

**h e t s**

Haute école de travail social  
Genève

Centre de formation  
continue (CEFOC)

DAS en Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation sexuelle et le conseil  
2021- 2023

# **L'accès à la procréation médicalement assistée en Suisse**

Travail de diplôme

Août 2023

Muriel Ciocchi

Eigerweg 16

3212 Gurmels

[murielciocchi@hotmail.fr](mailto:murielciocchi@hotmail.fr)

## Résumé

L'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) est un sujet d'actualité en Suisse, suite à la loi sur le mariage pour tous et les débats sur le don d'ovules et le remboursement de la fécondation in vitro (FIV). Le cadre juridique actuel fixe les normes et détermine quelles pratiques sont autorisées ou non, créant ainsi des limites aux droits à la procréation. Ce travail de diplôme vise à analyser l'accès actuel à la PMA en Suisse en examinant les limites relatives aux personnes et aux techniques autorisées, tout en réfléchissant à l'élargissement de l'accès pour répondre aux besoins en santé sexuelle. Ce travail se base sur la consultation d'articles, de rapports et de cadres législatifs. Cette analyse s'effectue au regard du contexte historique, sociétale et juridique de la PMA ainsi que la compréhension des enjeux éthiques et politiques liée à la restriction de l'accès à la PMA en présentant différents arguments. Cette étude révèle que la réglementation actuelle est restrictive et partiellement obsolète, car elle génère des inégalités et des discriminations persistentes dans l'accès à la PMA. Ouvrir davantage son accès permettrait de réduire ces disparités en reconnaissant l'importance de l'autonomie reproductive individuelle et en répondant aux évolutions de la société. Ceci profiterait non seulement aux individus concernés, mais aussi à la société dans son ensemble. Ce travail théorique a pour but d'offrir des bases de réflexion et des arguments pour l'intervention en santé sexuelle qui permettront de se positionner dans les politiques sociales, déconstruire certaines normes sociétales, diminuer les discriminations et inégalités, offrir un meilleur respect des droits sexuels et procréatifs et ainsi améliorer l'accompagnement des personnes désirant recourir à la PMA.

## Table des matières

1. Introduction .....	3
2. Etat des lieux de l'accès à la PMA en Suisse .....	5
2.1. Contexte sociétal et son évolution en lien avec la PMA .....	5
2.3. Limites et interdits dans la LPMA .....	8
2.4. Législations internationales.....	8
2.6. État des lieux du débat actuel sur l'accès à la PMA.....	11
3. Enjeux liés à l'accès à la PMA .....	12
3.1. L'argument du droit : droit procréatif et liberté individuelle.....	13
3.2. L'argument économique .....	16
3.3. La mobilité reproductrice transnationale.....	17
3.4. L'argument de la commercialisation.....	19
3.5. L'argument juridique, la filiation :.....	20
3.6. L'argument de la famille .....	21
3.7. L'argument du bien de l'enfant.....	22
3.8. Le désir d'enfant.....	24
3.9. L'argument de naturalité .....	25
3.10. L'argument de l'âge .....	26
3.11. L'infertilité .....	27
3.12. L'argument de la protection de la santé, de l'intégrité physique .....	28
4. Conclusion, pistes pour l'intervention professionnelle en santé sexuelle et rôle de d'un.e spécialiste en santé sexuelle .....	29
5. Bibliographie .....	34
6. Glossaire .....	37

## 1. Introduction

Au cours de la formation d'intervenant.e en santé sexuelle, une profonde réflexion a été menée sur les droits sexuels et leur rôle fondamental dans notre pratique professionnelle. Cependant, il est important de noter que la reconnaissance et l'application de ces droits dans le cadre légal suisse ne sont pas automatiques, malgré leur légitimité. Lors d'un cours sur le thème de la procréation médicalement assistée (PMA), il est devenu évident que le droit de décider d'avoir ou non des enfants n'était pas systématiquement respecté en Suisse, principalement en raison de la limitation d'accès à la PMA. J'ai constaté des inégalités dans la possibilité de devenir parents. De plus, mon propre parcours d'infertilité m'a également confronté à cette injustice. Celle-ci a été ressentie lors de la recherche d'informations sur la fécondation in vitro (FIV) et lors du constat que la FIV n'était pas remboursée par l'assurance maladie. Le droit à la parentalité semblait réservé aux personnes financièrement privilégiées et négligeait ainsi la souffrance psychologique associée aux difficultés de conception. Cette expérience a éveillé en moi le désir d'explorer en profondeur la question du droit à la parentalité et de mieux appréhender le concept même de ce droit. Il en découle les questions suivantes : Quels sont les facteurs qui restreignent ce droit à la parentalité ? L'État doit-il soutenir le désir d'avoir des enfants ? Est-ce que le désir d'enfants de chaque individu doit- être entendu et pris en compte, qu'il ou elle soit en capacité naturelle de procréer ou non ? Au nom de l'égalité et de la non-discrimination, est-il légitime de revendiquer un droit à un accès équitable à l'assistance médicale à la procréation ?

Durant notre cursus, nous avons également suivi un cours portant sur l'accompagnement dispensé par des conseillers en santé sexuelle aux personnes engagées dans un parcours de PMA.

Ce thème m'a fortement captivé et a posé les jalons de ma future carrière. J'ai compris que pour accompagner les individus dans leur démarche vers la PMA ou plus largement dans leur aspiration à la parentalité, il était impératif de prendre du recul par rapport à mes émotions, mes normes et ma subjectivité. Pour ce faire, j'avais besoin d'approfondir mes connaissances et ma compréhension de la PMA, qu'il s'agisse des lois régissant ce domaine, des possibilités offertes, des limites d'accès ainsi que des répercussions et problématiques liées à ces contraintes. J'ai également cherché à comprendre les enjeux éthiques et politiques ainsi que les fondements des arguments justifiant de telles limitations. Ces investigations devraient me permettre de discerner dans quelle mesure un élargissement de l'accès à la PMA pourrait être envisagé, voire requis ou non.

Par ailleurs, la PMA est un sujet d'actualité au sein des débats politiques. Entre l'ouverture de l'accès à la PMA aux couples homosexuels féminins depuis 2022, grâce à la loi sur le mariage pour tous, et les

questionnements autour de l'éventuelle autorisation du don d'ovules et du remboursement de la fécondation in vitro, cette question suscite des controverses sur la famille, la parentalité et l'accès à la procréation. Les lois établies par l'État posent les fondements juridiques pour encadrer et potentiellement limiter l'accès à la parentalité et à la procréation. Ces lois font l'objet de débats réguliers visant à étendre ou restreindre cet accès. Dans ce contexte, il m'a semblé essentiel de saisir les divers arguments entourant l'accès à la PMA, afin de mieux me positionner dans les débats et les défis à venir.

Ces considérations ont éveillé en moi le désir d'axer mon travail de diplôme sur l'accès à la PMA en Suisse, en posant comme question centrale : « **Faut-il élargir l'accès à la PMA en Suisse ?** » Existe-t-il des motifs valables justifiant un accès limité à l'assistance médicale à la procréation, ou devrions-nous l'ouvrir à toutes et tous ? Et par conséquent, est-ce que la loi actuelle sur la procréation médicalement assistée devrait être modifiée ? En effet, aujourd'hui, la situation légale de la PMA en Suisse est socialement très restrictive alors que les techniques de procréation médicalement assistées ont beaucoup évolué ces dernières décennies, créant ainsi de nouvelles possibilités, de nouvelles réalités mais aussi de nouvelles problématiques. En effet, la PMA bouleverse les relations sociales et familiales et ainsi potentiellement l'ordre public. C'est pourquoi l'Etat intervient en établissant un dispositif légal spécifique. A travers ce cadre législatif, l'Etat définit ce qu'est une famille ou le bien d'un enfant à naître. Il fixe des normes et détermine quelles pratiques sont éthiquement acceptables. Ces décisions peuvent restreindre ou élargir les droits en matière de procréation, c'est pourquoi il apparaît crucial de les comprendre tout comme les enjeux éthiques et politiques sous-jacents, ainsi que les valeurs et arguments qui justifient les limites actuelles. Ces restrictions sont-elles cohérentes avec les normes sociétales actuelles ?

Afin de répondre à ces questionnements, j'ai entrepris une première étape visant à dresser un panorama de l'accès à la PMA en Suisse, incluant tant les individus bénéficiant de cet accès que les techniques autorisées. De plus, j'ai situé le cadre législatif actuel dans son contexte historique et sociétal. Par la suite, j'ai exploré les enjeux politiques et éthiques liés aux restrictions de l'accès à la PMA, ouvrant ainsi la voie à une réflexion sur la nécessité d'élargir cet accès pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle. Les limites imposées par le format de ce travail ne me permettront pas d'explorer en profondeur toutes ces questions. Néanmoins, il vise à offrir une perspective globale des enjeux et arguments entourant l'accès à la PMA. Il fournit ainsi une base de référence susceptible de susciter des réflexions constructives en vue de développer des stratégies d'interventions en santé sexuelle, tant sur le plan des politiques sociales que de la promotion des droits sexuels, ainsi que dans le domaine du conseil en santé sexuelle. Ce travail, de nature descriptive et théorique, repose sur la consultation d'articles, de rapports et de cadres législatifs.

## **2. Etat des lieux de l'accès à la PMA en Suisse**

Avant de comprendre les enjeux liés à l'accès à la PMA en Suisse, il me semblait important de placer ces questions dans le contexte historique, sociétal et légal. Je vais en premier lieu présenter le contexte sociologique et son évolution ainsi que les chiffres actuels sur les familles suisses et sur la PMA. Puis, je vais détailler la loi sur la procréation médicalement assistée, ses principes et applications ainsi que les interdits et limites exprimés dans la loi. Ensuite, afin de comprendre le contenu de cette loi, il m'a semblé nécessaire de comprendre l'émergence et l'évolution de la loi jusqu'au contexte politique actuel.

### **2.1. Contexte sociétal et son évolution en lien avec la PMA**

Depuis les années 1960, le contrôle de la reproduction est devenu un enjeu de société à travers les revendications des femmes à disposer d'elles-mêmes et la liberté de ne pas procréer, amenée grâce à l'utilisation de la pilule contraceptive et la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse. Ces changements ont permis de dissocier la sexualité d'une finalité procréative.

Les avancées dans les techniques de PMA ont entraîné un changement significatif en offrant un traitement contre l'infertilité et en permettant la réalisation de projets parentaux en dehors de raisons médicales. Cela a suscité des revendications en faveur de la liberté de procréer. Ainsi, la procréation médicalement assistée a permis un changement supplémentaire en dissociant la sexualité de la procréation dite naturelle, brisant ainsi les normes traditionnelles, et rendant possible la scission entre la mère porteuse, la parenté génétique et sociale. Ces évolutions pourraient entraîner des modifications dans l'établissement de la filiation et une évolution des formes familiales socialement acceptées.

Selon le rapport statistique de 2021 de l'OFS sur les familles en Suisse, un tiers des ménages privés suisses, dont 74% sont mariés, ont des enfants de moins de 25 ans. Dans ces ménages avec enfants, 13% sont des ménages monoparentaux et 6% des familles recomposées et 0,1% sont des couples de même sexe. Le nombre de ménages avec enfants a fortement diminué depuis les années 1970, cependant celui des ménages monoparentaux a augmenté.

En Suisse, depuis 2018, l'adoption de l'enfant du ou de la partenaire est ouverte aux personnes liées par un partenariat ou vivant en union libre avec leur partenaire (de sexe différent ou de même sexe). Selon les statistiques de l'OFS de 2021, la population se montre relativement ouverte envers les couples de même sexe et l'homoparentalité. En effet, elle estime qu'ils devraient avoir les mêmes droits que les couples de sexes opposés et qu'un enfant peut aussi être heureux et s'épanouir s'il est élevé par un couple de même

sexe. L'attitude envers l'homoparentalité a beaucoup évolué ces dernières années, ce qui a permis d'entériner la loi sur le mariage pour tous.

