisièmement, les risques pour la santé de l'enfant doivent être réduits au minimum : ni le donneur, ni un membre de sa famille ne doivent souffrir d'une grave maladie héréditaire. Un entretien détaillé avec le donneur potentiel au sujet de ses antécédents médicaux personnels, d'une part, et des pathologies familiales, d'autre part, est de la plus haute importance afin de pouvoir rechercher les éventuels porteurs de graves maladies génétiques. La question de savoir quels tests génétiques doivent être effectués sur les donneurs de sperme (cf. 6.7) est réglée dans diverses directives internationales, bien que les exigences diffèrent : selon l'American Society for Reproductive Medicine et la Society for Reproductive Medicine Technology, un test de dépistage de la mucoviscidose doit être effectué sur le donneur ; un examen des chromosomes (caryotype) du donneur n'est requis que dans des cas particuliers (ASRM & SART, 2013). Un groupe de travail représentant l'Association of Clinical Embryologists, l'Association of Biomedical Endrologists, la British Fertility Society et la British Andrology Society a récemment actualisé les directives pour le Royaume-Uni relatives à l'utilisation du sperme, des ovules et des embryons ; elles recommandent un nombre considérable de tests (Clarke et al., 2019). En Suisse, il n'existe pas de directives officielles spécifiant les tests génétiques à effectuer chez un donneur. Les médecins de la procréation qui proposent en Suisse des traitements par don de sperme se basent sur les directives internationales. Selon les informations obtenues par la CNE, tous les centres suisses effectuent des tests génétiques de dépistage des modifications chromosomiques (caryotype) et de la mucoviscidose chez les donneurs ; dans certains cas, un test génétique de dépistage de l'amyotrophie spinale est également effectué.

Depuis quelques années, le dépistage des porteurs de maladies génétiques (« Expanded Carrier Screening », ECS) se développe et devient une procédure courante. Il s'agit de tests génétiques visant à détecter si l'on est porteur de mutations délétères. Le nombre de mutations génétiques incluses dans ces analyses varie considérablement d'un laboratoire à l'autre. Dans certains laboratoires, seules quatre mutations importantes et médicalement pertinentes sont testées, tandis que dans d'autres laboratoires, des centaines de mutations sont testées. Dans sa récente prise de position, l'American College of Obstetricians and Gynecologists suggère de limiter l'analyse aux mutations génétiques fréquentes ($\geq 1:100$) qui mènent à des maladies clairement définies et graves (ACOG, 2017, p. 3). Tout homme en bonne santé et fertile peut être porteur d'une ou de plusieurs de ces mutations. Ainsi un dépistage trop large révélerait probablement que presque tous les donneurs potentiels sont porteurs d'au moins une mutation non désirée. Afin d'éviter l'exclusion de donneurs malgré le fait qu'ils soient porteurs d'une mutation une analyse complémentaire peut également être effectuée sur la receveuse. En « faisant correspondre » l'analyse génétique du donneur et celle de la receveuse, il est possible de réduire le risque d'expression d'une maladie génétique chez l'enfant.

Aux États-Unis, ces tests de dépistage de porteurs de maladies génétiques sont désormais pratiqués de manière courante chez les donneurs, et sont de plus en plus utilisés lors du diagnostic de l'infertilité. En Europe également, les donneuses d'ovules et les donneurs de sperme sont généralement soumis à des tests plus ou moins larges de dépistage de maladies génétiques (voir 5.1.). En Suisse, ces dépistages sont relativement nouveaux et ne sont pas encore effectués systématiquement sur les donneurs de sperme.

6 Il s'agit, par exemple, des lignes directrices de l'American Society for Reproductive Medicine (ASRM) et de la Society for Assisted Reproductive Technology (SART), cf. ASRM/SART 2013.

4. Evolutions sociales

Afin d'évaluer l'importance du don de sperme, il faut également tenir compte des développements sociaux. Les données statistiques montrent que les relations de couple sont plus diverses que par le passé (OFS 2017). On trouve aujourd'hui cette pluralité des formes de vie dans la structure des couples. En effet, outre le couple marié (qui reste la manière la plus répandue de vivre en couple, car 72 % des personnes de 25 ans ou plus vivant en ménage avec un partenaire d'un autre sexe sont mariées), on constate des couples qui vivent ensemble sans se marier, des couples de même sexe (1,2 %), ainsi que des couples qui ne vivent pas dans le même logement (moins d'un couple sur six). À noter que la proportion de couples mariés est particulièrement élevée parmi ceux qui ont des enfants communs (93 %) (OFS 2019b) ⁷. Au sein de la population âgée de 25 à 80 ans, sept femmes sur dix (70 %) et près de deux hommes sur trois (64 %) ont un ou plusieurs enfants biologiques ou adoptés. Le nombre d'enfants souhaités est fortement marqué par le modèle « deux enfants ». Un ménage sur sept est monoparental et un sur vingt est une famille recomposée. Les ménages monoparentaux comprennent moins d'enfants que les ménages de couples avec enfants, et ces enfants sont en moyenne moins jeunes. Au cours des dernières décennies, en parallèle avec le vieillissement de la population et avec la diminution du nombre moyen d'enfants par femme, les parts des ménages de personnes seules et de ceux de couples sans enfants ont augmenté, au détriment de la proportion de ménages avec au moins un enfant de moins de 25 ans. Ces derniers représentaient près de la moitié des ménages en 1970, en 2012–2014 ils ne sont plus que trois sur dix. Rare sont les femmes et les hommes qui ne veulent pas devenir parents (6,1 % et 8,0%).

La décision de se marier est influencée par la durée de vie commune, par la génération à laquelle appartient le couple et, en particulier, par le fait d'avoir des enfants. Dans le contexte de la fondation d'une famille, les couples peuvent se sentir obligés de se marier (mariage dit orienté vers l'enfant), car ce n'est que dans ce cas que l'on peut s'assurer que les désavantages causés par la dissolution ultérieure du partenariat, résultant d'une certaine division des rôles, seront compensés de manière globale. En tout état de cause, les conditions-cadres existantes (droit de la famille, droit fiscal, etc.) peuvent influencer la décision de se marier.

Donner suite à un projet de parentalité ne relève pas d'un simple choix individuel ou de couple. En sus d'une indication médicale ou indépendamment de celle-ci des facteurs contextuels d'ordre social, culturel, politique, juridique, économique ou moral, peuvent représenter aussi bien des obstacles que des facilitateurs à la réalisation du choix d'avoir un enfant. Parmi ces facteurs figurent, par exemple, l'âge des parents au moment de la naissance du premier enfant, l'attitude concernant les couples de même sexe, ou l'épidémiologie de l'infertilité masculine.

– L'âge des femmes et des hommes à la naissance de leur premier enfant augmente régulièrement depuis plusieurs dizaines d'années. De manière générale, l'âge moyen à la maternité et à la naissance du premier enfant était dans la zone de l'Union européenne de 29,6 en 2006 et de 30,7 en 2017 (respectivement de 30,7 et de 31,9 pour la Suisse, de 29,7 et de 30,7 pour la France, de 29,7 et de 31 pour l'Allemagne, de 31 et de 31,9 pour l'Italie, de 29,2 et de

⁷ L'enquête par échantillonnage est réalisée à l'aide d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur, suivies de questionnaires complémentaires en ligne ou sur papier. L'enquête (réalisée en français, en allemand et en italien) porte sur la population résidante permanente vivant dans des ménages privés, âgées de 15 à 79 ans. L'OFS a tiré au hasard 36'029 personnes à partir du cadre d'échantillonnage établi pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages (SRPH). 16'815 personnes (47 %) ont participé à l'enquête, à savoir 8849 femmes et 7966 hommes dont 13'321 Suisses et 3494 étrangers domiciliés en Suisse (OFS 2019b).

30,7 pour l'Autriche)⁸. En Suisse, les femmes et les hommes ont leur premier enfant à un âge toujours plus avancé. Parmi les personnes nées entre 1934 et 1943, 65 % des femmes et 50 % des hommes avaient moins de 30 ans à la naissance de leur premier enfant. Cette proportion n'a cessé de diminuer, pour s'établir, chez les personnes nées entre 1974 et 1983, à 30 % chez les femmes et 19 % chez les hommes. (OFS 2017).

- Les attitudes concernant les couples de même sexe ont évolué au cours du temps. Près de six femmes sur dix (58 %) et quatre hommes sur dix (43 %) pensent qu'un enfant peut aussi être heureux s'il est élevé par un couple de même sexe (lors de l'enquête de 2013 les proportions étaient respectivement de 47 % chez les femmes et 32 % chez les hommes) et une majorité des femmes (65 %) et des hommes (53 %) estiment que les couples de même sexe devraient avoir les mêmes droits que les couples hétérosexuels (OFS 2019b), il faut toutefois relever que l'enquête ne précisait pas l'étendue des droits considérés, il se peut alors que les personnes questionnées n'envisageaient pas le droit d'accéder à la procréation médicalement assistée.
- D'après l'OFS (2017), dans quatre cas sur dix, le problème d'infertilité vient de l'homme, dans deux cas sur dix de la femme et dans trois cas sur dix des deux partenaires. Dans environ un cas sur dix, la cause exacte de l'infertilité n'a pas pu être déterminée. Actuellement, environ 2000 enfants naissent chaque année à la suite d'une FIV pratiquée en Suisse, dont environ 150 grâce au sperme d'un donneur. Plusieurs facteurs influencent la fertilité des partenaires (cf. 3.2). Des études épidémiologiques menées au cours des dernières années dans les pays industrialisés ont montré une dégradation de la qualité du sperme (Levine et al. 2017). Récemment, des chercheurs de l'Université de Genève ont réalisé une étude nationale sur la qualité du sperme des jeunes hommes en Suisse (Rahban et al. 2019). Dans son ensemble, l'étude révèle que 60 % de

ces jeunes ont au moins un de ces trois paramètres (concentration, mobilité et morphologie) en-dessous des références de l'OMS (Cooper et al. 2010), et que 5 % ont un problème pour ces trois facteurs simultanément. En comparaison internationale, les jeunes Suisses se trouvent en queue de peloton avec le Danemark, la Norvège et l'Allemagne.

L'un des auteurs de la recherche souligne ainsi que « avec la tendance actuelle des couples à avoir des enfants plus tard dans la vie, la baisse de la qualité du sperme des jeunes hommes en Suisse combinée à la baisse de la fécondité des femmes plus âgées affectera les taux de conception et les générations futures » (Unige 2019). Pour différentes raisons, notamment celles mentionnées plus haut, la probabilité d'un recours à la PMA et l'importance du don de sperme comme méthode reproductive ne pourront qu'augmenter.

5. Cadre juridique

Il existe en Suisse un réseau relativement dense de dispositions légales sur le don de sperme. On peut distinguer *trois grands domaines de réglementation* : les aspects liés à la médecine de la reproduction, les aspects liés au constat des liens de filiation, ainsi que les exigences de qualité en lien avec la manipulation du sperme d'un donneur. Les *aspects liés à la médecine de la reproduction* avec don de sperme concernent en particulier les questions suivantes : Qui a accès au don de sperme et dans quelles conditions ? Quels sont les critères de sélection des donneurs de sperme et des spermatozoïdes ? Dans quelle mesure le don de sperme peut-il être commercialisé ? Dans quelles conditions et pendant combien de temps les spermatozoïdes peuvent-ils être conservés ? En ce qui concerne *le droit de la filiation*, le législateur doit, d'une part, clarifier la relation juridique de l'enfant conçu par don de sperme avec le père d'intention et le donneur de sperme. D'autre part, il faut déterminer dans quelle mesure l'enfant a le droit de connaître le donneur de sperme et comment ce droit peut se concrétiser. Enfin, les *exigences de qualité* pour les personnes et les institutions impliquées dans le don de sperme, à savoir les centres de médecine de la reproduction et les banques de sperme, font l'objet d'une réglementation juridique.

5.1 Réglementation de la médecine de la reproduction

Le don de sperme dans la médecine de la reproduction est réglementé dans la LPMA.

Les art. 3 et 5 de la LPMA précisent qui a *accès à un don de sperme* et sous quelles conditions. À l'art. 3 al. 3 LPMA, le législateur limite l'utilisation du don de sperme aux couples mariés en vertu *du bien de l'enfant*. En raison de leur âge et de leur situation personnelle, ces couples doivent pouvoir s'occuper de l'enfant et l'élever jusqu'à sa majorité (art. 3 al. 2 let. b LPMA). Comme pour toutes les méthodes de repro-

duction, le don de sperme ne peut être effectué que s'il est destiné à surmonter l'infertilité du couple et si les autres méthodes de traitement ont échoué ou sont vaines, ou si le risque de transmission d'une maladie grave aux descendants ne peut être évité d'une autre manière (art. 5 LPMA; cf. aussi art. 119 al. 2 let. c Cst). En règle générale, l'infertilité du mari est la raison d'un don de sperme. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'infertilité survient lorsqu'un couple ne peut obtenir une grossesse dans les douze mois ou plus au cours de rapports sexuels réguliers et non protégés. La Classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'OMS décrit, entre autres, la stérilité masculine, à savoir l'azoospermie (absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat) et l'oligozoospermie (réduction du nombre de spermatozoïdes), comme une cause médicale d'infertilité.

Le droit à l'autodétermination garanti par la Constitution et le droit à la protection de la personnalité en droit civil implique que le *le donneur* de sperme ait au préalable *donné son consentement* après avoir été suffisamment informé (informed consent). L'art. 18 al. 1 LPMA précise que le sperme provenant d'un don ne peut être utilisé qu'aux fins auxquelles le donneur a consenti *par écrit*. Conformément à l'art. 18 al. 2 LPMA, le donneur doit également être informé par écrit et avant le don de sperme de sa situation future juridique, en particulier du droit de l'enfant de prendre connaissance du dossier du donneur. Quiconque applique une méthode de procréation médicalement assistée sans le consentement du donneur est passible d'une peine privative de liberté pouvant aller jusqu'à trois ans ou d'une amende (art. 34 al. 1 LPMA).

L'art. 19 de la LPMA régit le *choix des donneurs de sperme*. Seuls les critères de sélection médicaux sont autorisés. En particulier, les risques pour la santé de la femme qui reçoit le sperme doivent être écartés autant que possible. Mais les risques pour la santé du futur enfant en raison de graves maladies héréditaires

sont également importants. Les directives relatives à l'insémination artificielle⁹ émises par l'ASSM le 17 novembre 1981 prévoyaient déjà que le donneur devait subir les examens nécessaires afin de prévenir la transmission de maladies héréditaires et infectieuses et d'autres risques pour la mère et le futur enfant. La directive de l'UE sur la mise en œuvre de la directive relative au don, à l'obtention et au contrôle de tissus et de cellules d'origine humaine¹⁰, qui n'est pas contraignante pour la Suisse, exige un dépistage génétique des donneurs pour les gènes autosomiques récessifs qui, selon les connaissances scientifiques internationales, sont connus pour faire partie du patrimoine ethnique du donneur et une évaluation du risque de transmission de maladies héréditaires présentes dans la famille. Les donneurs doivent consentir au dépistage sur la base d'informations suffisantes et les receveurs (parents d'intention) doivent être pleinement informés de tout risque pour la santé et des mesures visant à le réduire. Si un tel dépistage génétique est effectué en Suisse, les dispositions de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur l'analyse génétique humaine (LAGH) doivent être respectées : pour que le donneur de sperme puisse décider librement et de manière autonome d'un don, il doit, par exemple, avoir été informé en détail que le dépistage génétique peut conduire à des résultats inattendus (art. 5 LAGH), et qu'il a le droit de ne pas savoir, c'est-à-dire de refuser de prendre connaissance d'informations relatives à son patrimoine génétique (art. 6 LAGH). Ces informations et d'autres encore font partie d'un conseil génétique non directif donné par une personne qualifiée, qui doit avoir lieu avant et après le dépistage (art. 14 LAGH).

Les critères de *sélection du sperme* provenant de dons en vue d'une l'insémination sont définis à l'art. 22 LPMA. D'abord, le sperme provenant de plusieurs donneurs ne peut pas être utilisé durant le même cycle, afin de ne pas porter atteinte au droit de l'enfant de connaître ses origines. Ensuite, le sperme

d'un donneur peut être utilisé pour la procréation de huit enfants au plus, afin de réduire le risque de mariages entre personnes apparentées. En outre, aucun lien de parenté ne doit exister entre les personnes dont proviennent les gamètes, c'est-à-dire entre le donneur de sperme et la future mère, conformément à l'art. 95 CC (parents en ligne droite et entre frères et sœurs ou demi-frères ou demi-sœurs, qu'ils soient parents par filiation ou adoption). Enfin, lors de la sélection du sperme provenant d'un donneur sain, seuls le groupe sanguin et la ressemblance physique du donneur avec l'homme à l'égard duquel un lien de filiation sera établi peuvent être pris en compte. Selon l'art. 16 al. 3 let. a. 4 OPMA, l'aspect extérieur comprend la corpulence, la taille, la couleur des cheveux, des yeux et de la peau ainsi que des signes extérieurs particuliers. Le critère de l'aspect extérieur devrait également permettre de répondre au désir du couple de recevoir le sperme du même donneur pour la procréation d'autres enfants.

Les critères de sélection selon l'art. 22 de la LPMA impliquent un *don de sperme non dirigés*, les conjoints ne pouvant pas déterminer individuellement le donneur de sperme. Par conséquent, le don de sperme dirigé est interdit par la loi actuelle. *L'importation* de sperme étranger par des médecins est généralement autorisée, si une autorisation cantonale correspondante a été obtenue (art. 8 al. 1 let. b LPMA). Dans la pratique, l'autorisation est généralement accordée si les banques de sperme étrangères sont contractuellement tenues de respecter les dispositions de la LPMA.

En vertu de l'article 21 de LPMA, le don de sperme en tant que tel est *gratuit*. Le principe de gratuité découle également du droit international (art. 21 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe). L'objectif principal du principe de gratuité est de garantir que la décision

9 SÄZ (1982), 623; publié dans BBI 1989 III 989, 1208 f., cf. <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/Directives-anterieures.html>. Les lignes directrices ont été abrogées à la suite de l'entrée en vigueur de la LPMA du 18 décembre 1998.

10 Directive 2006/17/CE de la Commission du 8 février 2006 portant application de la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au don, à l'obtention et au contrôle de tissus et de cellules d'origine humaine, art. 3 let. b et art. 4 al. 2 en relation avec l'Annexe III chiffre 3.6.

de donner du sperme soit libre, c'est-à-dire exempté d'incitations financières. L'interdiction de rémunération, en revanche, ne s'étend pas à la compensation financière des dépenses engagées à la suite d'un don de sperme. Toute personne qui transmet des spermatozoïdes donnés doit déclarer ces contributions aux frais aux autorités d'autorisation (art. 5, al. 2, let. a, OPMA). En pratique, les donateurs reçoivent cent à deux cents francs par session ou des sommes forfaitaires de 1500–3000 francs. En outre, l'examen médical gratuit entraîne un certain bénéfice indirect pour les donneurs. Outre le principe de non-rémunération, une interdiction de commerce s'applique aux spermatozoïdes et, en général, au matériel germinal humain et aux produits provenant d'embryons (art. 119 al. 2 lit. e Cst.). En conséquence, l'art. 32 al. 2 LPMA érige en infraction pénale la vente et l'achat de spermatozoïdes contre paiement.

L'art. 15 LPMA établit ensuite une réglementation pour la *conservation des gamètes*. Selon celle-ci, les gamètes ne peuvent être conservés qu'avec le consentement écrit du donneur pour une durée maximale de cinq ans. À la demande du donneur, la période de conservation est prolongée de cinq ans au plus. Le donneur peut en tout temps révoquer par écrit son consentement à la conservation et à l'utilisation. Dans ce cas ou à la fin de la période de conservation, les gamètes sont détruits immédiatement.