L'OMS, dans un rapport de 2003, mentionne qu'il y a toujours plus d'infertilité dans le monde. En effet, une personne sur six, soit environ 15% à 20% des couples, sont dans l'incapacité de satisfaire leur désir d'enfants. L'infertilité sans cause connue et l'infertilité sociale (couple de même sexe) est de plus en plus courante. Selon les chiffres de l'OFS sur la famille de 2021, en Suisse en 2018, une femme sur dix âgées de 50 à 59 ans, a mentionné qu'elle ou son/sa partenaire avait déjà eu recours à un traitement pour avoir des enfants. Depuis les années 1970, l'indicateur conjoncturel de fécondité se situe aux alentours de 1,5 enfant par femme alors qu'en moyenne, les jeunes femmes et hommes souhaitent avoir 2,1 enfants, ce qui correspond au nombre nécessaire pour renouveler et maintenir une population constante. Il y a un écart entre le nombre d'enfants souhaités et le nombre de naissances. Les raisons de cette variation ont peu été étudiées mais pourraient s'expliquer par un nombre croissant d'infertilité et par des raisons sociologiques comme l'augmentation des femmes qui travaillent et étudient plus longtemps, ainsi que le nombre croissant de divorces et de ménages d'une seule personne. De plus, selon les chiffres de l'OFS dans « Naissances contrariées » de 2022, l'âge moyen auquel les femmes ont leur premier enfant augmente au fil des années. En 2020, en Suisse, il est de 31,1 ans pour les femmes et de 35,1 ans pour les hommes. Cette augmentation se voit aussi par l'âge auquel les couples recourent à une FIV (36,6 ans pour les femmes et 39,6 ans pour les hommes).

Les raisons qui motivent les couples à recourir à la FIV sont en 2020 de 35% pour stérilité masculine, 27% pour stérilité féminine et 13 % pour des raisons de stérilité des deux partenaires. Dans 11% des cas, aucune cause de stérilité n'a pu être identifiée et seulement 1% des cas visaient à éviter la transmission d'une maladie grave. Le pourcentage restant est pour d'autre cause d'infertilité. En 2020, en Suisse, 6237 couples ont eu recours à la FIV, contre 3500 en 2002. 2207 enfants sont nés vivant à la suite de ces traitements (dont 70 grâce au sperme d'un donneur). Cela correspond à 2,5% des naissances vivantes enregistrées dans le pays.

Ces quelques éléments permettent de comprendre qu'une profonde transformation des structures familiales et des modes de vie est en cours. Ils amènent à considérer la nécessité d'augmenter l'accès à la PMA en élargissant les personnes y ayant droit. Cela dans le but de lutter contre l'infertilité, augmenter le taux de natalité et mieux correspondre à l'évolution de la société, notamment aux formes plurielles des familles.

## 2.2. Loi sur la PMA, principes et applications

La loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) régit les procédures liées à la procréation médicalement assistée en Suisse. Cette loi, en vigueur depuis le 1er janvier 2001, a subi plusieurs révisions, la dernière en date étant en 2017.

Les principaux objectifs de la LPMA sont de protéger la dignité humaine, la personnalité et la famille, tout en évitant les abus de la biotechnologie et du génie génétique. Ainsi, l'accès à la procréation médicalement assistée est autorisé pour remédier à l'infertilité ou lorsque le risque de transmettre une maladie grave à la descendance ne peut être écarté.

Un principe fondamental de la LPMA est le bien de l'enfant. La procréation médicalement assistée est subordonnée à l'intérêt supérieur de l'enfant. De là découlent d'autres principes qui délimitent l'accès à la PMA, tels que la réserve de cette méthode aux couples capables d'établir un lien de filiation avec l'enfant et aptes à l'élever jusqu'à sa majorité. De plus, le don de sperme est autorisé uniquement pour les couples mariés, qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels, car le lien de filiation de l'époux ou de l'épouse vis-à-vis de l'enfant se fait à travers le mariage.

La LPMA garantit également le droit de l'enfant à connaître ses origines. Les enfants conçus par don de sperme ont accès, à leur majorité, à des informations sur l'identité du donneur et son apparence physique, qui sont conservées dans un registre. Depuis 2001, les naissances d'enfants conçus avec l'aide de don de sperme doivent être déclarées par les médecins.

La loi établit des règles strictes concernant le don de sperme, interdisant toute rémunération et limitant le nombre d'enfants issus du même donneur à huit. Le choix du donneur de sperme est basé sur des critères de ressemblance physique et de groupe sanguin.

La LPMA établit encore d'autres règles, comme celle de permettre à toute personne de conserver ses gamètes (ovules, spermatozoïdes) à titre préventif pour une durée maximale de 10 ans, afin de préserver sa fertilité. Cette conservation peut être réalisée pour des raisons médicales ou sociales, telles que le "social freezing", qui permet de conserver sa fertilité malgré le passage du temps dans le but de maintenir une liberté reproductive. Cette préservation est autorisée uniquement pour une utilisation ultérieure propre à la même personne. La conservation d'embryons est également permise, dans une durée de 5 ans, renouvelable pour 5 ans supplémentaires, en vue d'un transfert ultérieur pour le même couple.

La LPMA stipule que le consentement du couple doit être donné par écrit. De plus, une information complète sur les causes de la stérilité, les implications psychologiques et physiques, les risques, les aspects financiers et juridiques, ainsi que les méthodes employées, doit être fournie à chaque individu. Par ailleurs,



une assistance psychologique doit être proposée avant, pendant et après les traitements de procréation médicalement assistée.

La loi a créé une Commission nationale d'éthique (CNE) chargée de suivre l'évolution des techniques de procréation médicale humaine, de donner des avis éthiques sur les questions sociales, scientifiques et juridiques qui en découlent, d'élaborer des directives, de signaler les lacunes de la législation et de promouvoir la discussion sur les questions éthiques au sein de la société.

### **2.3. Limites et interdits dans la LPMA**

Les personnes qui n'offrent pas la garantie de pouvoir s'occuper de l'enfant et de l'élever jusqu'à sa majorité, en raison de leur âge, n'ont pas accès à la procréation médicalement assistée.

Pour bénéficier d'un don de sperme, il est exigé que le couple, de même sexe ou de sexe différent, soit marié. Cette obligation permet de régler les problèmes liés à la filiation de l'enfant, puisqu'elle est effective à travers le mariage. Ce qui exclut les femmes seules ou les couples non mariés.

Contrairement au don de spermes, le don d'ovules ou le don d'embryons sont interdits en Suisse, tout comme la maternité de substitution. Ces interdits excluent de la PMA les femmes qui n'ont pas d'ovules viables ou des problèmes liés à l'utérus ainsi que les couples homosexuels masculins qui auraient besoin d'un don d'ovules et d'un don de gestation.

Dans la constitution fédérale (Art.119, al 2 d et e), le don d'embryons et la maternité de substitution sont interdits, mais il n'est pas stipulé que le don d'ovules est interdit. La LPMA va au-delà des exigences constitutionnelles. L'autorisation du don d'ovules pourrait donc se faire seulement par un changement de la LPMA, au contraire des deux autres qui impliqueraient un changement de la constitution.

D'autres interdits sont aussi énumérés afin d'éviter des dérives eugénistes, point que je ne vais pas développer dans mon travail. Je mentionne ici simplement que le clonage, la création de chimères ou d'hybrides, la sélection du sexe pour raisons non médicales, les interventions altérant le patrimoine génétique des gamètes ou embryons, le développement d'embryons dans le but de la recherche, la réalisation d'embryons in vitro pour d'autres raisons que d'obtenir une grossesse, sont interdits.

### **2.4. Législations internationales**

La comparaison internationale montre que les réglementations concernant la PMA sont très diverses d'un pays à l'autre, autant sur son admissibilité que sur ses conditions d'application sans logiques médicales ou scientifiques. Elles découlent des convictions politiques et des visions dominantes propres à chaque pays ainsi qu'à leur contexte culturel et historique. Je ne fais pas, ici, la liste exhaustive et détaillée des

différentes législations internationales, mais je donne quelques exemples, afin de mieux situer la législation Suisse.

En Europe, il est possible d'observer une tendance à ouvrir la PMA aux personnes célibataires et aux couples de même sexe. En France, une femme célibataire a accès à la PMA.

Concernant le don d'ovules, la Suisse et l'Allemagne restent les deux seuls pays européens à ne pas l'avoir légalisé. L'Italie l'a autorisé en 2015. En Belgique, le don d'ovules et d'embryons sont accessibles pour les couples homosexuels féminins et les femmes célibataires. Au Danemark, au Royaume-Uni et au Portugal, le don d'ovules et d'embryons sont autorisés. En Espagne et en Finlande, cela l'est seulement pour les couples de sexes opposés. La Suède autorise le don d'ovules mais interdit le don d'embryons. Certains pays comme l'Irlande et la Pologne n'ont pas de réglementation sur le don d'ovules.

À propos de la gestation pour autrui (GPA), il existe trois catégories de législation. Certains pays, comme la Suisse, interdisent totalement la GPA. L'Allemagne, l'Espagne, la France et l'Italie ne reconnaissent pas à la mère d'intention le statut légal de mère. La mère juridiquement reconnue est la mère porteuse. D'autres ne l'ont pas interdit sans pour autant définir un cadre légal. Les contrats de GPA n'étant pas juridiquement reconnus et une insécurité juridique est présente pour tous les protagonistes. Parfois la filiation peut se faire à travers les règles de l'adoption. C'est le cas notamment en Argentine, en Belgique ou au Danemark. Enfin, les pays qui ont légalisé la GPA médicalement (les Pays-Bas) et ceux qui ont également réglementé les conséquences civiles sur l'établissement du lien de filiation, avec des réglementations qui varient au sujet des personnes ayant droit d'accéder à la GPA, ce sont : le Canada, les Etats-Unis, la Grèce, l'Inde, Israël, le Portugal, le Royaume-Uni et l'Ukraine. Néanmoins, le nombre de pays à réglementer la GPA augmente de plus en plus.

## **2.5. Historique de l'établissement de la LPMA**

En 1985 est né en Suisse, le premier « bébé-éprouvette ». Cette naissance n'a pas suscité de volonté au niveau fédéral de réguler ces nouvelles techniques de procréations. Cependant, une phase d'expérimentation et d'autorégulation des médecins a eu lieu avec certaines régulations cantonales. Le débat est devenu national lors du lancement, en 1987, d'une initiative de l'organisation de protection des consommateurs *Der Schweizerische Beobachter* intitulée « contre l'application abusive des techniques de reproduction et de manipulation génétique de l'espèce humaine ». Le contexte sociopolitique vis-à-vis de la PMA était alors déjà très sceptique face à sa légitimité. Cette initiative voulait se prémunir des abus potentiels car ces technologies pouvaient mettre en danger la dignité de l'embryon et le respect de la

structure familiale traditionnelle, seul garant du bien-être de l'enfant. Ils voyaient donc la PMA légitime que pour les couples hétérosexuels mariés. Ce mouvement a été soutenu par les milieux catholiques, le mouvement pro-life (pour protéger l'embryon), des associations féministes (pour lutter contre l'instrumentalisation du corps de la femme) et soutenu par deux classes politiques (les verts et les socialistes).

En réponse à cette initiative, en 1992, les cantons et le peuple ont accepté à une large majorité l'article 119 de la constitution fédérale sur la procréation médicalement assistée et le génie génétique dans le domaine humain. Ce cadre législatif est l'un des plus restrictifs en Europe et fait l'amalgame entre les techniques de PMA et le génie génétique appliqué aux pratiques médicales. Les techniques de PMA ont engendré de l'inquiétude puisqu'elles ouvraient la possibilité à des applications dans le domaine du génie génétique et pouvait amener à des mécanismes de contrôle abusifs de la fécondité féminine.

Deux initiatives ont suivi, en 1992, celle intitulée « Pour la protection de l'être humain contre les techniques de reproduction artificielle (Initiative pour une procréation respectant la dignité humaine) » et, en 1993, celle intitulée « pour la protection de la vie et de l'environnement contre les manipulations génétiques (Initiative pour la protection génétique) ». Les deux ont été rejetées en 1998, car elles visaient entre autres à interdire toute conception hors du corps de la femme et de recourir à des gamètes de tiers pour la procréation médicalement assistée. Suite à ces initiatives, les débats public et parlementaires se sont focalisés sur le risque d'abus du développement technologique. Cela a amené le Conseil fédéral à élaborer contre-projet indirect aux initiatives, se voulant plus modéré. Le projet de loi s'est voulu volontairement restrictif en limitant certaines formes de PMA, en se centrant sur une naturalisation des nouvelles techniques reproductives fondée sur la différenciation des rôles maternels et paternels. Le but était de protéger et respecter la vie et la dignité humaine, le bien de l'enfant et la personnalité de la famille tout en évitant une interdiction générale des méthodes de PMA et ainsi amener une image plus positive de la médecine reproductive. Par exemple, le don d'ovocytes a été interdit afin de préserver l'unicité de la fonction maternelle. Les médecins ont combattu ce projet de loi en dénonçant une inégalité de traitement entre hommes et femmes. Le contre-projet a été accepté par la population et il en a découlé la loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA), acceptée le 18 décembre 1998 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001.

Depuis, la perception de la population des dangers à l'égard de la procréation médicalement assistée a évolué. Les découvertes scientifiques et les évolutions sociologiques ont amené à des révisions de la LPMA, la dernière datant de 2017, qui autorise le diagnostic préimplantatoire. Celui-ci permet d'empêcher

la transmission de maladies graves et d'identifier les embryons offrant la meilleure chance de grossesse et, ainsi, transférer un seul embryon diminuant les grossesses multiples. Depuis 2017, la conservation des embryons est aussi autorisée, dans le seul but de la procréation.

Un autre grand changement a eu lieu en 2022, suite à l'entrée en vigueur de la « loi sur le mariage pour tous », nécessitant une révision du Code Civile Suisse. Il a aussi entraîné des modifications de la LPMA et de son ordonnance (OPMA). Elle ouvre ainsi la possibilité aux couples de femmes mariées de recourir au don de sperme tout en garantissant à l'enfant le droit de connaître l'identité du donneur. Si l'enfant est conçu grâce à un don de sperme conformément aux dispositions de la LPMA, l'épouse de la mère sera automatiquement reconnue comme la (deuxième) mère de l'enfant.

Cette modification constitue une avancée majeure atténuant l'inégalité dans l'accès à la procréation médicalement assistée en Suisse puisqu'elle tient compte des évolutions familiales et offre une reconnaissance des différentes formes de parentalité et une redéfinition de la famille légitime. Cela a provoqué un changement des normes liées à la PMA et, par conséquent, celle-ci n'est plus acceptée pour répondre uniquement à une pathologie, mais aussi pour satisfaire à un désir d'enfant, à un projet parental. Cette ouverture entraîne d'autres questionnements et fait apparaître d'autres inégalités ou discriminations. Par exemple, le don de sperme est accessible qu'aux couples mariés. Les femmes célibataires ou non mariées ne peuvent donc pas y avoir recours. Les personnes modestes, les couples d'hommes et les personnes transsexuelles restent encore défavorisés quant à l'accès à la PMA. Ces restrictions au détriment de certains couples ou individus sont de plus en plus controversées, vues comme discriminatoires et souvent jugées comme n'étant plus d'actualité. Il semble impossible de légiférer sur ces questions, une fois pour toutes, et la loi semble devoir se réinventer constamment.

## **2.6. État des lieux du débat actuel sur l'accès à la PMA**

Des activités parlementaires relatives au don d'ovules, au remboursement de la FIV ou à la maternité de substitution sont de plus en plus fréquentes ces dernières années. Le contexte politique actuel semble favorable à l'autorisation du don d'ovules après plus de 10 ans de discussions (initiatives de Neirynek ou de Christ, diverses motions et interpellations).

La motion de la Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national (CSEC-N) « Réaliser le désir d'enfant. Légaliser le don d'ovules », de 2022, fait suite à l'initiative parlementaire Christ 21.421, s'est prononcée en faveur d'une légalisation du don d'ovules. Elle propose de l'autoriser uniquement pour les couples mariés, comme c'est le cas pour le don de sperme, et seulement si une

infertilité est constatée chez la femme, afin de correspondre à l'esprit de la LPMA actuelle. Ceci exclut l'ouverture à la gestation pour autrui. Elle charge aussi le Conseil fédéral de créer les bases légales et de définir les conditions cadres pour le don d'ovules. Le 17 mars 2022, le Conseil national a adopté cette motion. Le 13 septembre 2022, le Conseil des Etats s'est aussi exprimé en faveur de l'autorisation du don d'ovules. La Commission nationale d'éthique, dans sa prise de position sur le don d'ovules (2022, n.41), salue cette avancée, pour laquelle elle s'était déjà prononcée en 2013. Elle est d'avis que le don d'ovules devrait être autorisé pour les couples hétérosexuels ou homosexuels, mariés ou non.

Le Conseil fédéral reconnaît que certains interdits méritent d'être réévalués au regard des évolutions technologiques et sociétales, mais attend 2023 pour une évaluation globale de la loi. Les conclusions qui en découleront pourront servir de base pour réviser la loi.

### **3. Enjeux liés à l'accès à la PMA**

La LPMA met en avant dans ses textes des valeurs qui ont une force normative et demande d'être protégées, comme : la dignité humaine, la personnalité, la famille, la société, le bien de l'enfant et le naturel. Ces valeurs justifient, aux yeux de la loi, ses limitations et ses interdits et conditionnent sa structure et ses orientations. Ces valeurs m'ont semblé intéressantes à questionner pour comprendre les différents enjeux politiques ou éthiques liés à l'accès à la PMA.

Les enjeux éthiques impliquent des considérations individuelles ou collectives sur ce qui est juste ou injuste, bon ou mauvais et sur des valeurs morales. On peut réfléchir aux enjeux éthiques selon des normes culturelles, sociétales ou selon des principes universels comme le respect de la dignité humaine, l'équité, la bienveillance ou la responsabilité, afin d'avoir une base pour savoir comment agir.

Les enjeux politiques s'intéressent aux questions liées aux choix politiques, à la gouvernance et aux décisions collectives qui affectent la société dans son ensemble. Ils amènent des débats sur les politiques publics, les droits et libertés, la distribution des ressources. Finalement, ces enjeux sont interconnectés et dépendants les uns des autres. Car chaque personne ou groupes de réflexion possède sa propre échelle d'admissibilité suivant un raisonnement basé sur ses croyances, ses valeurs et sa vision du monde. Les opinions concernant la PMA abondent sur le bien de l'enfant à naître, la souffrance des couples infertiles, la protection de l'être humain, la liberté, l'autonomie, les dérives possibles, etc. L'Etat, pour décider et évaluer le bienfondé d'une loi tient compte de ces divergences dans les intérêts et perspectives pour trancher lors de dilemmes. Les choix politiques basés sur l'éthique, impliquent d'avoir des connaissances

en la matière (médicales, sociologiques, scientifiques, psychologiques et sur les expériences à l'international) tout en tenant compte des évolutions sociétales et technologiques.

Afin de comprendre les enjeux dans l'accès à la PMA et les valeurs qui les sous-tendent, j'ai exploré plusieurs arguments présentés ci-dessous, sans chercher à séparer ceux qui relèvent de l'éthique ou de la politique, car souvent, ils sont entremêlés. J'ai donc conçu mon travail en questionnant et évaluant les questions éthiques, ainsi que les normes et les valeurs, pour arriver à une évaluation du cadre législatif actuel.

### **3.1. L'argument du droit : droit procréatif et liberté individuelle**

L'article 119 de la Constitution fédérale garantit la protection de la dignité humaine et de la personnalité, notamment dans le cadre de la PMA. La dignité humaine est essentielle pour préserver à la fois l'humanité en général et les droits individuels, en évitant toute instrumentalisation de l'être humain.

Sur le plan juridique, la dignité humaine est protégée et liée à la liberté personnelle, établissant ainsi un cadre pour la régulation de la PMA. Les opposants à la PMA invoquent la dignité humaine pour protéger les personnes vulnérables, les embryons, le corps des femmes et pour éviter la commercialisation des gamètes. Les partisans, quant à eux, estiment que la dignité humaine implique de respecter l'autonomie des individus, qui est valable si leur consentement est donné de manière libre et éclairée.

La protection de la personnalité, relevant de la liberté personnelle, favorise l'épanouissement des personnes. Cette liberté englobe d'autres droits en lien avec la PMA, tels que la liberté de choix, le respect de la vie privée et familiale, le désir d'avoir des enfants, la liberté de procréer, le droit à l'intégrité physique et psychique, ainsi que la liberté d'accéder aux informations relatives à son ascendance.

Par ailleurs, le droit de fonder une famille est consacré par l'article 9 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui s'inspire également de l'article 12 de la Convention européenne des droits de l'homme et de l'article 16 de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Il est également reconnu dans les droits sexuels de l'IPPF, notamment dans l'article 9, p.14 : « Le droit de se marier ou non et de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment ». Par conséquent, toute personne peut avoir accès aux technologies et aux traitements liés à la reproduction et aux conseils et services relatifs à l'infécondité, indépendamment de sa situation familiale, dans un contexte non discriminatoire et en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant. Dans les droits de l'IPPF, il est également expliqué que toutes personnes doivent avoir accès à la santé sexuelle, aux informations et

conseils pour pouvoir prendre des décisions éclairées et autonomes, aux services du système de santé et que l'Etat est en charge de garantir l'accès à la santé sexuelle sans discriminations ni entraves.

En examinant ces cadres législatifs, nous pourrions comprendre qu'ils légifèrent sur le recours aux méthodes de procréation médicalement assistée. Mais le droit de fonder une famille ne s'applique pas de la même manière à tout le monde. Il n'y a pas de droit à l'enfant, ni de droit à un enfant en bonne santé mais plutôt une liberté de procréer.

Dans nos sociétés démocratiques, le concept de liberté joue un rôle central, notamment en ce qui concerne la liberté de procréation. On peut considérer cette liberté selon deux conceptions différentes. La première est la liberté négative, qui implique l'absence d'entraves et la possibilité de décider sans pressions, obstacles ou contraintes, avec une non-ingérence de l'État, tant que cela n'affecte pas autrui. En matière de procréation, l'État reconnaît cette liberté négative, permettant à chaque individu de décider de sa vie sexuelle et, dans les limites légales, de choisir une interruption de grossesse. La deuxième conception est celle de la liberté positive, qui indique qu'être libre exige que des conditions supplémentaires soient réunies. Ainsi, l'État doit mettre à disposition les moyens permettant aux individus d'exercer leur autonomie. Dans le domaine de la procréation, cela signifie que l'État devrait fournir une assistance médicale pour soutenir les projets parentaux de procréation, en offrant les moyens et les conditions nécessaires. Cependant, si un tel droit à des prestations était reconnu, il soulèverait des enjeux économiques, car l'État devrait alors prendre en charge les coûts. Si un droit à l'accès aux prestations est reconnu mais que certains individus ne peuvent pas y accéder pour des raisons financières, cela risquerait d'être inefficace.

Il est alors possible de se demander s'il existe un droit à une assistance médicale en matière de procréation, et si oui, dans quelle mesure et pour qui ? Selon la liberté positive, l'État devrait d'un côté mettre à disposition des unités de médecine de la reproduction dans les hôpitaux publics et offrir un service gratuit. D'un autre côté, selon la liberté négative, chaque individu devrait pouvoir bénéficier de ces prestations sans entraves, y compris les personnes seules ou les couples homosexuels. Cependant, une interdiction absolue pour certaines personnes ne semble pas justifiée. Or, la complexité de certaines situations impliquant l'intervention de tiers tels que des médecins ou des donneurs, soulève des enjeux éthiques et peut entraîner des limites à cet accès universel.

Le Tribunal fédéral a statué sur cette question (ATF 119 Ia478) reconnaissant que le désir d'enfant est une manifestation fondamentale du développement de la personnalité et qu'interdire de manière absolue toute méthode de PMA serait trop restrictif. Mais soumettre certaines conditions aux méthodes de PMA ne porte

pas atteinte à la liberté personnelle. En effet, le désir d'avoir des enfants est protégé par la Constitution fédérale et la CEDH, considéré comme un besoin élémentaire du développement personnel et de la vie privée. Le droit soutient cette liberté personnelle, qui peut s'étendre à un droit d'accès dans les cas de stérilité ou de risques d'atteintes génétiques graves. Cela soulève les questions suivantes : est-ce que cette liberté d'accès doit être restreinte à ces seules circonstances ? La loi sur la PMA n'est-elle pas en conflit avec cette liberté personnelle ?