On peut se demander dans quelle mesure les « inséminations à domicile » effectuées par le couple lui-même, en dehors d'un centre de médecine de la reproduction, éventuellement avec l'aide de personnes non autorisées à pratiquer des procédures de reproduction (voir 3.3), sont légalement autorisées. Les inséminations à domicile avec le sperme du partenaire ne sont pas soumises à autorisation (art. 8 al. 3 LPMA) et sont donc licites. Par contre, l'insémination avec le sperme d'un donneur nécessite une autorisation cantonale, qui n'est accordée qu'aux médecins ayant la formation et l'expérience nécessaires pour appliquer les méthodes de procréation médicalement assistée (art. 8 al. 1 let. a en relation avec l'art. 9 LPMA). Quiconque agit sans autorisation est soumis à la disposition pénale de l'art. 34 al. 2 LPMA – que le sperme

provienne de Suisse ou de l'étranger. A l'inverse, le sperme provenant d'un don ne peut être cédé qu'à des personnes autorisées à *pratiquer la procréation médicalement assistée* (art. 20 al. 1 LPMA). Les banques de sperme qui en Suisse cèdent le sperme provenant d'un don à des particuliers agissent dans l'illégalité.

5.2 Aspects relatifs au droit de la filiation

Suite à l'autorisation du don de sperme, le législateur a été appelé à clarifier les liens de filiation entre l'enfant et le père d'intention et entre l'enfant et le donneur de sperme. Selon l'article 255, alinéa 1 du CC, *le mari est considéré comme étant le père* si l'enfant est né pendant le mariage. Cette présomption de paternité peut en principe être contestée par le mari lui-même et par l'enfant au moyen d'une action (art. 256 al. 1 CC). Toutefois, le mari n'a pas le droit d'intenter pareille action en justice s'il a consenti à la conception par un tiers, en particulier à la procréation par don de sperme (art. 256, al. 3, CC). De même, l'enfant ne peut pas contester la paternité du mari s'il a été conçu au moyen d'un don de sperme conformément aux dispositions de la LPMA. *A l'égard du donneur de sperme*, l'art. 23 al. 2 LPMA exclut la recherche de paternité tant de la mère que de l'enfant en vertu des art. 261 ss CC. Toutefois, cette action est admise dans le sens d'une contre-exception lorsque le donneur a sciemment fait don de son sperme à une personne qui n'est pas titulaire d'une autorisation de pratiquer la procréation médicalement assistée ou de conserver le sperme de dons et d'en pratiquer la cession.

Ces dispositions spéciales du droit de la filiation garantissent la paternité légale du mari dans le cas d'un don de sperme. Si le législateur décidait d'autoriser le don de sperme également pour les couples hétérosexuels non mariés et les couples de même sexe, il devrait adapter ces dispositions de manière à garantir la *paternité légale* du père ou de la mère d'intention.

Comme déjà évoqué ci-dessus (chp. 5.1), en comparaison au don de sperme réglementé par la LPMA, la situation est différente dans le cas de *l'auto-insé-*

mination, c'est-à-dire lorsque le don de sperme n'est pas effectué dans un centre de médecine de la procréation mais à domicile sans assistance médicale (voir 3.3). Pour ce type d'auto-traitement avec le sperme provenant d'un donneur, les dispositions générales du droit civil s'appliquent en termes de droit de la filiation. Pour les donneurs de sperme, cela signifie en particulier que l'article 23 LPMA, d'après lequel le don de sperme ne peut avoir aucune conséquence juridique pour le donneur, ne s'applique pas à eux. Par conséquent, dans certaines circonstances, un lien de filiation au sens juridique peut être établi lors d'un tel don conformément aux dispositions du droit de l'enfant (art. 252 ss CC) : le donneur de sperme est alors officiellement considéré comme le père de l'enfant, avec toutes les conséquences que cela implique en matière de droit de garde et de droit successoral. Il en va ainsi même si le donneur de sperme ne connaissait pas la situation juridique et aurait décidé de ne pas faire de don en toute connaissance de cause. Il en va de même également dans le cas d'un accord entre la mère et le donneur de sperme, selon lequel le don de sperme n'impliquerait aucun droit et aucune obligation ; étant donné que les dispositions du droit de l'enfant ont pour but de protéger celui-ci, ces accords sont en principe sans effet.

Un autre aspect du droit de la filiation concerne la question de savoir si l'enfant conçu au moyen d'un don de sperme a le droit de l'apprendre et de recevoir des informations sur le donneur de sperme. L'art. 119 al. 2 let. g Cst donne à toute personne le *droit d'avoir accès aux données relatives à son ascendance*. La loi et l'ordonnance mettent en œuvre ce droit sous la forme d'obligations de consignation des données, d'obligations de transmission et de protection des données, d'une obligation de conservation des données pendant une période de 80 ans et d'un droit à l'information (art. 24 ss LPMA ainsi qu'art. 15 ss et art. 21 ss OPMA).

Le *droit de l'enfant à l'information* est réglementé comme suit à l'article 27 LPMA : après avoir atteint l'âge de 18 ans, l'enfant peut demander à l'Office fédéral de l'état civil des informations concernant l'aspect physique du donneur et les données sur son identité (nom et prénom, date et lieu de naissance, domicile, lieu d'origine ou nationalité, profession et formation). En outre, l'enfant peut à tout moment demander des informations sur toutes les données du donneur (y compris la date du don de sperme et les résultats des examens médicaux du donneur) s'il a un intérêt digne de protection. La connaissance des données relatives au donneur peut par exemple être nécessaire dans le cadre d'un traitement médical. Avant de fournir des informations sur les données personnelles, l'Office informera dans la mesure du possible le donneur. Si ce dernier refuse tout contact personnel, l'enfant doit en être informé, les droits personnels du donneur et le droit de sa famille à la protection doivent être préservés. Si l'enfant insiste pour obtenir des informations, celles-ci lui seront fournies. Alors qu'à l'origine, les données de filiation devaient être remises à l'enfant en personne et avec l'aide d'un conseiller ayant une formation socio-psychologique, depuis la révision partielle de l'ordonnance sur la procréation médicalement assistée (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2019), l'enfant peut choisir la manière dont il sera informé : soit sous la forme d'un envoi postal, soit auprès d'un médecin ou d'une personne formée en psychologie sociale ou d'un organisme spécialisé désigné par l'enfant (art. 23 al. 1 OPMA).¹¹ Lors de la transmission des informations à l'enfant, l'Office attire également l'attention de l'enfant sur les offres en matière de conseil (art. 23, al. 6, OPMA). Afin de garantir l'exercice du droit à l'information, l'OFEC tient un registre des donneurs (art. 15 ss OPMA). L'art. 27 al. 1 LPMA, qui lie l'exercice inconditionnel du droit à l'information à la majorité (accomplissement de la 18^{ème} année de vie), est en contradiction avec une règle générale du droit civil d'après laquelle, l'exercice des droits strictement

11 En juin 2018, la CNE s'est opposée à la proposition de révision initiale, selon laquelle l'enfant aurait dû être informé par notification écrite, avec une déclaration à l'Office fédéral de la justice, cf. https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Vernehmlassungsantworten/2018_NEK_Reponse_Consultation_OPMA.pdf.

personnels – tel le droit à avoir accès aux données relatives à son ascendance – requiert la capacité de discernement, mais non pas la majorité de l'enfant (art. 19c al. 1 CC). Il n'y a pas de raisons objectives qui justifieraient une telle exception.

Cependant, le droit à l'information n'est d'aucune utilité à l'enfant s'il ne connaît pas la loi ou les actes pertinents. La LPMA laisse délibérément aux parents le soin de décider si et quand informer l'enfant de la manière avec laquelle il a été conçu. On ne sait pas quel pourcentage d'enfants conçus artificiellement sont en fait informés par leurs parents. La mise en œuvre du droit légal de savoir semble donc peu garantie. D'un point de vue psychosocial, il a été démontré que l'information n'a pas d'effet défavorable sur l'enfant concerné ou sur la relation parent-enfant, alors qu'une découverte fortuite entraîne une déception et nuit à la qualité de cette relation (Simoni 2012, 11, 65, 67). Le devoir moral mais juridiquement non contraignant, des parents d'informer l'enfant sur son origine, découle de l'article 272 CC.

Le donneur lui-même n'a pas accès aux informations concernant la progéniture conçue avec son sperme. Les parents n'ont pas non plus le droit de connaître les données du donneur. Le don de sperme est donc *partiellement anonyme* en droit suisse, dans la mesure où seul l'enfant a accès aux données relatives à la filiation, mais pas le donneur ni les parents de l'enfant.

5.3 Exigences de qualité

Pour garantir la qualité des procédures de reproduction, le législateur et le régulateur ont établi un certain nombre d'exigences pour les centres de médecine de la reproduction ainsi que pour les banques de sperme. Selon l'article 8 de la LPMA, les personnes et les organisations qui pratiquent la procréation médicalement assistée, qui conservent les gamètes ou qui pratiquent la cession de sperme provenant de dons, doivent obtenir une *autorisation du canton*.

En vertu de l'article 9, al. 1 LPMA, l'autorisation à *pratiquer la procréation médicalement assistée* n'est délivrée qu'à des médecins. Ces médecins doivent

être titulaires du titre postgrade fédéral en gynécologie et obstétrique avec une formation approfondie en endocrinologie gynécologique et en médecine de la procréation ou être titulaires d'un titre postgrade étranger équivalent et reconnu ; ils doivent également disposer de l'autorisation cantonale d'exercer une activité sous leur propre responsabilité professionnelle (art. 2 al. 1 OPMA). En outre, ils doivent avoir l'expérience nécessaire pour appliquer les méthodes de procréation médicalement assistée, garantir que leur activité sera exercée avec sérieux et conformément à la loi, assurer, avec leurs collaborateurs, un conseil et un accompagnement sur les plans de la médecine, de la biologie de la procréation et de la psychologie sociale complets aux personnes à traiter, disposer de l'équipement de laboratoire nécessaire et garantir que les gamètes seront conservés conformément à l'état des connaissances scientifiques et techniques (art. 9, al. 2, LPMA). La demande d'autorisation doit notamment expliquer comment les donneurs seront recrutés et informés de leur situation juridique et comment les risques pour la santé de la femme seront écartés (art. 5 al. 1 OPMA).

À teneur de l'article 10, al. 1 LPMA, seuls les médecins sont autorisés à créer des *banques de sperme* qui conservent et pratiquent la cession de sperme provenant de dons, sans mettre en œuvre les méthodes de procréation médicalement assistée. Ces médecins doivent être titulaires d'un titre postgrade fédéral ou étranger reconnu et d'une autorisation cantonale pour exercer leur activité sous leur propre responsabilité professionnelle. En outre, ils doivent garantir que leur activité sera exercée avec sérieux et conformément à la loi, qu'eux-mêmes, avec leurs collaborateurs, choisiront avec soin les donneurs de sperme et que le sperme sera conservé conformément à l'état des connaissances scientifiques et techniques.