Il est important de souligner que le droit constitutionnel à la liberté personnelle ne confère pas un droit d'accès et encore moins un droit à l'enfant. L'accès aux méthodes de procréation médicalement assistée est régi par l'État et peut varier selon les législations. Les États disposent d'une marge d'appréciation pour déterminer quand une atteinte à un droit fondamental est nécessaire, sous réserve que cette ingérence soit prévue par la loi et qu'elle soit jugée nécessaire dans une société démocratique pour des motifs tels que la sécurité nationale, la sûreté publique, le bien-être économique du pays, la défense de l'ordre, la prévention des infractions pénales, la protection de la santé ou de la morale, ou encore la sauvegarde des droits et libertés d'autrui. Cette appréciation englobe des enjeux éthiques liés aux normes sociétales, culturelles et idéologiques. Le droit évolue en fonction des revendications sociétales et de l'évolution des normes. Les limites de la législation sur la liberté de fonder une famille ou l'accès à la PMA peuvent être réévaluées en fonction des choix politiques. Il est donc essentiel d'examiner d'autres arguments pour justifier les limitations fixées par la législation.

Marie Gaille (2011), dans son ouvrage "Le désir d'enfant, histoire intime, enjeu politique", présente une perspective alternative sur la légitimité des droits reproductifs et du désir d'enfant, en mettant l'accent sur la solidarité procréative. Plutôt que de se focaliser sur l'accès à la PMA du point de vue de la liberté de procréer, qui peut susciter différentes visions, elle propose de réfléchir à la notion d'aide et de soutien dans la réalisation du désir d'enfant. Selon elle, la solidarité procréative implique d'accorder ou non une assistance médicale à la procréation en fonction du désir d'enfant, tout en reconnaissant que pour de nombreuses personnes, ce désir est un élément fondamental de leur épanouissement personnel. Il mérite donc d'être soutenu et favorisé par une société équitable. Cette approche ne repose pas sur l'intérêt de l'État à perpétuer la société, mais sur la légitimité du désir d'enfant en tant qu'aspect essentiel de la réalisation individuelle. Si la solidarité procréative est reconnue, la question qui se pose est de savoir comment offrir les meilleures conditions pour réaliser ce désir, que ce soit sur le plan médical, technologique, juridique ou financier. En examinant différents arguments, Marie Gaille conclut que seul l'argument économique semble valable pour limiter cette solidarité reproductive qui peut être restreinte en fonction d'une décision



collective au regard de la répartition des dépenses solidaires. Ce choix de dépenses permettrait de limiter la solidarité procréative sans remettre en question son bien-fondé. Il pourrait aussi être fait selon le taux de chance de réussite face aux moyens financiers nécessaires pour y parvenir.

En conclusion, la PMA est encadrée par des principes de dignité humaine, de liberté personnelle et de solidarité procréative. La législation doit trouver un équilibre entre ces valeurs tout en considérant les besoins et les droits des individus et de la société dans son ensemble. La liberté de procréation est un sujet complexe qui soulève des questions éthiques et sociales importantes et demande d'explorer d'autres arguments.

### **3.2. L'argument économique**

L'assurance maladie de base couvre les prestations médicales qui répondent aux exigences de scientificité, d'adéquation, d'efficacité et de rentabilité.

En Suisse, l'assurance maladie ne rembourse que les frais liés au diagnostic, la stimulation ovarienne pendant une année et trois inséminations par grossesse. La Suisse est l'un des seuls pays qui ne rembourse pas toutes les inséminations nécessaires à la garantie d'une viabilité de grossesse. Les coûts liés à la fécondation in vitro (FIV), qui peuvent se monter à près de 8'000 francs, à l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) ainsi qu'au transfert d'embryons ne sont pas remboursés. En France, 5 inséminations sont remboursées, nombre que les spécialistes estiment nécessaire. La première FIV est donc entièrement remboursée.

Ces coûts conséquents, augmentent les inégalités d'accès. De plus, il faut ajouter des frais indirects comme les déplacements ou les congés non payés pour se rendre aux multiples rendez-vous. De ce fait, seules les personnes ayant suffisamment de moyens peuvent accéder aux traitements de PMA. La pression financière amène aussi du stress aux sein des couples et impacte, leur vie quotidienne. Il en résulte un endettement qui peut affecter le succès du traitement. En effet, il se pourrait que pour des raisons financières, le début du traitement doive être repoussé. Or souvent, le temps est en jeu puisque la baisse de la fécondité est liée à l'âge, et que le parcours est souvent déjà long avant d'arriver à une FIV. De plus, à partir de 40 ans, une femme ne peut plus obtenir la prise en charge des examens de fertilité par l'assurance maladie. Ceci est discutable, car fréquemment, une femme de 40 ans peut encore procréer naturellement.

Mitter (2021) présente des études qui ont montré que les pays soutenant financièrement la procréation médicalement assistée permettaient qu'elle soit plus usuelle avec un meilleur contrôle des risques.

Malgré une ouverture à la PMA aux couples de femmes homosexuelles, la LAMal provoque des inégalités de traitement. Elle ne rembourse que les prestations liées à une pathologie ce qui exclut l'infertilité sociale et les inséminations aux couples de femmes. Je constate une discrimination face à l'accès à la PMA liée aux moyens financiers et à l'orientation sexuelle.

Ces informations m'amènent à penser qu'il faudrait élargir les conditions de prise en charge de la procréation médicalement assistée par l'assurance obligatoire des soins. Un autre argument en ce sens est le faible taux de natalité actuel et le vieillissement de la population. Ces phénomènes contribuent à une réduction du nombre des assurés actifs en mesure de financer l'assurance maladie obligatoire. Il y a là aussi un impératif économique. Or, grâce au développement des technologies médicales, nous devrions être en mesure de remédier en partie au nombre grandissant des problèmes de fertilité. Ce choix appartient aux politiques qui doivent définir quelles dépenses publiques sont à prioriser et si l'accès à la PMA est un enjeu de politique sociale.

### **3.3. La mobilité reproductive transnationale**

La Suisse, en comparaison d'autres pays européens, a une loi très restrictive concernant autant les techniques autorisées que l'accès des personnes à la PMA. Les coûts de la PMA en Suisse sont aussi souvent plus élevés qu'à l'étranger et peu de traitements sont remboursés par l'assurance maladie de base. Cette situation amène certaines personnes à chercher à répondre à leur désir d'enfant dans des pays voisins. On parle de mobilité ou de soins reproductifs transfrontaliers. Le terme de tourisme reproductif ou procréatif est souvent employé mais à une connotation négative et peut stigmatiser les personnes concernées. En effet, elles ne vont pas à l'étranger pour faire du tourisme mais pour pouvoir répondre à leur désir de fonder une famille souvent après un long parcours et n'ayant plus d'autres solutions.

Une étude réalisée en 2021 par l'Université de Berne, sur mandat de l'OFSP, mentionne que 516 cas de personnes ou de couples habitant en Suisse ont voyagé à l'étranger en 2019 dans le but de recourir à un procédé de reproduction (FIV, don d'ovules, don de sperme ou maternité de substitution). La procédure la plus utilisée, notamment en Espagne, est le don d'ovules. La plupart des personnes étaient en couple hétérosexuels et âgées de 35 à 44 ans. Cette étude dit aussi qu'il manque beaucoup de données en la matière et que ses résultats sont approximatifs.

Mais cette mobilité reproductive transfrontalière existe et continuera d'exister tant que chez nous certaines techniques seront interdites et cela génère plusieurs difficultés.

Premièrement, elle amène des situations parfois juridiquement insolubles dans le pays d'origine, par exemple pour la filiation des enfants nés à l'étranger par le biais d'une mère porteuse. Le droit suisse ne reconnaît pas les contrats de filiation ou les actes de naissance établis à l'étranger. La mère d'intention n'est donc pas reconnue comme la mère juridique. Ces situations contribuent à stigmatiser et engendrent de l'insécurité pour les enfants qui ne sont pas inscrits dans des configurations familiales juridiquement reconnues. De plus, l'enfant n'a parfois pas accès aux données sur ses origines compte tenu de l'anonymat du don. Or, notre constitution reconnaît cet accès comme nécessaire pour le bien de l'enfant.

Deuxièmement, des thérapies plus risquées peuvent être proposées à l'étranger, comme : des diagnostics plus invasifs, le transfert de plusieurs embryons amenant potentiellement à une grossesse multiple ou encore des limites liées à l'âge pour accéder au traitement plus souple qui génèrent une grossesse tardive. Par conséquent, il y a plus de risques durant la grossesse et à la naissance avec d'éventuelles conséquences à long terme sur la santé de la femme ou de l'enfant.

Troisièmement, même si les dons d'ovules et d'embryons sont interdits en Suisse, le suivi de la grossesse peut se dérouler légalement en terre helvétique, ce qui permet d'offrir un suivi médical et de procurer les informations relatives. Les conséquences des traitements sont à prendre en compte ici ainsi que les frais des suivis qui sont assumés par le contribuable.

Dernier point, la dimension commerciale de la PMA peut amener beaucoup de dérives, car il existe un réel marché globalisé. En effet, en créant dans certains pays des marchés de la gestation fondée sur une logique capitaliste au détriment des plus vulnérables, cela aboutit à des inégalités sociales ou raciales. En suivant la loi du marché, possible grâce à l'absence de réglementations étatiques, certains centres de fertilité ou médecins peuvent chercher à s'enrichir en exploitant la souffrance des personnes prêtes à avoir un enfant à tout prix. Les intérêts économiques des cliniques pourraient l'emporter sur les intérêts éthiques, pour la donneuse par exemple, surtout si la demande d'ovules est supérieure à l'offre. De nouvelles injustices et inégalités peuvent être perçues, en particulier pour la femme qui peut devenir une marchandise dont le corps est instrumentalisé à des fins commerciales.

Cette mobilité reproductive transnationale ne justifie pas à elle seule de modifier notre loi, mais soulève la question non seulement de l'adéquation de la LPMA aux évolutions sociales actuelles mais aussi de savoir si les critères permettant l'accès aux méthodes de PMA sont légitimes au regard de ce qui se fait au niveau international. Les expériences faites dans d'autres pays nous permettent de bénéficier d'un certain recul qui nourrissent la réflexion. Légaliser certaines pratiques de PMA en Suisse permettrait de limiter la mobilité reproductive, de mieux pouvoir contrôler les dérives et abus, d'édicter des règles acceptables au

regard de notre société et de notre loi et d'assurer une médecine de qualité, sans laisser les problèmes être gérés par d'autres pays.

### **3.4. L'argument de la commercialisation**

Les risques liés au marché de la procréation à l'étranger ont été abordé précédemment. Ces mêmes problématiques peuvent également être dénoncées dans notre pays si le don d'ovules, le don d'embryons et la gestation pour autrui sont autorisés. Parmi les enjeux, on retrouve le danger de production abusive d'embryons surnuméraires et de commercialisation internationale. Pour éviter tout gaspillage, il serait possible d'utiliser les ovules déjà cryoconservés pour lesquelles un projet parental n'est plus envisageable. L'article 119 de la constitution interdit tout commerce de cellules germinales humaines, car cela est considéré comme incompatible avec la dignité humaine. Maintenir le principe de la gratuité du don dans nos législations est essentiel pour éviter toute commercialisation ou instrumentalisation du corps des femmes, ainsi que toute incitation au don pour des raisons financières ou dans le cadre d'un travail procréatif. Fixer un maximum de dons possibles par personne pourrait également prévenir une forme d'exploitation. Cependant, il pourrait être envisagé une forme de compensation pour les frais médicaux, de déplacements et de perte de gain, mais cela nécessiterait une réglementation claire avec un montant d'indemnisation maximal pour éviter les abus.

La maternité de substitution est souvent contestée au nom du respect de la dignité humaine, en s'opposant à toute forme d'asservissement, d'exploitation ou de domination. Cependant, il est important de prendre en compte la liberté de choix et l'autonomie de la personne concernée. En plus d'un cadre strict sur la réglementation de l'indemnisation, il est primordial de veiller au consentement libre et éclairé du donneur, afin de garantir le caractère altruiste et autonome du don (de gestation, d'ovules ou d'embryons) comme c'est déjà le cas pour le don de sperme.

Une possible instrumentalisation de l'enfant à naître est souvent dénoncé, considéré comme une marchandise. Plutôt que d'interdire totalement ces pratiques, une approche similaire à celle utilisée pour l'adoption pourrait être envisagée, en créant une convention internationale qui permettrait de se prémunir de ce risque.

Ainsi, des cadres législatifs sont nécessaires pour prévenir toute commercialisation et instrumentalisation, mais cela peut être réalisé en mettant en place des réglementations appropriées, à l'image de ce qui se fait déjà dans d'autres pays. Une interdiction absolue ne semble donc pas justifiée.

### 3.5. L'argument juridique, la filiation :

Le droit de filiation suisse est basé sur le principe traditionnel "mater semper certa est" qui établit que la mère est toujours connue et, par conséquent, est juridiquement reconnue comme telle au moment de l'accouchement. De plus, ce droit permet au père d'établir sa filiation par le mariage. Il en est de même pour les couples homosexuels féminins. Cette approche lie la parentalité originelle au mariage, dans le but de protéger légalement les enfants en cas de décès d'un parent. C'est pour cette raison que le mariage est actuellement exigé pour recourir à un don de sperme. Cependant, il est essentiel de noter que le mariage ne garantit pas nécessairement la stabilité ou le bien-être de l'enfant puisque des couples non mariés peuvent également offrir un environnement stable.

Envisager l'élargissement de notre système de filiation pour inclure le don d'ovules ou d'embryons est possible. Or, l'idée que l'on sait toujours qui est la mère, mais pas le père, représente un obstacle pour certains opposants à cette ouverture. Cela contribue à empêcher l'autorisation du don d'ovules et d'embryons, même si cela ne nécessiterait pas de modifier notre droit de filiation. La mère d'intention deviendrait la mère juridique par le biais de l'accouchement, sans être la mère biologique.

La maternité de substitution accentue davantage cette scission en permettant à la mère qui a donné naissance de ne pas être la mère d'intention et n'est ainsi pas reconnu dans notre droit de filiation. Ces méthodes de procréation médicalement assistée s'écartent des liens familiaux traditionnels que la nature rend possible et sont donc difficilement acceptées. Pourtant, l'adoption prouve que les parents peuvent le devenir sans lien biologique ou de gestation, parce que la loi désigne les parents légitimes indépendamment de tout lien biologique ou de naissance. Être reconnu légalement comme parent est donc davantage un choix culturel que naturel.

Si l'on envisageait d'accepter le don de gestation ou le don de gamètes pour un couple non marié ou une personne célibataire, cela nécessiterait un changement majeur du droit de filiation et serait un choix politique important. On pourrait ainsi opter pour une filiation basée sur l'engagement parental plutôt que sur des liens biologiques ou de naissance.

Ces situations constituent des points névralgiques puisque plusieurs protagonistes à la conception de l'enfant sont présents. Entre les parents d'intention, les parents biologiques et la mère de gestation, jusqu'à cinq personnes peuvent être associées à la naissance d'un enfant. Il est dès lors important, à travers le droit, de protéger chaque acteur, en édictant clairement qui est juridiquement responsable de l'enfant sans que cela ne puisse être contesté, et tout en faisant exister les parents biologiques ou la mère de gestation.

L'enfant pourra ainsi grandir dans un cadre juridiquement sûr et avoir accès à la connaissance de ses origines.

Selon la CNE, 2022, « La recherche en psychologie et en science sociales a montré (Büchler & Ryser, 2009 ; Simoni, 2012) qu'indépendamment du mode d'attribution juridique de la filiation, la connaissance de ses origines génétiques constitue pour un enfant une condition essentielle à la recherche de son identité et à l'épanouissement de sa personnalité » (p.25). Ce droit aux informations sur ses origines a été reconnu pour contribuer au bien de l'enfant, afin qu'il puisse reconstituer l'ensemble de son histoire. Notre législation n'autorise pas le don anonyme et permet de ce fait à l'enfant, d'avoir recours à ces informations à travers un registre.

Simoni (2012) explique que l'information sur ses origines ne nuit pas à l'enfant ou à la relation avec ses parents mais qu'une révélation, par des tiers, fortuite et non planifiée, est source de stress et de déception pour ce dernier. Cela pose cependant la question du dévoilement. Par qui et à quel moment l'enfant doit-il être mis au courant ? Actuellement, la responsabilité de l'informer revient aux parents et aucun contrôle à ce sujet n'a lieu. La capacité de l'enfant à faire valoir son droit à l'information ne semble ainsi guère protégé.

### **3.6. L'argument de la famille**

La LPMA repose sur la promotion du modèle familial constitué d'un couple hétérosexuel marié, au nom du bien de l'enfant (notion sur laquelle je reviendrai au chapitre suivant), impliquant la protection de l'ordre public et la stabilité de la société. Au cœur de cette dernière, d'influence patriarcale, la famille est encore très genrée et vue comme une unité immuable.

Le modèle de la famille nucléaire avec un père, une mère et un ou plusieurs enfants instaure un mode de pensée fondé sur l'exclusion et semble être en confrontation avec les nouveaux modèles de parentalité, des nouvelles formes de faire famille toujours plus visibles et courantes. Alors que la famille nucléaire telle qu'on la connaît n'a pas toujours existé et n'est fondamentalement pas une construction plus naturelle qu'une autre. L'idéologie de la famille naturelle et de la bio-parenté masque l'épaisseur du champ des pratiques sociales et culturelles que propose la parentalité, avec son ouverture, son évolution et les parentés au pluriel porteuses de transformations sociales. La parentalité invente d'autres formes de faire famille, questionne l'ordre social et remet en question nos catégories sociales et mentales, nos normes sur les termes « bonne famille ». Mais nous avons vu que le modèle de famille nucléaire n'est plus la seule réalité actuelle, sans que cela pour autant ne perturbe réellement l'ordre public.

L'évolution et l'acceptation de ces nouvelles normes se sont vues lors de la votation de la loi sur le mariage pour tous, qui a amené une ouverture dans l'accès à la PMA aux couples homosexuels féminins. Néanmoins, l'accès à la PMA est encore refusée aux couples homosexuels masculins émanant de l'interdiction du don d'ovules et de la maternité de substitution.

La norme du couple vue comme une entité immuable et seule réalité possible pour fonder une famille, amène des inégalités dans l'accès à la PMA. Ainsi, les célibataires n'ont accès à aucune méthode de PMA, ce qui discrimine les familles monoparentales. Ces dernières sont bien ancrées dans notre paysage sociétal actuel et les personnes seules ont le droit d'adopter mais pas de recourir à la PMA, cela remet en question la justification de cet interdit.

De plus, les nouvelles techniques de reproduction, comme le don d'ovules, d'embryons et de gestation, ont semé le désordre dans l'ordre reproductif en perturbant le cadre normatif et traditionnel de la procréation, en faisant voler en éclat la parenté en dissociant parents génétiques, parents sociaux et éventuellement mère de gestation.

Cela a apporté un autre exemple de potentielles remises en question, notamment celle concernant l'ordre du genre normalement fondé sur la biologisation de la fonction sociale de la femme destinée à la vocation maternelle. La norme du genre entraîne aussi l'idée que le désir d'enfant ne peut être que maternel et donc que les hommes ne seraient pas légitimés à revendiquer seuls un désir d'enfant.

Cette dissociation induit que l'enfant pourrait ne plus être lié génétiquement à aucun de ses parents d'intention. Il est accepté que l'enfant ne soit pas lié génétiquement à son père d'intention à travers l'autorisation du don de sperme. Une équivalence devrait être possible pour la mère, voire pour ces deux parents d'intention.

Les enjeux actuels sont relatifs à l'intervention des pouvoirs publics au niveau de la politique sociale dans la reconnaissance de choix de mode de vie divergeant de la norme, l'acceptation des différentes formes de parentalité et l'intégration des évolutions sociétales dans la LPMA afin d'en élargir l'accès à toutes les formes de parentalité.

### **3.7. L'argument du bien de l'enfant**

Lors de démarches de procréation médicalement assistée, l'intérêt de l'enfant à venir est un principe fondamental qui détermine l'autorisation ou non de recourir à la PMA. Protéger le bien de l'enfant est considéré comme bénéfique pour la société dans son ensemble, ainsi que pour l'enfant à naître, en le préservant de problèmes psychosociaux ou physiques dans sa vie future.

La PMA implique une intervention médicale et entraîne une évaluation de la vie privée des personnes, notamment leur désir d'enfant et leur projet parental. Cela contraste avec les conceptions naturelles où l'État n'intervient généralement qu'après la naissance de l'enfant, pour préserver les libertés personnelles telles que l'autonomie de choix, le respect de la vie privée et la liberté de procréer. Cependant, la liberté de procréer semble être réservée à ceux qui y accèdent sans assistance.

Le bien de l'enfant prend le pas sur les intérêts et les désirs du couple qui souhaite recourir à la PMA. Néanmoins, il est essentiel de considérer la vulnérabilité des personnes qui souhaitent devenir parents et la souffrance liée à l'infertilité. Le désir du couple de former une famille et leur projet parental sont fondamentaux pour l'existence future de l'enfant. En l'absence de ce désir, il n'y a pas de nécessité de protéger l'enfant.

L'évaluation anticipée du bien de l'enfant à venir repose sur des normes établies et une appréciation subjective, ce qui peut conduire à des discriminations liées à la race, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, l'origine sociale, la fortune, l'âge ou toutes autres situations des parents. Ces normes pour une parentalité "parfaite" sont sujettes à questionnements, d'autant plus que le développement optimal de l'enfant repose principalement sur des relations intrafamiliales de qualité, plutôt que sur le statut familial ou le lien biologique.

Malgré le manque de recul, l'argument de protection du bien de l'enfant semble disproportionné par rapport au faible risque pour le développement psychique, physique et mental des enfants nés par don d'ovules, don d'embryons, gestation ou autres méthodes de PMA, comme le démontre des études sur l'adoption.

Un point de débat concerne l'empêchement d'un enfant de naître au nom de son bien-être. Admettre qu'il vaut mieux qu'il n'existe pas plutôt qu'il existe exigerait une preuve sérieuse de menace pour justifier cette décision.

Si l'on considère qu'il y a atteinte à l'intérêt supérieur de l'enfant, la charge de la preuve incombe à ceux qui plaident pour l'interdiction de l'accès à la PMA. L'État devrait ainsi démontrer l'existence réelle de l'atteinte alléguée à l'intérêt de l'enfant, et toutes exceptions à la liberté de procréer devraient être motivées par le législateur.

Enfin, l'opposition entre le désir des parents et le bien de l'enfant ne se pose pas de la même manière pour les conceptions naturelles. Cela soulève la question de la légitimité du désir d'enfant dans le contexte de la PMA et de savoir si certains désirs sont plus légitimes que d'autres.



### 3.8. Le désir d'enfant

Le désir d'avoir un enfant appartient au domaine de l'intime, voire de l'inconscient. Il peut être motivé par diverses raisons telles que la transmission d'un patrimoine, de valeurs, ou le désir de fonder une famille, de perpétuer une lignée, d'éduquer et d'aimer ou encore de vivre une grossesse. La réalisation de ce désir est influencée par de nombreux facteurs, tels que la fécondation, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que la santé du fœtus qui ne dépend pas uniquement de la volonté des individus.

Les techniques de PMA, par la possibilité de remédier à l'infertilité ont amené dans la sphère publique le désir d'enfant qui avant restait de l'ordre du privé. Même si ce désir relève de l'intime, il est devenu ainsi public et donc politique. L'accès à la PMA permettant de bénéficier d'une assistance pour répondre à ce désir est devenu un enjeu politique puisqu'il faut décider de qui a droit à ces prestations.

Le désir d'enfant en soi est rarement dénoncé. Il est même reconnu comme stipulé dans la loi, comme une manifestation élémentaire du développement de la personnalité. Cependant, si ce désir conduit à une exigence ou une revendication à un droit à l'enfant sans limites et sans tenir compte de l'intérêt de l'enfant, il peut être dénoncé voir condamné. Enoncer un désir d'enfant peut être avancé comme motif pour obtenir une aide au niveau de la prise en charge économique ou obtenir une reconnaissance sociale et juridique. La société est conduite à devoir se positionner sur le statut de ce désir ainsi que sur les conséquences de la prise en compte de ce désir au niveau institutionnel, médicale, financier, moral et démographique.

Mais les limites d'accès à la PMA laissent à penser que certains désirs d'enfant seraient plus légitimes que d'autres. Comment hiérarchiser ou juger un tel désir ? Quelles limites adopter ? Souvent l'argument du naturel ou du bien de l'enfant est évoqué pour juger de la légitimité de cette volonté. Mais mettre un seuil entre les désirs légitimes et illégitimes engendre des arguments discutables et des discriminations. De plus, il a pour effet de créer des normes destinées à orienter l'action publique et législative, alors que ces normes sont construites socialement dans un temps donné avec un caractère révisable.