Les titulaires d'une autorisation doivent présenter chaque année un *rapport d'activité* à l'autorité cantonale compétente (art. 11, al. 1 LPMA). Le rapport doit être rendu anonyme, c'est-à-dire qu'il ne doit contenir aucune indication susceptible de permettre d'identifier les personnes (art. 11 al. 3 LPMA). L'autorité cantonale délivrant l'autorisation transmet les données à

l'Office fédéral de la statistique pour évaluation et publication (art. 11, al. 4 LPMA). Ces données ne doivent contenir aucune référence à des centres de médecine de la reproduction (art. 14 al. 2 OPMA).

5.4 Coûts relatifs au don de sperme

Les coûts du traitement par don de sperme se composent essentiellement de deux éléments. Premièrement, il y a les *coûts* qui sont *directement liés au don de sperme*, c'est-à-dire les coûts qui ne surviennent pas lors de l'utilisation du sperme du partenaire, par exemple, les coûts inhérents à la recherche de donneurs et à l'évaluation de leur aptitude au don, au remboursement de leurs frais et aux coûts des procédures administratives selon la LPMA, comme la déclaration au registre conformément à l'art. 25 al. 1 LPMA (cf. Schuler 2018, 7). En revanche, le sperme provenant d'un don demeure en tant que tel gratuit (voir 5.1). Le montant de ces coûts varie considérablement en Suisse d'un centre à l'autre (d'environ 500 à plus de 1500 CHF par cycle de traitement). Ces coûts sont également facturés selon différents principes : ils sont parfois facturés au couple sur une base forfaitaire, indépendamment du fait que plusieurs cycles de traitement sont nécessaires par la suite. D'autres centres facturent au couple ces coûts par cycle.

Deuxièmement, il y a les *coûts liés à la réalisation du projet de parental*, c'est-à-dire les coûts qui surviennent également lors de l'utilisation du sperme du partenaire ; les coûts de traitement d'une IUI varient d'un centre à l'autre et se situent approximativement entre 800 et 1500 CHF par cycle. Cela comprend les coûts de l'insémination elle-même (environ 300 CHF) ainsi que les coûts du traitement médicamenteux ou de la stimulation hormonale et des contrôles par échographie, etc. (voir Schuler 2018, p. 8, note de bas de page 48). Le traitement de FIV est considérablement plus coûteux et, selon le centre, les tech-

niques de laboratoire et les médicaments nécessaires, coûte entre 5000 et 9000 CHF (cycle de stimulation) ou entre 1500 et 3600 CHF (cycle de décongélation).

Selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les frais occasionnés par le traitement par don de sperme sont partiellement couverts par l'assurance obligatoire des soins (AOS).¹² L'indication du traitement est déterminante en premier lieu : les frais d'une insémination hétérologue ne peuvent en principe être remboursés que si le traitement est dû à la stérilité de l'homme, laquelle est considérée comme une maladie au sens juridique. Toutefois, si le traitement est destiné à prévenir la transmission d'une maladie grave à la descendance, les prestations de l'AOS ne sont pas remboursables en vertu des règlements applicables. Pour le traitement par don de sperme en raison de l'infertilité masculine, les dispositions suivantes s'appliquent : en l'absence d'inscription sur la liste négative, la présomption de prestations obligatoires (ATF 129 V 167 E.4 p. 173 et ss) s'applique en ce qui concerne les coûts des dépenses directement liées au don de sperme ; selon celle-ci, ces coûts devraient être pris en charge par l'assurance maladie. En ce qui concerne les frais du traitement par don de sperme, le remboursement par l'assurance maladie dépend du type de traitement effectué : les traitements hormonaux et jusqu'à trois IUI par grossesse sont remboursés par l'AOS (annexe 1 de la OPAS, 3^e Gynécologie et Obstétrique). En revanche, les coûts du traitement de FIV sont exclus de la couverture par la loi (annexe 1 de la OPAS, 2.5 Oncologie et 3. Gynécologie et obstétrique) et sont donc toujours payés par les parents d'intention eux-mêmes.

L'exclusion légale des traitements par FIV de l'obligation de prestations de l'AOS ne peut être justifiée : la

12 La question de savoir quelle compagnie d'assurance maladie doit couvrir les coûts du traitement au moyen d'un don de sperme n'est pas réglée par la loi. On pourrait considérer que l'assurance maladie de la femme doit couvrir les coûts car c'est elle qui subit le traitement (insémination artificielle). Cependant, on pourrait également bien soutenir que la cause du traitement réside dans la maladie de l'homme (infertilité), raison pour laquelle son assurance maladie devrait en couvrir les coûts. Dans la pratique, les coûts sont apparemment couverts par l'assurance de base de la femme (cf. Schuler 2018, 10).

FIV est une prestation qui sert à traiter une maladie au sens juridique (et asséculogique) ou ses conséquences. Or, s'agissant du traitement d'une maladie, toutes les prestations *efficaces, adéquates et économiques* dans des cas individuels sont couvertes par l'assurance obligatoire des soins si elles ont été prescrites ou effectuées par un médecin (présomption de prestations obligatoires ; principe de confiance). Il est désormais largement incontesté que les méthodes de traitement de la FIV répondent à ces critères dans de nombreux cas. En tout état de cause, on ne voit guère comment l'inégalité de traitement des IUI et des FIV dans l'annexe 1 de la OPAS peut être justifiée. Or, l'inscription du traitement FIV dans la liste négative n'a pas encore été supprimée, alors même qu'une mise à jour régulière est prévue.

En outre, la pratique actuelle de *remboursement* des caisses maladie semble s'écarter des lignes directrices susmentionnées (LAMal, OAMal et OPAS) dans la mesure où la prise en charge des coûts est parfois refusée, en tout ou en partie, malgré l'obligation de l'AOS de fournir des prestations. Cette situation est apparemment due au fait que, d'une part, les coûts qui sont directement liés au don de sperme ne sont actuellement pas tarifés dans TARMED et que, d'autre part, le *principe du complexe thérapeutique*¹³ s'applique (Schuler 2018, 9 ss).

En résumé, on peut dire ce qui suit : pour les futurs parents, les coûts du traitement au moyen d'un don de sperme (quantité et composition) varient selon le centre de la médecine de la reproduction qui effectue le traitement. Il existe un décalage entre la théorie et la pratique en ce qui concerne la prise en charge des frais par les caisses-maladie. Alors qu'elles seraient légalement tenues de rembourser tout ou partie des frais de traitement par don de sperme en cas d'infertilité masculine, la prise en charge de ces frais est en fait souvent refusée. En outre, la pratique de rembour-

sement est incohérente et partiellement non transparente, notamment en ce qui concerne les inséminations au moyen d'un don de sperme en Suisse.¹⁴ Les coûts à supporter par le couple à titre privé dépendent en fin de compte du centre où le traitement a lieu et de la caisse maladie concernée.

13 Selon le principe du complexe de traitement, confirmé par la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'ensemble des prestations fournies ne se fait pas à charge de l'AOS si les différentes mesures sont étroitement liées et que la partie non obligatoire du traitement prédomine (cf. Schuler 2018, S. 9 f., m.w.H. in Fn. 58).

14 Sur leurs sites web, certains centres de la médecine de la reproduction soulignent que les inséminations par donneur de sperme ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, tandis que d'autres offrent la perspective d'un traitement pris en charge par l'assurance maladie.

6. Problèmes éthiques

Sous l'angle éthique, le don de sperme soulève des enjeux concrets comme l'égalité de traitement et la non-discrimination, la protection contre l'arbitraire, la liberté personnelle ou le droit de savoir. Le choix a ainsi été fait d'aborder les questions suivantes: accès au don de sperme (6.1), droits et obligations en matière d'information (6.2), choix du donneur (6.3), dépistage génétique chez le donneur (6.4), limitation de conservation des gamètes (6.5), gratuité du don (6.6) et maniement des données sensibles (6.7).

6.1 Accès au don de sperme

Actuellement en Suisse, l'accès au don de sperme est limité aux couples mariés donc hétérosexuels. La justification de cette limitation repose sur le bien de l'enfant et sur la nécessité de pouvoir établir une filiation légale avec deux parents. L'accès est également limité en raison des coûts liés à la procédure.

Le *bien de l'enfant* est le principe sur lequel se fonde l'article 3 de la LPMA, qui limite l'accès au don de sperme aux couples mariés. Les données disponibles ne soutiennent cependant pas la supériorité de cette situation familiale relativement au développement harmonieux de l'enfant. Les enfants élevés par des couples non mariés ne se portent pas moins bien que ceux qui sont élevés par des couples mariés. Déterminants sont la stabilité du couple et les circonstances familiales, ainsi que l'engagement parental (Brown 2010 ; Simoni 2012, 78 f.). Les enfants élevés par des couples homosexuels se portent aussi bien que ceux élevés par des couples hétérosexuels (Tasker ≈ 2005 ; Simoni 2012, 52 f.). Sur la base des données disponibles, les facteurs familiaux les plus importants pour le bien de l'enfant sont le fait d'avoir deux parents qui s'entendent bien et qui s'engagent ensemble dans leur rôle parental (Simoni 2012, 52).

Dès lors qu'il est question de procréation, le bien de l'enfant est par ailleurs un argument plus complexe

qu'il ne paraît à première vue. Bien sûr, il importe qu'un enfant puisse grandir dans des conditions suffisantes et être protégé contre des carences importantes et contre des mauvais traitements. Lorsque ce principe est appliqué avant la naissance, cependant, il donne lieu à une situation paradoxale. En effet, vouloir protéger un enfant non encore conçu contre des conditions que l'on jugerait imparfaites revient en fait à le protéger *contre sa propre naissance*. La seule alternative possible au futur enfant ne serait pas de le faire naître dans des meilleures conditions, mais de ne pas le faire naître du tout (Parfit, 1987). Pour justifier qu'une telle protection est dans l'intérêt d'un enfant, il faudrait en fait prouver que son existence future serait pire que de ne jamais venir au monde.