Les enfants nés par PMA sont fortement désirés considérant le long parcours contraignant et semé d'embûches ayant dû être parcouru. Effectivement, les parents qui y recourent, voient leur désir d'enfant mis à rude épreuve, donc y ont mûrement réfléchi. C'est sans doute dans l'intérêt du bien de l'enfant de naître dans une famille qui l'a si fortement désiré. Par conséquent, il ne me semble pas relevant d'essayer de hiérarchiser les désirs d'enfant et de choisir l'argument du désir d'enfant pour légitimer ou non un accès à la PMA.

### 3.9. L'argument de naturalité

Souvent, l'argument de ce qui est naturel ou de la nature est avancé pour déterminer les limitations à l'accès à la PMA. L'orientation générale de la LPMA se calque sur une normativité biologique. Il est difficile de définir ce qu'on entend par naturel et où est la limite entre le naturel, l'artificiel et le culturel. Si nous comprenons ce qui est naturel comme toutes choses qui seraient indépendantes de toutes interventions humaines, le naturel ne peut s'appliquer à aucune technique de PMA ni à la médecine en générale, puisque sa fonction est justement de lutter contre les maladies, les phénomènes naturels hostiles, de s'émanciper des contraintes de la nature pour améliorer les conditions de vie. Sur un plan juridique, le caractère naturel de la procréation ne peut pas justifier l'interdiction de certaines méthodes de PMA, car d'autres, non naturelles sont autorisées. Le caractère naturel de la procréation ne semble donc pas être nécessaire à protéger.

Le concept de nature peut être utilisé pour indiquer des faits ou pour énoncer une norme morale. Dans cette perspective, elle permet de faire des choix individuels ou collectifs, de fixer ce qui est normal ou pas, de fonder des principes éthiques basés sur ce qui est naturel. Mais ce qui est appelé naturel est souvent quelque chose de construit culturellement, comme la notion de famille nucléaire. S'y référer pour justifier des limites peut amener à des discriminations. Par exemple, il est reconnu qu'un couple de même sexe masculin est capable d'assurer les responsabilités parentales. La limite n'est donc pas due au bien de l'enfant, mais ne pouvant pas l'engendrer sans interventions d'un tiers, la procréation ne pourrait être naturelle.

Ce type d'arguments est aussi souvent utilisé pour interdire le don d'ovules, car il n'a pas de parallèle dans la procréation naturelle et ceci peut, par conséquent, créer des rapports familiaux qui s'écartent de ceux que la nature rend possible. Mais le don de sperme qui est autorisé n'est pas différent du don d'ovules. Cette argument amène à une inégalité entre hommes et femmes.

De plus, la crainte qu'une maternité « non naturelle » impact le bien-être de l'enfant et en particulier le lien entre l'enfant et la mère, n'est pas prouvé (voir chapitre sur le bien de l'enfant). Les normes sociales naturalistes pourraient aussi avoir une influence négative sur la perception qu'a la mère de son enfant né par don d'ovules. La vision de la société peut être stigmatisant et poser des problèmes, alors que dans une société où cela est socialement accepté, il n'y aurait pas de difficultés.

L'argument du naturel me semble être un argument très subjectif, voir discriminant et n'est pas relevant pour limiter l'accès à certaines méthodes de PMA.

### 3.10. L'argument de l'âge

L'accès à la PMA pour les femmes post-ménopausées suscite de vives controverses. Le législateur n'a pas établi de limite d'âge pour accéder à la PMA, laissant cette décision à la libre appréciation des médecins, tout en exigeant que les géniteurs soient en mesure d'élever l'enfant jusqu'à sa majorité. Pour définir cette limite d'âge, les médecins peuvent se référer à l'âge naturel de la ménopause. Cependant, elle varie d'une femme à l'autre, et certaines peuvent être confrontées à une ménopause précoce qui pourrait justifier le recours à la PMA.

Il est important de noter que les chances de succès d'un traitement de PMA sont généralement très faibles au-delà de 43 ans. Des techniques telles que l'autoconservation des ovules et le don d'ovules, si autorisées, permettent de contourner le facteur de la ménopause et de concevoir une grossesse tardive pour remédier à l'infertilité liée à l'âge. Ces pratiques sont souvent remises en question dans les débats, en invoquant des abus médiatisés du passé. C'est indéniable, de nos jours, de plus en plus de femmes décident de fonder une famille à un âge avancé en raison de l'évolution de la société, ce qui les expose davantage à des problèmes d'infertilité. Cela soulève la question de savoir si la loi devrait refléter cette évolution sociétale et apporter son soutien à ces femmes.

À l'échelle internationale, l'âge maximal pour l'utilisation d'ovules cryoconservés varie entre 45 et 50 ans. Cependant, il y a également des préoccupations liées à la santé de la mère et de l'enfant associées à une maternité tardive, ces considérations éthiques et déontologiques incitent les médecins à refuser l'accès à la PMA aux femmes plus âgées.

Au sujet de la capacité à élever l'enfant jusqu'à sa majorité, il n'est pas clairement défini s'il s'agit de la santé psycho-physique ou de la situation socio-économique d'un ou des deux parents qui prévaut. Effectivement, s'il en va de la dimension sociale de la parentalité, l'âge de la maternité et de la paternité doivent être traités à égalité, ce qui n'est pas le cas.

L'argument de l'âge est révélateur de deux visions du rôle de la médecine reproductive et de ses limites. L'une basée sur la nature où la médecine soigne des maladies et l'autre basée sur la société où la médecine se met au service des modifications ou de l'évolution de la société, et donc, traiterait les femmes infertiles en fonction de l'âge. Cette deuxième vision se focalise sur la souffrance engendrée par l'infertilité indépendamment de l'âge et voit cette infertilité comme conséquence aux changements sociétaux et non à la volonté de la personne. Je soutiens cette deuxième vision et je pense qu'une limite d'âge ne doit pas être fixée dans la loi mais doit être discutée, au cas par cas, en tenant compte de l'autonomie de choix de la personne consciente et des risques encourus. L'argument de l'efficacité du traitement liée à l'âge de la

patiente couplé à l'argument de la rentabilité des dépenses publiques pourraient être pris en compte si la PMA était prise en charge par l'assurance maladie.

### 3.11. L'infertilité

La PMA est acceptée pour recourir à l'infertilité. Cette dernière est définie, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception.

Elle peut être due à une pathologie, vue comme une maladie, une déviation par rapport à une capacité normale de procréer. Si cette infertilité est considérée sous l'angle de la maladie, cela permet de justifier les limites à l'accès à la PMA. Mais dans 10% des cas de personnes ayant recours à une FIV, elle reste inexplicée.

L'infertilité peut être le résultat d'un type de lien ou de l'absence de lien, infertilité dite sociale. Si elle est ainsi définie, cela permet d'élargir l'accès à la PMA. C'est cette vision qui devient actuelle dans la LPMA suite à l'accès aux couples homosexuels féminins. Cependant, nous avons vu qu'elle ne prend pas encore en compte toutes les infertilités sociales, comme par exemple les personnes seules ou les couples homosexuels masculins. Les causes d'infertilité pour raisons sociales ne semblent pas encore toutes acceptables au même niveau dans la société, car elles dépendent d'autres enjeux, comme l'acceptation de la maternité de substitution.

Les causes d'infertilité liées à une pathologie semblent engendrer plus de soutien et d'empathie, mais ne sont pas toutes traitées de façon égale. Par exemple, une discrimination est faite dans la nature de l'infertilité dans le couple, car on accepte le don de sperme pour pallier à une infertilité ou en cas de risque de transmission de maladies graves mais l'équivalence avec le don d'ovules n'est pas acceptée pour une femme. De plus, les femmes souffrant d'infertilité pour cause utérine ne sont pas soutenues puisque le don de gestation est interdit.

La souffrance des personnes ne pouvant pas avoir d'enfant devrait aussi être pris en compte pour autoriser ou non le recours à la PMA et cela indépendamment de la situation socio-économique. En effet, l'infertilité peut avoir des conséquences psychologiques et médicales. L'estime et la confiance en soi peuvent être affectés, des sentiments de tristesse, de colère, d'incompréhension, d'injustice ou encore de culpabilité peuvent être ressentis. Ils augmentent le risque de souffrir de maladies psychologiques, de stress et réduit l'espérance de vie, et augmentent la mortalité due aux maladies cardiovasculaire chez les femmes. (Mitter, 2021). L'infertilité peut représenter une crise majeure, voir existentielle pour chacun des partenaires. Le

couple peut être déstabilisé. Cela peut affecter les relations intimes et la communication dans le couple. Le désir d'enfants peut, en outre, devenir obsessionnel.

Des solutions pour palier à l'infertilité et répondre au désir d'enfants existent, à travers la PMA ou l'adoption, mais les parcours sont souvent longs et physiquement, émotionnellement, voire économiquement très exigeants. De plus, le couple peut naviguer entre espoirs, échecs, deuils, déceptions et choix à faire.

Des inégalités de traitement ont encore effectives dans l'accès à la PMA et cela peut amener à des sentiments d'injustice.

### **3.12. L'argument de la protection de la santé, de l'intégrité physique**

Les droits à la santé et à l'intégrité physique sont protégés par la loi. De plus, les médecins doivent suivre le principe de non-nuisance à autrui qui tend à justifier les interdits. En exemple, je citerais le don d'ovules et de la maternité de substitution, car ces deux situations, contrairement au don de sperme, sont plus contraignantes et potentiellement plus risquées pour la donneuse. Les actes tels que : la stimulation ovarienne, le prélèvement des ovules, la grossesse ou l'accouchement peuvent porter atteinte à la santé de la donneuse alors que les bénéfices thérapeutiques profitent exclusivement à d'autres. La question est de savoir si de tels risques sont acceptables pour un don. Une comparaison peut être faite avec le don d'organes par une personne vivante. Bien que cette pratique soit autorisée, elle comporte certains risques, sans que la personne n'en retire de bénéfices. La différence se situe au niveau de l'existence d'un cadre légalement défini qui empêche les dérives.

Un autre point à prendre en compte est le libre choix et l'autonomie des personnes. Les arguments liés aux risques ou à la protection de la santé ne peuvent pas justifier une interdiction du don, sinon cela reviendrait à refuser un don altruiste pour protéger la donneuse tout en niant sa capacité d'autodétermination. Finalement, seul le consentement libre et éclairé peut justifier le don au détriment du principe de non-nuisance. La nécessité d'un consentement écrit pour toutes techniques de PMA est déjà inscrite dans la LPMA. Un entretien mené par un comité externe pourrait s'en assurer et vérifier que la personne donneuse ne subit aucune pression extérieure, qu'elle a eu recours à toutes les informations nécessaires et vérifier sa capacité de discernement. Un soutien psychologique pourrait aussi être offert ainsi que d'autres mesures de protection de la santé spécifiques à chaque don, mesures que je n'ai pas pu développer dans ce travail.

Les médecins se trouvent parfois face à des dilemmes entre les principes de non-nuisance, d'aide à la personne, du droit d'accès à la santé ou au progrès de la science. Afin d'assurer une bonne pratique médicale, ces professionnels se reposent sur le cadre législatif qui fonctionne comme un garant des pratiques légitimes. Il définit une base permettant d'orienter leurs décisions quant aux limites à la PMA. Mais dans les faits, le cadre législatif ne fixe pas clairement toutes les limites à l'accès à la PMA. Certaines situations reposent entièrement sur l'appréciation des médecins qui pratiquent cette intervention. Leur position est certainement parfois subjective et teintée de leur propres valeurs et croyances ainsi que d'un idéal normatif. Afin de rester le plus objectif possible, des colloques pluridisciplinaires sont formés pour discuter de la demande du projet parental. Ils sont d'autant plus importants lorsque les situations les plus difficiles se présentent, afin de garantir des actions et des décisions répondant à une éthique professionnelle. Je pense qu'une modification de la loi en y incluant les mesures nécessaires à la protection de la santé de chaque protagoniste serait plus efficace encore.