La limitation actuelle de l'accès au don de sperme repose également sur la nécessité de pouvoir *établir un lien de filiation*. Dans quelles conditions un tel lien existe-t-il ? Habituellement, la réponse a trois composantes. La première est la filiation génétique. Dans ce sens, les enfants sont génétiquement apparentés à leurs parents. Ceux-ci leur transmettent leurs caractéristiques biologiques héréditaires. C'est l'élément en jeu lorsqu'un enfant né d'une relation extra-conjugale veut connaître son « vrai père ». La deuxième filiation est gestationnelle. La mère de l'enfant va le porter, le nourrir dans son ventre pendant son développement. La filiation gestationnelle n'aura pas la même forme pour l'autre parent, mais l'accompagnement de la grossesse tisse elle aussi un lien. La troisième filiation est sociale ou éducative. Les parents subviennent aux besoins de l'enfant et à son éducation. Ils sont responsables de son bien-être et des conditions de son développement. Ils lui enseignent des manières d'aborder la vie et lui transmettent des valeurs. Ils forment une famille. Lorsque les parents ont des biens, les enfants en héritent à leur mort.

En règle générale, dans le don de sperme, les modalités de la filiation sont alignées sur la mère de l'enfant,

qui est à la fois parent génétique, gestationnel et social. Il en va autrement pour le père, car une personne sera ici le parent gestationnel et social, et une autre le parent génétique. Cette dissociation des modalités de filiation requiert une clarification légale du statut de parent. La garantie d'un deuxième parent est actuellement réalisée par le mariage avec la mère de l'enfant. Lorsque celle-ci n'est pas mariée, cette garantie pourrait être réglée, par exemple, en prévoyant que le consentement du futur père à un traitement au moyen d'un don de sperme soit considéré comme une reconnaissance de la filiation avec l'enfant ainsi conçu, qui ne peut être contestée.

Les *coûts de la procédure* en limitent également l'accès. Dans la mesure où l'infertilité est une limitation fonctionnelle fréquemment due à une maladie, une telle barrière constitue un accès inégal à la médecine.

En raison de ces restrictions d'accès, de nombreux couples n'envisagent actuellement que le traitement au moyen d'un don de sperme à l'étranger ou l'insémination à domicile (voir 3.3). Le déplacement à l'étranger est associé à divers problèmes et risques. Premièrement, cela signifie que les couples doivent consentir des efforts et des coûts supplémentaires ; deuxièmement, le droit de l'enfant à connaître son ascendance ne peut être garanti que dans le cas d'un don de sperme non anonyme, comme cela est autorisé dans divers pays ; troisièmement, les grossesses obtenues à l'étranger, par exemple par un don de sperme non anonyme, peuvent également être source d'incertitude ou de conflit pour les médecins qui en Suisse s'occuperont plus tard des femmes enceintes. Bien entendu, les femmes ont également droit à des soins médicaux appropriés dans une telle situation ; néanmoins, la question peut se poser pour les médecins concernés de savoir si leurs actions ne soutiennent pas indirectement des pratiques interdites.¹⁵ L'insémination à domicile est également très incertaine et peut présenter des inconvénients par rapport aux procédures médicalement assistées. Pour la rece-

veuse de sperme, l'auto-traitement signifie un risque accru de transmission de maladies infectieuses, car le sperme du donneur n'est pas examiné médicalement. Pour le donneur, en revanche, l'auto-insémination peut avoir des conséquences juridiques importantes, car dans ce cas, les règles générales du droit civil s'appliquent en termes de droit de la filiation (cf. 5.2).

Ni la nécessité d'établir une filiation ni le bien de l'enfant ne justifient donc les limitations actuelles au don de sperme en Suisse. Ce sont les fonctions de la famille, qui incluent le fait d'offrir un cadre suffisant au développement des enfants, qui doivent être protégés. Ces fonctions peuvent être remplies dans des modèles familiaux différents. L'encadrement actuel du don de sperme semble dès lors reposer sur la promotion par l'Etat d'un modèle familial spécifique, alors même que des modèles alternatifs sont admis, à la fois socialement (cf. 4) et par d'autres domaines du droit. En outre, il laisse des personnes qui divergent de ce modèle face à des protections inégales.

Toutefois, les restrictions existantes en matière d'accès au don de sperme semblent se justifier pour une partie de la population sur la base d'une certaine image de l'homme et de la famille. Selon ce point de vue, les hypothèses morales relatives au comportement humain en général et à la pratique de la médecine reproductive en particulier peuvent être déduites de la *conditio humana*; on soutient ainsi un modèle familial dans lequel les enfants grandissent avec un père et une mère, chacun ayant une signification spécifique pour leur développement (sur ces aspects, nous renvoyons à l'avis de la CNE n° 22/2013, chapitres 2.4 et 3.6.3). À l'exception d'un membre de la commission, la CNE rejette cette argumentation pour les raisons mentionnées dans l'avis n° 22/2013 et pour d'autres raisons, y compris, par exemple, les perspectives socio-anthropologiques et sociologiques.

15 Ce problème se pose non seulement dans le cas de dons de sperme non anonymes, mais aussi, de manière générale, dans les cas où le don de sperme sous cette forme n'aurait pas été autorisé en Suisse. Par exemple, lorsque le traitement par don de sperme est effectué pour des femmes qui ne sont pas mariées, qui vivent avec un partenaire du même sexe ou qui sont seules.

6.2 Droits et obligations en matière d'information

Le droit moral à connaître ses origines est fondé sur la possibilité de découvrir des facteurs de risque génétiques, mais surtout sur l'importance de pouvoir intégrer toutes ses origines dans son récit biographique personnel. Les enfants issus de la procréation médicalement assistée au moyen d'un don de sperme rapportent fréquemment un manque lorsque le donneur leur est inaccessible. Ils rapportent cependant aussi parfois que cette information perd beaucoup de son importance lorsqu'elle est disponible. Dans les faits, il semble que la rétention d'informations (secret) soit plus problématique que l'absence d'information. Leur père d'intention demeure dans les deux cas leur père.

Ce droit de connaître ses origines biologiques implique un devoir des parents d'informer leur enfant qu'il a été conçu grâce à un don de sperme. Quand et comment informer l'enfant peut cependant s'avérer délicat en pratique. Lorsque la sélection du donneur sur la base de caractéristiques physiques a pour résultat la conception d'un enfant qui ressemble à ses parents (voir 5.1), le don peut être facilement dissimulé, soit intentionnellement soit par hésitation sur le bon moment et la bonne manière d'en informer l'enfant. Confier ce devoir à des tiers (par exemple le service ayant pratiqué l'insémination ou la FIV) pourrait mieux garantir le droit de connaître ses origines, mais il constituerait une atteinte excessive à la vie privée et à la responsabilité parentale, imposerait des charges lourdes à ces services et risquerait de faire arriver l'information de manière inadaptée le moment venu. Toutefois, le droit à l'information et le besoin d'information de l'enfant, ainsi que la signification de ce droit ou de ce besoin au plan du développement psychologique et de la dynamique familiale, devraient être intégrés le plus tôt possible dans le processus d'information et de conseil médicaux si un traitement au moyen d'un don de sperme est souhaité. On pourrait envisager la possibilité de faire en sorte que les professionnels de la santé ou les centres de médecine de la procréation contactent à nouveau les receveuses de sperme quelques années après le traitement et leur

offrent un soutien en lien avec l'information à transmettre à l'enfant.

Il faudrait informer l'enfant conçu au moyen d'un don de sperme aussi tôt que possible (cf. Simoni 2012, 65, 81). L'identité du donneur devrait lui être accessible dès l'acquisition de la capacité de discernement (cf. 5.2). En considérant que les données transmises peuvent avoir un impact important (positif ou négatif) sur l'image que l'enfant a de lui-même et sur le développement de son identité personnelle, il est important que les informations puissent être transmises dans le cadre d'un entretien personnel et que l'enfant soit conscient de cette possibilité. Dans le cas où l'enfant souhaiterait savoir qui est le donneur ou souhaiterait entrer en contact avec lui, un accompagnement et un conseil appropriés devraient également lui être offerts.

6.3 Choix du donneur de sperme

Les femmes qui souhaitent recourir au don de sperme, ainsi que leurs partenaires et les membres de leur famille, ont souvent le désir d'avoir leur mot à dire dans le choix du donneur. Ce souhait peut s'exprimer essentiellement de deux manières : ¹⁾ il peut y avoir un désir de recevoir le sperme d'une personne de la famille qu'on connaît personnellement ou du cercle d'amis, tel que le sperme du frère du partenaire infertile. Ce type de don de sperme est également connu sous le nom de « don dirigé de sperme ». Il est souvent basé sur le souhait qu'il y ait une relation génétique entre le futur enfant et le partenaire infertile ou que le donneur de sperme puisse être impliqué dans l'éducation de l'enfant. ²⁾ Il convient de faire une distinction fondamentale entre cela et le désir de sélectionner certaines caractéristiques et attributs d'un donneur de sperme qu'on connaît pas personnellement, par exemple parmi un groupe de donneurs potentiels de sperme figurant dans une base de données. De cette manière, il est possible de rechercher la plus grande similitude avec le partenaire infertile ou le développement de caractéristiques désirées chez le futur enfant. Bien que la frontière entre ces deux possibilités de sélection des donneurs soit théorique-

ment claire, elle peut être difficile à tracer dans la pratique lorsque, par exemple, les futurs parents utilisent des plates-formes internet pour sélectionner des donneurs potentiels de sperme dont les caractéristiques répondent à leurs attentes, et entrer en contact avec eux (Harper et al. 2017).

En Suisse, lorsqu'on choisit un donneur de sperme, seuls le groupe sanguin et la ressemblance de l'apparence du donneur avec l'homme avec lequel un lien de parenté doit être établi peuvent être pris en compte (cf. 5.1). Par cette limitation, le législateur veut contrer les « souhaits de nature eugénique émis par les futurs parents » (cf. Message relatif à la LPMA, 1996, 262). Avec les critères de sélection du groupe sanguin et la similitude de l'apparence externe, la procréation naturelle et l'origine de l'enfant devraient être « simulées » dans une certaine mesure, c'est-à-dire qu'il ne devrait pas être évident pour des tiers que le mari de la mère n'est pas la personne ayant conçu l'enfant. Le don dirigé de sperme au moyen d'une personne connue dans le cadre d'une procréation médicalement assistée n'est pas autorisé dans notre pays. Cela résulte ¹⁾ des critères de sélection légalement admissibles mentionnés ci-dessus, ²⁾ des documents sur la LPMA et ³⁾ du concept juridique de l'anonymat partiel, selon lequel seul l'enfant peut obtenir des informations sur l'identité du donneur de sperme, mais le donneur et la receveuse ne reçoivent aucune information permettant de les identifier l'un l'autre (cf. Fankhauser & Vionnet 2015, 155 ; 5.1). Une situation juridique tout aussi restrictive existe actuellement en France : outre le groupe sanguin, seule l'apparence externe (peau, cheveux et couleur des yeux) est prise en compte. En Allemagne, la sélection du sperme d'un donneur est moins strictement réglementée. En Grande-Bretagne et surtout au Danemark, où se trouvent respectivement la plus grande banque de sperme « Cryos » et la « Banque européenne de sperme », les profils des donneurs de sperme présentent toute une série d'autres caractéristiques sociales : profession, antécédents familiaux, passe-temps, préférences, orien-

tation sexuelle, profil intellectuel, écriture, enregistrements vocaux, photos d'enfants et d'adultes ainsi que des images de soi. En Belgique, par exemple, le don dirigé de sperme est autorisé par la loi. ¹⁶ Il n'est pas certain que la réglementation suisse sur la sélection du sperme d'un donneur soit respectée, en particulier lorsque des professionnels de la médecine de la procréation importent le sperme d'un donneur depuis une banque de sperme étrangère, qui fournit à ses utilisateurs des informations sur d'autres caractéristiques du donneur en plus de son groupe sanguin et de son apparence. La question générale est de savoir si le cadre réglementaire strict doit être maintenu.

Il existe de solides arguments pour permettre aux femmes ou aux couples de choisir un donneur de sperme dans un cercle de connaissances ou dans une base de données contenant des renseignements détaillés sur le donneur. L'autonomie en matière de procréation en tant que droit fondamental de l'individu à la liberté comprend non seulement la liberté de concevoir un enfant, en utilisant ou non la médecine reproductive, mais aussi la liberté de choisir un partenaire pour la reproduction. Étant donné que non seulement l'environnement social et l'éducation, mais aussi le génome, y compris la partie héréditaire paternelle, déterminent le développement de l'enfant et donc aussi la vie familiale, il est plausible d'accorder aux personnes qui utilisent un don de sperme une liberté de choix similaire à celles des personnes qui se reproduisent naturellement. Si un couple a la possibilité de rechercher un donneur de sperme qui ressemble au partenaire infertile ou qui a des qualités désirées, il s'identifiera avec l'enfant, ce qui est essentiel pour établir un lien stable entre parents et enfant (Casonato et Habersaat 2015). Il en va de même du point de vue de l'enfant : s'il reconnaît ses propres qualités et traits de caractère chez le père social ou s'il les vit comme il le souhaite et les aime, il lui sera plus facile d'établir un lien stable avec ses parents. La similitude entre le donneur de sperme et le père social peut également empêcher que l'enfant apprenne au mauvais moment

16 Art. 57 al. 2 Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (Loi du 6 juillet 2007), cf. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007070632&table_name=loi

ou d'une manière inappropriée qu'il a été conçu au moyen d'un don de sperme. En outre, le don dirigé de sperme fournirait probablement à l'enfant des informations plus rapides et plus complètes sur le donneur que le don non dirigé.

Il y a cependant aussi des arguments qui s'opposent au fait que la femme ou le couple puissent choisir librement le sperme d'un donneur. Avec le don dirigé de sperme d'un homme de la famille ou du cercle de connaissances, on peut craindre que les rôles sociaux ne deviennent flous ou que des conflits ne surgissent. Une autre préoccupation est que le donneur de sperme provenant du voisinage immédiat de la femme ou du couple pourrait être exposé à la pression sociale et ne pourrait donc plus décider librement. Si le donneur de sperme et la receveuse se connaissent personnellement, il existe un certain risque qu'une contrepartie puisse être exigée et/ou convenue, qui annulerait le caractère de « don ». Cependant, la commercialisation devrait et pourrait être contrecarrée dans le don de sperme grâce à une réglementation légale de la procédure. Un autre risque d'abus résiderait dans le fait d'utiliser le don dirigé pour échapper aux obligations légales – en particulier l'obligation alimentaire – qui sont fondamentalement associées à la fondation d'une famille.

Derrière le désir de pouvoir sélectionner le sperme d'un donneur dans des bases de données grâce à des informations détaillées sur les intérêts, le caractère et les talents du donneur, il peut y avoir l'attente d'avoir un enfant présentant exactement ces caractéristiques et traits. Il s'agit d'une idée erronée et dangereuse pour l'enfant si elle met en péril son droit à un avenir ouvert. Toutefois, certains parents pourraient avoir des attentes particulières aussi dans le cadre de la parentalité naturelle. La critique fréquente des « traits eugéniques » d'une telle pratique de sélection doit être contrebalancée par le fait que les décisions des

futurs parents sont individuelles et motivées de manière très différente.

Si l'on considère les arguments pour et contre le choix du sperme d'un donneur par la femme ou par le couple, il n'y a pas suffisamment de preuves pour une réglementation aussi stricte que celle qui est actuellement en vigueur en Suisse. Il ne semble pas proportionné d'interdire légalement à des hommes de la famille ou du cercle de connaissances un don dirigé de sperme. Au lieu de cela, il serait plus approprié un contrôle au cas par cas dans le cadre des procédures de procréation médicalement assistée. Lors de la sélection de donneurs inconnus de sperme, il est nécessaire d'adopter une pratique transparente.

6.4 Dépistage génétique du donneur de sperme

6.4.1 Fonction et signification

Les tests génétiques sur les donneurs de sperme sont réalisés pour déterminer les prédispositions à des maladies génétiques transmises par le don. Si, dans l'utilisation du sperme, on prend en compte les connaissances ainsi acquises¹⁷, on réduit le risque de concevoir un enfant qui souffrira d'une maladie génétique. Cependant, le risque de maladies génétiques héréditaires n'est pas exclu : d'une part, les dépistages utilisés ne peuvent pas (encore) détecter toutes les maladies héréditaires, et, d'autre part, des mutations et des changements chromosomiques peuvent se produire à nouveau, tant dans les spermatozoïdes qu'après la conception.

Les informations génétiques relatives au sperme d'un donneur peuvent être obtenues au préalable par une analyse de son sang. En revanche, les tests génétiques sur le sperme ayant fait l'objet d'un don n'ont guère de sens et ne sont pas effectués dans la pra-

¹⁷ Les banques de sperme décident d'inclure ou non les donneurs présentant certaines anomalies génétiques dans le fichier des donneurs. Si le donneur présente des anomalies génétiques, le dépistage génétique de la femme ou la concordance des profils génétiques (Matching) peut réduire davantage le risque de ces mutations génétiques chez l'enfant.

tique.¹⁸ Si aucun test génétique n'est effectué sur le donneur et que l'on ignore donc s'il est porteur d'une maladie grave au sens de l'article 5a al. 2 LPMA, il est impossible d'évaluer si un diagnostic génétique préimplantatoire peut éventuellement être indiqué. Cette circonstance, associée à l'interdiction faite aux couples de choisir eux-mêmes le sperme d'un donneur, revête une importance particulière pour la signification des tests génétiques chez les donneurs. Puisque les couples qui choisissent un don de sperme n'ont aucun moyen d'influencer la sélection d'un donneur, ils dépendent du fait que la sélection de ce dernier soit faite dans leur propre intérêt. Les tests génétiques peuvent réduire la probabilité que l'enfant soit atteint d'une maladie génétique. Quand le don de sperme est indiqué, entre autres, dans les cas où le risque de transmission d'une maladie grave à l'enfant ne peut être écarté d'une autre manière (art. 5 let. b LPMA), il serait paradoxal que rien ne soit fait pour empêcher l'éventuelle transmission d'une maladie correspondante par le donneur de sperme.

Les tests génétiques sur les donneurs de sperme sont importants pour les femmes qui sont elles-mêmes porteuses saines d'une certaine maladie héréditaire récessive. Si, lors de la sélection des spermatozoïdes, il faut s'assurer que la maladie n'affecte pas l'enfant, il est nécessaire de disposer d'informations génétiques sur le donneur. Si on ne peut pas trouver de sperme approprié provenant d'un donneur, au sujet duquel on dispose des informations génétiques nécessaires, et si aucun donneur approprié ne peut être testé par la suite, le couple est confronté à une décision difficile : ou bien arrêter le traitement, ou bien opter pour un traitement avec le sperme d'un donneur n'ayant pas été testé génétiquement. Si, dans ce cas, la femme ou le couple veulent s'assurer que l'enfant ne naîtra pas avec la mutation génétique en question, la seule option qui leur reste est le diagnostic génétique préimplantatoire ou le diagnostic prénatal, bien qu'il ne soit pas certain que les conditions pour procéder au

premier soient remplies. Si l'examen montre que la prédisposition génétique en question a été transmise, le couple ou la femme pourrait être contraint de rejeter l'embryon ou d'interrompre la grossesse.

6.4.2 Contenu et portée

Aujourd'hui, comme déjà mentionné (cf. 3.4.), il est possible de procéder à des dépistages des porteurs génétiques. Si le dépistage génétique des donneurs de sperme est déjà une pratique courante aux États-Unis, il n'est pas encore systématique dans notre pays. Actuellement, tous les centres suisses procèdent à un examen génétique du donneur pour détecter les modifications des chromosomes (caryotype) et la mucoviscidose ; certains centres effectuent également un test génétique pour l'amyotrophie spinale (cf. 3.4).