#### **4. Conclusion, pistes pour l'intervention professionnelle en santé sexuelle et rôle de d'un.e spécialiste en santé sexuelle**

Ces dernières années, les transformations des formes de famille, l'évolution des mentalités, de la société, n'imposent pas, par leur simple existence, une révision du droit en vigueur ni une reconnaissance morale. Mais ces changements amènent, au sein de la population, à des sensibilités et des attentes nouvelles. Il en résulte des manières différentes de concevoir la société, d'évaluer les libertés personnelles et les règles du vivre ensemble qui influencent les lois et décisions de l'Etat. Le propre des démocraties libérales est de permettre d'avoir et d'exprimer des avis différents. La légitimité des normes morales repose sur leur consensus au sein de la population et non pas par leur imposition par le pouvoir législatif.

Je pense que les inquiétudes et appréhensions relatives aux répercussions quant à l'ouverture de l'accès à la PMA, l'autorisation du don d'ovules ou d'embryons ainsi que de la maternité de substitution ne justifient pas leur interdiction générale. Mais la réflexion d'ouvrir l'accès à la PMA doit s'appuyer sur des études scientifiques, sociologiques, psychologiques, éthiques tout en tenant compte des cadres législatifs internationaux et nationaux. Etendre l'accès à la PMA pourrait modifier le cadre normatif de la société. Mais ce changement ne justifie pas une interdiction sauf s'il présente une menace réelle pour l'intégrité de la société, menace qui n'est pas avérée au vue de ce qui est écrit dans ce travail. En effet, il ne s'agit pas d'imposer un changement généralisé mais de donner, de façon non discriminatoire, la possibilité d'accès à la PMA aux personnes ayant un projet parental comme les couples homosexuels masculins, les

femmes souffrant d'une pathologie utérine ou les personnes seules. Ces souhaits existent et nécessitent d'être pris en charge.

« Selon le Dr Shenfield, l'obtention de droits reconnus et inscrits dans la loi est souvent, d'une manière générale, la conséquence d'une volonté politique faisant suite à de nombreuses discriminations subies au cours des siècles par les minorités respectives auxquelles ils étaient refusés. » (Nau, 2013, p.691).

Ce changement, essentiellement relevant d'un choix politique, doit suivre les procédés de légitimation de la démocratie, et nécessitera donc un vote. Mais je pense que l'Etat ne doit pas les interdire, sans votation, si des raisons objectives de nuisances aux droits fondamentaux ne sont pas fondées ou justifiées. En effet, le principe de justice compris comme la considération des libertés de chacun à part égale, incluant les minorités, le principe de neutralité et de non-nuisance sont la base d'une démocratie libérale. Le rôle de l'Etat n'est pas de décider de conception normative, relatif à l'image d'une bonne famille, par exemple. Il devrait plutôt permettre l'expression de ces différences, en veillant à ce que leur choix ne nuise pas à autrui.

Bien sûr, un cadre législatif et des règles sont nécessaires pour protéger les parties impliquées sur les plans juridiques, physiques et médicaux, et pour prévenir les abus ou les dérives. La protection de la dignité humaine et du bien-être de l'enfant sont également primordiaux. Cependant, je ne pense pas que l'interdiction du don d'ovules, du don d'embryons ou de la maternité de substitution soient justifiées pour assurer cette protection. Des cadres, règles et mesures peuvent être mises en place, comme cela est fait dans d'autres pays.

Ouvrir l'accès de la PMA permettrait de diminuer les discriminations et inégalités de traitement entre hommes et femmes, entre couples mariés et non mariés, entre les personnes en couples ou non et entre les couples homosexuels féminins et masculins. Cela permettrait aussi de concrétiser les droits à l'autonomie reproductive comme droit à s'autodéterminer en matière de reproduction puisqu'il représente une composante de la liberté personnelle. Cela amènerait aussi un meilleur respect des droits sexuels dont l'autodétermination, le droit à l'égalité, le droit d'accéder aux progrès de la science et le droit d'avoir des enfants, ce qui répondrait ainsi plus adéquatement aux besoins en santé sexuelle de la population.

Je pense aussi que le remboursement de la PMA devrait faire l'objet d'une plus grande prise en charge par la LAMal afin de diminuer les inégalités dans l'accès à la PMA et la mobilité reproductive. Le cadre juridique devrait aussi être réévalué pour permettre de protéger chaque protagoniste.

En conclusion, mon positionnement éthique face aux arguments développés dans ce travail est que la loi en vigueur sur la PMA ne me semble plus totalement en adéquation avec notre société actuelle et nécessite

d'être réévaluée et élargie pour tenir compte des évolutions sociétales, et aussi de la loi. Effectivement, après avoir ouvert la PMA aux couples de femmes mariées, nous nous sommes écartés d'un cadre hétéronormatif. Il est temps de réfléchir à l'ouvrir encore au-delà, afin de s'éloigner d'un cadre législatif encore naturaliste et inégalitaire.

Cependant, toutes révisions de la loi devraient être en accord avec ce que la société est prête à accepter et devront prendre en compte les volontés de notre démocratie. Ainsi, il est essentiel que la société soit prête à accueillir ces changements pour qu'ils puissent se concrétiser. Dans cette optique, il est primordial de susciter un débat public, d'informer la population sur les enjeux liés à l'accès à la PMA et à l'ouverture à d'autres techniques, mais aussi de fournir des informations sur les conséquences d'une loi restrictive. Cette responsabilité incombe aux politiques, aux professionnels de la santé sexuelle et à d'autres acteurs impliqués dans la PMA. Nommer les réalités, les problématiques, les discriminations sont aussi importantes pour permettre de les faire exister au sens commun et de les visibiliser pour solliciter les pouvoirs publics.

Selon moi, le rôle d'un.e intervenant.e en santé sexuelle consiste à mettre en lumière les problématiques dans les débats publics, à établir des partenariats avec les différentes parties prenantes de la question et ainsi à légitimer un accès plus équitable à la PMA dans l'espace public et politique. Cet objectif a guidé mon travail dans le but de mieux comprendre les différents arguments des parties impliquées (parents, groupes vulnérables ou minoritaires, politiques, etc.) et de favoriser une meilleure compréhension réciproque des différentes positions et de leurs limites. Idéalement, il conviendrait d'aboutir à un consensus moral et éthique permettant de créer un cadre législatif de régulation plus équitable dans une perspective démocratique. J'ai voulu disposer d'arguments pour soutenir l'élargissement de la loi, tel un plaidoyer en santé sexuelle en prévision des batailles politiques à venir concernant l'accès à la PMA et d'une éventuelle révision de la loi. Je considère également que c'est le rôle d'un.e intervenant.e en santé sexuelle de pouvoir prendre position dans les politiques sociales, car l'accès à la PMA est un enjeu de politique sociale et un sujet d'actualité.

Il convient toutefois de souligner qu'un plaidoyer peut présenter une limite dans ce travail de diplôme car il pourrait manquer de neutralité en cherchant à démontrer les arguments en faveur d'un élargissement de la loi. Cependant, j'ai cherché à aborder cette question avec rigueur et ouverture d'esprit pour parvenir à une réflexion équilibrée et informée.

En explorant les limites de l'accès à la PMA, j'ai constaté qu'elles étaient nombreuses, tant du côté des personnes que des techniques, et qu'elles dépendaient de multiples enjeux. Le choix des arguments à traiter



pour examiner ces enjeux s'est avéré difficile, ce qui a rendu ce travail assez conséquent. J'aurais souhaité pouvoir interroger des personnes qui ont recouru à la PMA ou ont dû y renoncer, par le biais d'entretiens, afin de mieux comprendre les conséquences que les limites à la PMA ont pu avoir sur eux. Cela aurait été bénéfique pour mieux saisir comment les soutenir dans leur démarche de PMA. Mais, je n'ai pas pu le réaliser en raison des contraintes structurelles de ce travail.

Pour comprendre le rôle d'un.e conseiller.ère en santé sexuelle dans l'accompagnement des personnes recourant à la PMA, je me suis référée aux enseignements du cours du Module 3 dispensé par Laure de Jonckheere, conseillère en santé sexuelle au centre de procréation médicalement assistée (CPMA) à Lausanne, ainsi qu'au travail de diplôme réalisé par Laurence Fonteneau portant sur la réflexion sur la plus-value d'une conseillère en santé sexuelle au sein d'un service de PMA. Cette recherche m'a permis de réaliser l'importance cruciale du rôle d'un.e conseiller.ère en santé sexuelle dans l'accompagnement des personnes recourant à la PMA, point que je n'ai pu développer dans ce travail.

En dehors des centres de PMA et avant d'envisager un parcours de PMA, un entretien dans un centre de santé sexuelle peut être bénéfique pour les personnes confrontées à l'infertilité et ayant un projet de parentalité. Ce type d'entretien permet de se renseigner sur les différentes prestations possibles, les examens et les options de traitements disponibles, ainsi que sur les alternatives à la PMA. Il permet également d'orienter les personnes vers les bonnes ressources et de les soutenir face aux incertitudes, au stress et à la pression, liés aux difficultés à concevoir. Ainsi, elles peuvent prendre des décisions éclairées et adaptées à leurs besoins.

C'est pourquoi il me semble essentiel que chaque conseiller.ère en santé sexuelle possède une connaissance approfondie des techniques de PMA, du réseau de professionnel.le.s (ainsi que des cliniques de la fertilité en Suisse et à l'étranger) ou d'associations de soutien (psychologique, aux personnes LGBT, etc.), de la législation en vigueur, ainsi que des enjeux, des possibilités et des limites, liés à l'accès à la PMA, afin de défendre les droits des personnes concernées. Il est également important de comprendre les conséquences psychosociales, physiques, émotionnelles et économiques qu'un parcours d'infertilité peut avoir sur les personnes. En effet, un enjeu pour la pratique professionnelle est de comprendre et connaître les réalités plurielles et les besoins spécifiques des personnes consultantes, afin d'offrir une prise en charge adaptée à leurs besoins. Pour cela, il me semble essentiel de questionner directement les personnes concernées.

En tant que professionnel.le, notre rôle est de favoriser l'autonomie et l'autodétermination des personnes. Nous devons leur fournir des informations objectives afin qu'elles puissent faire des choix libres et

éclairés. De plus, il est primordial d'offrir une écoute attentive et de travailler en accord avec les droits sexuels, respectant ainsi la dignité et les souhaits des individus concernés. En effet, pour acquérir et préserver la santé sexuelle, il faut garantir les droits sexuels des êtres humains.

Finalement, mon rôle face aux personnes consultantes n'est pas de me positionner sur l'accès à la PMA mais de prendre du recul face à mes normes et valeurs pour pouvoir les accompagner et les soutenir au mieux dans leurs besoins et leur autonomie. Effectivement notre pratique professionnelle est influencée par les normes culturelles et sociétales. Les comprendre constitue un enjeu dans la pratique professionnelle afin de les déconstruire d'un point de vue individuel, institutionnel et sociétal et d'avoir une posture professionnelle plus neutre et ouverte. Mon rôle est encore d'apporter une écoute face aux ressentis d'inégalités, un autre regard à ceux qui ressentent le poids de la conformité et un soutien dans l'émancipation des normes et encore un devoir de tenir compte des choix et des préférences individuelles en matière de parentalité. Rédiger ce travail m'a permis de mieux comprendre les limites d'accès à la PMA et les enjeux y attendant et ainsi prendre une distance saine face à mon propre parcours de PMA. Acquérir ces connaissances fondamentales me permettra de mieux pouvoir accompagner les personnes dans leur parcours d'infertilité.

## 5. Bibliographie

- Büchler, A.** (2013). *Le don d'ovules en Suisse de lege lata et de lege ferenda*. Avis de droit sur mandat de l'office fédéral de la santé publique. Bern
- Bühler, N.** (2014). *Tracer les frontières de la médecine reproductive entre légalité, responsabilité et légitimité : les médecins face à l'interdiction du don d'ovocytes en Suisse*. Dans *Accompagner la naissance*. Éditions BSN Press. p. 31-56
- Bühler, N. & Hertzog, I-L & Escoda, M. & Boillet, V.** (2020). *La production biomédicale d'enfants : entre satisfaction et globalisation*. Dans *Nouvelles Questions Féministes*. Éditions Antipodes. p. 6-12
- Chottin, A. & Krikorian, G. & Mangeot, P.** (2004). *Au service des PMA*. Dans *Vacarme* (no 26). Éditions Association Vacarme. p. 108-112
- Commission national d'éthique pour la médecine humaine (CNE).** (2013). *La procréation médicalement assistée, Considération éthiques et propositions pour l'avenir*. Prise de position no.22, Berne
- Commission national d'éthique pour la médecine humaine (CNE).** (2019). *Le don de sperme*. Prise de position no.32. Berne
- Commission national d'éthique pour la médecine humaine (CNE).** (2022). *Le don d'ovules, Considérations éthiques et juridiques*. Prise de position no.41. Berne
- Constitution fédérale de la Confédération suisse** du 18 avril 1999. (RS 101). [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1/1\\_1\\_1/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1/1_1_1/fr)
- De Jonckheere, L.** *Vécu des personnes confrontées à l'infertilité et au désir d'enfant, Accompagnement psychologique durant le parcours de la procréation médicalement assistée*. Cours du 25 mars 2022, DAS en santé sexuelle, HES-SO
- Delaisi de Parseval, G. et Depadt-Sebag, V.** (2010). *Accès à la parenté, Assistance médicale à la procréation et adoption*. Terra Nova, la fondation progressiste, Paris
- Engeli, I.** (2009/2). *La problématisation de la procréation médicalement assistée en France et en Suisse, Les aléas de la mobilisation féministe*. Dans *Revue française de science politique* (no 59). Éditions Presses de Sciences Po. p. 203-219
- Fonteneau, L.** (2019). *Accompagner lors de traitement de procréation médicalement assistée : Réflexions sur la plus-value d'une conseillère en santé sexuelle au sein du service*. Travail de diplôme de la formation DAS en santé sexuelle. Santé Sexuelle Suisse

**Gaille, M.** (2011). *Le désir d'enfant, Histoire intime, enjeu politique*. Collection La Nature humaine. Éditions Presses Universitaires de France.

**Gross, M.** (2018). *Il n'y a pas de droit à l'enfant*. Dans idées reçues. Éditions Le cavalier Bleu. p. 75-86

**Gross, M. & Mehl, D.** (2018). *Infertilité : double don de gamètes ou don d'embryon ?* Dans Dialogue no 222. p. 93-106

**IPPF, I. planned parenthood F.** (2008). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. Londres: IPPF.

**Kiefer, B.** (2015). *Nouvelle loi sur la PMA : un bricolage nécessaire*. Revue Médicale Suisse

**Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée** du 18 décembre 1998 (LPMA). (RS 810.11). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/fr>

**Mecary, C.** (2019). *PMA et GPA, Des clés pour comprendre*. Collection Que sais-je ? Éditions Presses Universitaires de France

**Message** relatif à l'initiative populaire « pour la protection de l'être humain contre les techniques de reproduction artificielle » et à la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 26 juin 1996, (96.058). Conseil Fédéral. <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/fortpflanzungsmedizin.html>

**Mitter, V. & Widmer, R.** (2021). *Procréation médicalement assistée : inégalité d'accès en Suisse*. Bulletin des médecins suisses

**Monitoring de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée.** (2022). *Résultats principaux 2020*, Büro Vatter AG, politikforschung & beratung.

**Motion de Addor, J-L.** (19.4164). (2019). *La procréation médicalement assistée ne doit pas être un luxe réservé aux riches*. L'Assemblée fédérale, le Parlement suisse.

**Motion de Christ, K.** (21.3238). (2021). *Mettre à jour la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée pour répondre aux défis de demain*. L'Assemblée fédérale, le Parlement suisse.

**Motion de la Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national CSEC-N** (21.4341). (2022). *Réaliser le désir d'enfant. Légaliser le don d'ovules pour les couples mariés*. Bulletin officiel

**Nau, J-Y.** (2013). *En Europe, souvent le droit à se reproduire varie*. Revue Médicale Suisse

**Office fédéral de la statistique (OFS),** (2021). *Les familles en Suisse, rapport statistique 2021*. Neuchâtel. [www.statistique.ch](http://www.statistique.ch)

**Office fédéral de la statistique (OFS),** (2021). *Santé reproductive, Procréation médicalement assistée en 2019*. Actualité OFS. Neuchâtel

**Office fédéral de la statistique** (OFS), (2022). *Naissances contrariées*. Démos 1/2022. Actualité OFS. Neuchâtel. p. 7-8

**Postulat de Quadranti, R.** (18.3205). (2018). *La loi fédérale sur la procréation médicalement assistée est-elle adaptée aux évolutions actuelles et à l'état de la science et de la technologie ?* L'Assemblée fédérale, le Parlement suisse.

**Santé Sexuelle Suisse**, *Santé sexuelle et droits sexuels : accès pour tout le monde / Le droit au couple et à la famille / Je ne suis pas enceint.e – Accompagner lors d'un désir d'enfant inassouvi*. Site internet : <https://www.sante-sexuelle.ch>

**Schurr, C.** (2021). *Mobilité reproductive transnationale depuis la suisse*. Expertise rédigée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Centre interdisciplinaire pour la recherche en études de genre et Institut de géographie, Université de Berne

**Seelmann, K.** (2018). *Zugang zur Fortpflanzungsmedizin für alle ?* Gutachten im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Basel

**Simoni, H.** (2012). *Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten „Kindeswohl, Familie und Elternschaft“ im Fortpflanzungsmedizingesetz*. Bundesamt für Gesundheit BAG. Marie Meierhofer Institut für das Kind.

**Wirthner, D.** *La procréation médicalement assistée: Aspects médicaux et légaux*. Cours du 25 mars 2022, DAS en santé sexuelle, HES-SO

## 6. Glossaire

**CEDH** : Cour européenne des droits de l'homme

**CCNE** : Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé

**Chimère** : la réunion de cellules totipotentes provenant de deux ou plusieurs embryons génétiquement différents. Les cellules totipotentes sont des cellules embryonnaires encore aptes à former les tissus les plus divers.

**Clonage** : La création artificielle d'êtres génétiquement identiques

**Diagnostic préimplantatoire (DPI)**: Il existe deux sortes de diagnostic :

- **Le PGT-M** : Il consiste à procéder à l'analyse génétique d'embryons obtenus in vitro avant leur nidation. Ceci s'adresse aux couples normalement non stériles mais atteints ou porteurs d'une maladie génétique dont le pronostic est létal ou fortement handicapant.
- **Le PGT-A** : c'est une technique de screening préimplantatoire des chromosomes utilisé dans le but d'identifier les embryons porteurs d'anomalies chromosomiques incompatible avec un développement normal. Ceci s'adresse à des couples infertiles.

**Don d'ovules** : Une femme, la donneuse, subit un traitement de stimulation ovarienne suivi d'une ponction folliculaire. Les ovules ainsi obtenus sont ensuite donnés à d'autres femmes, les receveuses. La receveuse n'est ainsi pas liée sur le plan génétique avec l'enfant qu'elle porte.

Le don d'ovules peut être indiqué pour répondre sur le plan médicale à des indications thérapeutiques, en cas d'insuffisance ovarienne, de troubles ovariens dus à des traitements anticancéreux, d'une ménopause précoce, de risque de transmission de maladie graves, d'échecs répétés de FIV, ou pour répondre sur le plan sociétal comme pour remédier à une baisse de fertilité lié à l'âge ou pour un couple de même sexe masculin qui pourrait bénéficier d'un don d'ovules accompagné d'une maternité de substitution.

**Embryon** : le fruit de la fusion des gamètes jusqu'à la fin de l'organogénèse.

**Embryon surnuméraire** : tout embryon issu d'une fécondation in vitro qui ne peut pas être utilisé pour induire une grossesse et qui n'a par conséquent aucune chance de survie. Ils peuvent être utilisé pour en extraire des cellules souches si le couple y consent.

**eSET** (Elective Single Embryon Transfert) : Transfert électif d'un seul embryon choisi.

**Fécondation in vitro (FIV)** : C'est un **traitement** qui consiste à prélever des ovules après stimulation ovarienne et à les féconder en laboratoire, donc en dehors du corps de la femme, avec des spermatozoïdes du conjoint ou d'un donneur. Il y a deux techniques possibles :

- **La FIV classique** : les ovules sont mis en présence des spermatozoïdes et la fécondation se fait d'elle-même.
- **L'ICSI** (= intracytoplasmic sperm injection) : Une FIV avec micro injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde, donc un spermatozoïde est directement injecté dans l'ovule.

**FIV hétérologue** : FIV avec apport d'une tierce personne, par exemple lors d'un don de sperme.

**Fœtus** : le fruit de la conception après l'organogénèse et jusqu'à la naissance.

**Gamètes** : les spermatozoïdes et ovules

**Hybride** : L'introduction d'une gamète non humaine dans une gamète humaine.

Maternité de substitution, appelée aussi gestation pour autrui (GPA) ou mère porteuse. Plusieurs sortes ou dons de gestation.

**Insémination intra-utérine** : technique visant à placer les spermatozoïdes directement dans l'utérus de la femme. Le sperme du conjoint ou d'un donneur est préparé avant l'insémination. Elle est souvent associée à une stimulation ovarienne.

**LPMA** : Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée

**Maternité de substitution** : appelé aussi maternité pour autrui (MPA) et maternité de substitution gestationnelle ou gestation pour autrui (GPA).

Elle ne constitue en soi pas une autre technique de PMA mais est englobée dans la PMA car les techniques de PMA permettent la pratique de la GPA. Il existe plusieurs scénarios de maternité de substitution possible grâce aux techniques de PMA. La maternité de substitution traditionnelle où l'ovule fécondé est toujours celui de la mère porteuse qui a recouru à une insémination intra-utérine avec le sperme du père d'intention ou d'un donneur anonyme. La maternité de substitution gestationnelle, nommé aussi don de gestation ou gestation pour autrui, dans ce cas, la mère porteuse n'aura pas de lien génétique avec l'enfant et va recourir à une FIV. L'ovule peut provenir de la mère d'intention ou d'une donneuse anonyme et le sperme peut provenir du père d'intention ou d'un donneur anonyme. Un ou les deux parents d'intention peuvent avoir un lien génétique avec l'enfant ou aucun lien génétique dans le cas de don d'embryons ou de double don de gamète. Dans ce cas de figure, 5 personnes peuvent contribuer à la venue au monde de l'enfant, les parents d'intention qui font le projet parental, la mère porteuse, le donneur de sperme et la donneuse d'ovules.

Les raisons qui nécessitent de faire appel à une mère porteuse peuvent être pour une stérilité liée à l'utérus de la mère d'intention, ne lui permettant pas d'être gestatrice ou pour un couple homosexuel d'hommes n'ayant pas de capacité gestatrice.

J'ai choisi dans mon travail d'utiliser ces termes de façon globale, donc le terme de maternité de substitution peut aussi englober un don d'ovules.

**Maternité partagée** (aussi appelé méthode de réception d'ovocytes de la partenaire ou ROPA) : Dans le contexte d'un couple homosexuel féminin, l'ovule d'une des deux femmes est fécondé par le sperme d'un donneur et porté par la partenaire.

**Mère porteuse** ou utérine : mère qui porte la grossesse en vue de remettre l'enfant aux parents d'intention.

**Ovule imprégné** : Appelé aussi préembryon dans d'autre pays. Phase du développement de l'embryon de quelques heures liée au stade une fois que le spermatozoïde est entré dans l'ovule mais que le patrimoine génétique des deux parents est encore situé dans deux zones différentes. Concept inventé pour pouvoir congelé les ovules imprégnés, pour de futures tentatives, avant que la congélation des embryons soit autorisée.

**Parents d'intention** : parents qui désirent l'enfant, font le projet parental et élèveront l'enfant.

**Parents génétiques** : parents qui donnent les gamètes

**Partage d'ovules** (Egg sharing) : est une variante du don d'ovules, situation dans laquelle une femme ayant recours à la fécondation in vitro pour elle-même fait don d'ovules surnuméraires à d'autres femmes.

**Procréation médicalement assistée (PMA)** : Toutes les méthodes permettant d'induire une grossesse en dehors de l'union « naturelle » de l'homme et de la femme, notamment l'insémination et la fécondation in vitro. (Art.2 LPMA)

**Stimulation ovarienne** : Injection sous cutanée ou par comprimés afin d'induire le développement de plusieurs follicules matures en vue d'une insémination ou d'une FIV.

**Stérilité** : Impossibilité de concevoir un enfant après une année de rapport sexuels réguliers et sans moyens de contraception ou six mois après 35 ans.

**Transfert de gamètes** : L'introduction de spermatozoïde ou d'ovules dans l'utérus ou les trompes de la femme.