Alors que la réalisation de tests génétiques sur des donneurs de sperme est encadrée dans de nombreux pays par des réglementations (pour l'UE, cf. 5.1) ou par des directives émises par les associations professionnelles (cf. 3.4), en Suisse, il n'existe aucune exigence légale (professionnelle) spécifique ni aucune recommandation concernant les tests génétiques qui doivent être réalisés sur un donneur et, si oui, lesquels. Cela laisse d'importantes questions sans réponse : les donneurs de sperme doivent-ils être testés génétiquement ou non ? Quels sont les tests nécessaires ou utiles d'un point de vue médical ? Comment contrer le risque de sur-dépistage ? En outre, on applique actuellement en Suisse différentes normes. Pour quelles et pour combien de maladies génétiques un donneur est testé cela dépendra du centre où le test a lieu. Étant donné que des tests génétiques beaucoup plus poussés qu'en Suisse sont souvent effectués à l'étranger, le fait qu'une clinique suisse de médecine de la procréation utilise des spermatozoïdes obtenus en Suisse ou importés de l'étranger fait une différence en ce qui concerne le risque d'hériter d'une maladie génétique. Pour la CNE, il est important de clarifier ce qui, selon

18 Avant et après l'analyse génétique, des conseils génétiques avec le donneur doivent être réalisés (voir 5.1) ; toutefois, si l'analyse génétique n'est effectuée que des années après le don de sperme, le respect de ces réglementations ne serait possible – si tant est qu'il le soit – qu'au prix de grands efforts. En outre, bien que de nouvelles mutations aient pu être détectées dans des spermatozoïdes individuels, les spermatozoïdes examinés ne peuvent pas être utilisés car ils sont détruits lors de l'analyse génétique.

les connaissances scientifiques actuelles, constitue une bonne pratique pour les tests génétiques des donneurs de sperme. Il est souhaitable que tant les principes de base que les résultats de ce processus de clarification soient rendus transparents et que la procédure dans les centres suisses soit alignée sur les bonnes pratiques.

En ce qui concerne la portée ou l'objet spécifique de l'examen génétique, la CNE est de l'avis qu'il devrait être considéré sur la base de ce qui est autorisé dans le cadre du diagnostic préimplantatoire (DPI) (cf. art. 5a al. 2 et 3 LPMA). Cela signifie que pour les donneurs de sperme, le dépistage concernerait ces prédispositions génétiques qui pourraient également correspondre à une indication pour la réalisation d'un diagnostic préimplantatoire.

6.4.3 Communication des résultats de l'analyse

Avant et après l'analyse génétique du donneur de sperme, un conseil génétique non directif doit avoir lieu conformément à l'article 14 de la loi fédérale sur l'analyse génétique humaine du 15 juin 2018 [LAGH ; cf. 5.1). Avant l'analyse, le donneur doit être informé en détail de l'objectif, du type et de la signification des tests génétiques prévus. Il est particulièrement important d'informer le donneur sur les modifications génétiques qui seront testées et sur l'importance que les mutations détectées peuvent avoir pour lui. En outre, le donneur doit être informé de la possibilité de découvertes dites fortuites. Il s'agit de résultats obtenus dans le cadre d'une analyse génétique mais qui ne sont pas nécessaires au but visé (cf. art. 3 let. n LAGH du 15 juin 2018; FF 2018 3509). En sont un exemple, les facteurs de risque pour des maladies n'apparaissant que plus tard dans la vie, voire jamais. Plus les analyses génétiques sont approfondies, plus la probabilité de découvertes fortuites est élevée. Certaines de ces informations pourraient inciter le donneur à prendre des mesures médicales (par exemple, des examens réguliers) ou influencer la conception ou la planification de sa vie (par exemple, en ce qui concerne les activités sportives ou le choix de la profession ou du lieu de résidence) (voir Moret et al. 2016).

En ce qui concerne les résultats des analyses, le donneur a, à la fois, le droit d'être informé et le droit de ne pas savoir, c'est-à-dire qu'il peut refuser toute informations sur son matériel génétique ; il est libre de décider s'il veut prendre connaissance des résultats de l'analyse (art. 18 al. 1 let. b et art. 6 LAGH). Il est important qu'à l'occasion du conseil génétique précédant l'analyse, il y ait une discussion détaillée et une réglementation claire quant à savoir si le donneur souhaite être informé des résultats de l'examen. Cela ne s'applique pas seulement aux résultats portant sur les altérations génétiques qui sont spécifiquement recherchées. Le donneur doit en particulier décider si ou quelle information fortuite lui sera communiquée.

6.5 Limitation de la durée de conservation

Selon l'article 15 de la LPMA, les spermatozoïdes peuvent être conservés pendant cinq ans au plus. La période de conservation peut être prolongée de cinq ans au plus à la demande du donneur. À l'expiration du délai ou si le donneur révoque son consentement à la conservation et à l'utilisation de son sperme, les spermatozoïdes doivent être immédiatement détruits (voir 5.1).

En ce qui concerne la conservation du sperme ayant fait l'objet d'un don, il n'est pas possible d'identifier les intérêts publics ou privés sur lesquels se fonde le délai prévu à l'article 15 LPMA. Les raisons médicales ne sont pas évidentes non plus. L'utilisation du sperme qui ne répond pas (ou plus) aux normes de qualité serait incompatible avec le devoir de diligence médicale et serait donc inadmissible. Un délai général n'est ni approprié ni nécessaire pour garantir la qualité du sperme utilisé pour la reproduction. À l'époque, le législateur a justifié la limitation de la période de conservation au nom du bien-être de l'enfant, notamment le risque de concevoir des enfants dont les parents génétiques seraient déjà décédés. Cependant, depuis la révision partielle de la LPMA en 2014 (en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2017), la loi autorise expressément l'utilisation du sperme d'un donneur même après son décès. Ainsi, même du point de vue du législateur, il n'y a plus de raison de limiter la durée

de conservation du sperme ayant fait l'objet d'un don afin de protéger l'intérêt supérieur de l'enfant. À cet égard, l'article 15 LPMA est une disposition sans objet légitime. La limitation de la durée de conservation du sperme n'est donc pas justifiée.

En outre, cette limitation entraîne divers problèmes dans la pratique clinique quotidienne.

Comme il peut s'écouler jusqu'à deux ans entre le moment du don et sa première utilisation,¹⁹ le sperme d'un donneur ne peut être utilisé pour un traitement que pendant trois ans.²⁰ Il est donc difficile pour les couples d'avoir deux enfants ou plus par un même donneur. Cependant, c'est précisément le lien génétique entre les frères et sœurs qui est souvent souhaité par les futurs parents. Pour échapper à la pression du temps, la seule option qui leur reste est de s'installer dans un pays où la réglementation est moins contraignante – une voie qui peut toutefois être associée à d'autres problèmes et risques (cf. 6.1).

En outre, à l'issue de la période de conservation, le sperme doit être détruit conformément à la législation en vigueur, alors qu'il est non seulement de bonne qualité mais peut aussi être rare en raison de ses caractéristiques spécifiques, ce qui limite fortement les possibilités de sélection des donneurs. Ceci est particulièrement pertinent pour les hommes présentant des caractéristiques rares (ethnie, groupe sanguin, etc.) pour lesquelles il est difficile de recruter des donneurs appropriés. En général, il peut y avoir des goulets d'étranglement dans la disponibilité des spermatozoïdes de donneurs.²¹ Si les banques suisses de sperme ne sont pas en mesure de fournir du sperme (approprié), les couples doivent accepter un délai d'attente plus long ou passer à des échantillons de sperme importés, qui sont plus chers pour les pa-

rents. En cas d'importation du sperme provenant d'un don, la question se pose également de savoir comment l'exigence de n'utiliser le sperme d'un donneur que pour produire au maximum huit enfants (art. 22 al. 2 LPMA) peut être respectée.

En outre, plus la durée de conservation est courte, moins il est probable que le nombre maximum de huit grossesses soit atteint grâce au sperme d'un donneur particulier, comme le stipule l'art. 22 al. 2 LPMA. Toutefois, si les coûts élevés (notamment pour les tests génétiques et infectieux, mais aussi pour le recrutement et l'administration ainsi que les indemnités pour le donneur) ne peuvent être répartis que sur quelques futurs parents, cela entraînera une augmentation des dépenses que les couples seuls doivent payer pour le don de sperme (cf. 5.4).

6.6 Gratuité

La loi interdit expressément toute rémunération pour un don de sperme (art. 21 LPMA). L'aliénation ou l'acquisition à titre onéreux du matériel germinal humain est réprimée par une disposition pénale (art. 32 al. 2 LPMA). Font exception les indemnités pour les frais et les inconvénients liés au don de sperme. Le montant du défraiement est de l'ordre d'une centaine de francs mais peut également être plus élevé. Les motivations des donneurs peuvent donc être financières malgré le principe de gratuité. L'une des rares études qui traite des motivations et des attitudes des donneurs révèle également la motivation financière, mais souligne aussi que d'autres aspects éthiques, à savoir les besoins et les souhaits des futurs enfants, sont également pris en compte lors de la décision de faire un don (Wheatley 2018). Dans la pratique, les différents niveaux d'indemnisation et les différents critères de détermination entraînent la confusion et

19 De nombreux rendez-vous (de don) et examens médicaux sont nécessaires avant que le sperme d'un donneur particulier puisse être utilisé pour la première fois; certains examens médicaux doivent être répétés à certains intervalles et les résultats doivent être attendus.

20 La prolongation théoriquement possible de la période de conservation à la demande du donateur n'est pratiquement jamais appliquée dans la pratique. Pour les banques de sperme, il est souvent très difficile de contacter le donneur – des années après son don – en raison de la grande mobilité de ces personnes.

21 Certains praticiens soulignent que depuis l'abolition du don anonyme de sperme en 2001, il est devenu difficile de trouver suffisamment de donneurs; ils soulignent également que cela pourrait avoir un impact négatif sur la motivation des donneurs s'ils devaient s'attendre à ce que leur sperme soit détruit avant qu'un enfant puisse être conçu. Par ailleurs, d'autres experts affirment qu'ils ont même des listes d'attente pour les donateurs potentiels.

peuvent être mal interprétés. On peut avoir l'impression que la vente de sperme est un commerce de parties du corps humain. Cette impression s'alimente déjà parce que, d'une part, ni le sperme du donneur ni l'insémination ne sont gratuits et, d'autre part, le donneur de sperme est indemnisé pour les frais et les désagréments qu'il a subis. Il est donc important de faire preuve de clarté. À cette fin, des approches et des procédures uniformes d'indemnisation devraient être établies dans le cadre d'une procédure transparente.

6.7 Traitement des données sensibles

Garantir une traçabilité des données recueillies lors du traitement d'un don de sperme est extrêmement important:

- Les enfants conçus grâce à un don de sperme ont le droit de connaître l'identité du donneur. On peut aussi avoir besoin d'identifier cet enfant ou d'autres enfants du donneur, c'est-à-dire les demi-frères et sœurs (cf. 5.2, 6.2) ;
- Les centres de médecine de la reproduction ou les banques de sperme doivent garantir la qualité du sperme du donneur et veiller à ce que seul un nombre limité d'enfants soient conçus avec le sperme d'un même donneur (cf. 3.4, 5.1, 5.2).
- Des situations délicates peuvent survenir lorsqu'un enfant conçu grâce à un don de sperme est atteint d'une maladie génétique grave, qui doit provenir du donneur. Dans un tel cas, le donneur ainsi que les autres enfants de ce donneur ou leurs parents doivent être informés afin de pouvoir procéder aux analyses appropriées ou de tirer les conséquences nécessaires dans le traitement du sperme du donneur. Dans le cas où une maladie génétique est diagnostiquée plus tard chez le donneur, il doit également être possible de prendre des mesures et de contacter toutes les personnes susceptibles d'être intéressées par ces informations.

Pour ces raisons, il doit être possible à tout moment d'établir quand, où et par qui les sperme d'un même donneur a été collecté, examiné, conservé, transporté, traité, utilisé pour la fécondation ou éliminé. En outre, toutes les données pertinentes concernant le donneur, le couple et l'enfant doivent être soigneusement documentées, transmises, conservées et protégées.

C'est la tâche des centres de médecine de la reproduction ou des banques de sperme et des autorités de s'en assurer. Le traitement minutieux de toutes les données conformément aux dispositions légales est une condition préalable à cet effet.²² En particulier, il est également nécessaire de mettre à jour régulièrement les bases de données afin que les personnes puissent toujours être contactées après un déménagement ou un changement de nom.

²² Les règlements correspondants se trouvent dans les LPMA et OPMA, dans le LAGH et dans les règlements de protection des données de la Confédération et des cantons.

7. Conclusion et recommandations

La loi sur la procréation médicalement assistée, qui régit le don de sperme, date de 1998. Au cours des deux dernières décennies environ, les techniques de reproduction disponibles se sont multipliées et des progrès importants ont été réalisés, notamment dans le domaine de la génétique. Les modes de vie et l'image de la famille ont également changé. La LPMA en vigueur ne rend pas justice aux développements internationaux : le don de sperme à l'étranger est particulièrement important pour les couples de même sexe et les personnes seules. Des couples suisses effectuent parfois à l'étranger des traitements qui sont interdits ici.

Sur la base des considérations éthiques, la CNE formule des recommandations à l'attention du législateur et des associations médicales compétentes.

7.1 Recommandations au législateur

La CNE recommande au législateur les mesures suivantes:

- Les couples non mariés et de même sexe ainsi que les femmes seules devraient avoir accès au don de sperme.
- Si le traitement au moyen d'un don de sperme (IUI ou FIV) est nécessaire pour des raisons médicales, les coûts de ce traitement doivent être couverts par l'assurance maladie obligatoire.
- Les mineurs qui sont déjà capables de discernement devraient pouvoir demander des informations sur les données de la filiation.
- Les dons dirigés de sperme par des parents et d'autres personnes proches devraient être autorisés.
- La limitation légale de la durée de conservation du sperme doit être supprimée.

7.2 Recommandations aux associations professionnelles compétentes

De l'avis de la CNE, il est nécessaire que les associations professionnelles compétentes prennent ces mesures:

- Les aspects financiers du traitement par don de sperme (coûts et indemnisation) doivent être rendus transparents.
- Des efforts doivent être faits pour que les coûts directement liés au don de sperme soient fixés conformément aux dispositions pertinentes du TARMED.
- Des recommandations devraient être formulées pour définir les bonnes pratiques en matière d'analyses génétiques des donneurs de sperme en Suisse et pour standardiser et rendre transparente la procédure dans les centres suisses.

Afin de refléter la pratique du don de sperme et les développements dans ce domaine, la CNE encourage la poursuite des recherches et la collecte de données. Enfin, la CNE accueille favorablement et soutient un débat public sur les développements de la médecine reproductive en relation avec la pluralisation des modes de vie et des formes de parentalité.

8. Littérature et autres matériaux

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG (2017) (Reaffirmed 2019). Committee Opinion 690: Carrier Screening in the Age of Genomic Medicine. *Obstetrics and Gynecology* 129 (3): e35–40.

American Society for Reproductive Medicine (ASRM) and Society for Assisted Reproductive Technology (SART) (2013). Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion. *Fertility and Sterility* 99(1): 47–62.

Bernhard A. (2014). *Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie*, Frankfurt a. M.: Fischer Verlag.

Brown S. L. (2010). Marriage and child well-being: research and policy perspectives. *Journal of marriage and family*. 72(5):1059–77.

Casonato M. & Habersaat S. (2015). Parenting without being genetically connected. *NecPlus* 3(3). 289–306.

Clarke H., Harrison S., Jansa Perez M. & Kirkman-Brownon J. (2019). UK guidelines for the medical and laboratory procurement and use of sperm, oocyte and embryo donors. *Human Fertility* 6: 1–13.

Cooper T.G., Noonan E., von Eckardstein S. Auger J. et al. (2010). World Health Organization reference values for human semen characteristics. *Hum Reprod Update* 16: 231–245.

Eurostat (2019). Age moyen à la maternité et à la naissance du premier enfant (2006–2017). Récupéré le 13 novembre 2019 de: <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-datasets/product?code=tps00017>

Frankhauser R. & Vionnet R. (2015). Die Samenspende im schweizerischen Recht. *Recht* 3: 144–157.

Harper J., Jackson E., Spoelstra-Witjens L., Reisel D. (2017). Using an introduction website to start a family: implications for users and health practitioners. *Reproductive BioMedicine and Society Online* 4: 13–17.

Levine H., Jørgensen N., Martino-Andrade A., Mendiola J. et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Hum Reprod Update* 23: 646–659.

Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 18 décembre 1998, RS 810.11 ; récupéré à l'adresse : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20001938/index.html>, le 20 novembre 2019.

Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH) du 8 octobre 2004, RS 810.12 ; récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20011087/index.html>, le 20 novembre 2019.

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, RS 832.10 ; récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>, le 20 novembre 2019.

Message (1996). Message relatif à l'initiative populaire «pour la protection de l'être humain contre les techniques de reproduction artificielle (Initiative pour une procréation respectant la dignité humaine, PPD) » et à la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 26 juin 1996, 96.058, FF 1996 III 197.

Moret C., Mauron A., Fokstuen S., Makrythanasis P., Hurst S. (2016). Defining categories of actionability for secondary findings in next-generation sequencing. *Journal of Medical Ethics*. Published Online First : December 30, doi:10.1136/medethics-2016-103677.

Office federal de la statistique (OFS) (2019a). La procréation médicalement assistée: traitements et résultats, vue générale (2002–2017). Récupéré de <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/procreation-medicalement-assistee.assetdetail.8288860.html>, le 20 novembre 2019.

Office fédéral de la statistique (OFS) (2019b). Enquête sur les familles et les générations 2018. Premiers résultats. Neuchâtel. Récupéré de <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/enquetes/efg.html>, le 20 novembre 2019.

Office fédéral de la statistique (OFS) (2017). Les familles en Suisse. Annexe statistique du rapport du Conseil fédéral du 26 avril 2017 en réponse aux postulats 12.3144 Meier-Schatz du 14 mars 2012 et 01.3733 Fehr du 12 décembre 2001. Neuchâtel. Récupéré de <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/enquetes/efg.html> le 20 novembre 2019.

Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) du 29 septembre 1995 ; RS 832.112.31. Récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html>, le 20 novembre 2019.

Ordonnance sur la procréation médicalement assistée (OPMA) du 4 décembre 2000 ; RS 810.112.2. Récupérée de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20002342/index.html>, le 20 novembre 2019.

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995 ; RS 832.102. Récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950219/index.html>, le 20 novembre 2019.

Parfit D. (1987). *Reasons and Persons*, Oxford: Clarendon Press.

Rahban, R.; Priskorn, L.; Senn, A.; Stettler, E.; Galli, F.; Vargas, J.; van den Bergh, M.; Fusconi, A.; Garlantezec, R.; Jensen, T. K.; Multigner, L.; Skakkebaek, N. E.; Germond, M.; Jørgensen, N.; Nef, S. (2019). Semen quality of young men in Switzerland: a nationwide cross-sectional population-based study. *Andrology* 7(6): 818–826.

Schuler A. (2018). Kostenübernahme der Samenspende durch die Krankenversicherungen. Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis. *Jusletter*, 27. August.

Simoni H. (2012). Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten « Kindeswohl, Familie und Elternschaft » im Fortpflanzungsmedizingesetz. Avis mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Tasker, F. (2005). Lesbian Mothers, Gay Fathers, and Their Children: A Review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 26(3): 224–240.

Université de Genève (Unige) (2019). Le sperme Suisse est de mauvaise qualité. Communiqué de presse. Récupéré de <https://www.unige.ch/communication/communiqués/2019/le-sperme-suisse-est-de-mauvaise-qualite/> le 20 novembre 2019.

Wheatley A. (2018). Danish sperm donors and the ethics of donation and selection. *Med Health Care and Philos* 21(2):227–238.

Ce document a été approuvé à l'unanimité par la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine le 12 décembre 2019.

Membres de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine :

Présidente

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

Vice-président

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Membres

Dr. phil. Christine Clavien, Prof. Dr. med. Samia Hurst, Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox; Prof. Dr. iur. Valérie Junod, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones, Dr. med. Roberto Malacrida, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. med. Karen Nestor, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche, PD Maya Zumstein-Shaha RN PhD, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. med. Dorothea Wunder.

Graphisme et mise en page

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Bern, www.terminal8.ch

Bureau

Responsable du bureau

Dr. iur. Tanja Trost

Collaborateur scientifique

Dr. phil. Simone Romagnoli

**Commission nationale d'éthique
dans le domaine de la médecine humaine**

CH-3003 Berne

Tel. +41 58 480 41 07

Fax +41 31 322 62 33

info@nek-cne.admin.ch

www.nek-cne.ch

Cette prise de position est publiée en français et en allemand. La version en allemand est la version d'origine.

© 2019 Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, Berne. Reproduction autorisée avec mention de la source.