

# **Évaluation sommative de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée**

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP

## **Executive Summary**

Christian Bolliger, Madleina Ganzeboom

Berne, le 1 juillet 2024

## Abstract

La loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001, définit les conditions dans lesquelles les médecins travaillant dans ce domaine peuvent recourir à des méthodes de procréation médicalement assistées telles que la fécondation in vitro (FIV) ou le transfert de spermatozoïdes dans l'utérus (insémination) pour les couples dont le désir d'enfant n'est pas satisfait. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017, la LPMA autorise également le diagnostic préimplantatoire (DPI). Depuis la réforme du « mariage pour tous » (entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2022), les couples de femmes mariées peuvent recourir à la FIV ou à l'insémination avec don de spermatozoïdes.

L'évaluation sommative de la LPMA a pour objectif principal de dresser un bilan des effets voulus par le législateur sur la protection de l'enfant, des femmes traitées, des couples désireux d'avoir un enfant, des embryons, de la famille ainsi que de la société (protection contre les tendances eugéniques indésirables et contre la discrimination des personnes handicapées). Elle s'appuie sur des données statistiques, sur l'évaluation formative de la LPMA de 2021, sur 37 entretiens semi-structurés menés avec des acteurs et des parties prenantes impliqués et sur d'autres documents.

L'évaluation sommative tire un bilan global positif en ce qui concerne les effets de protection prévus par la LPMA. Les acteurs impliqués, et en particulier les spécialistes de la procréation médicalement assistée – les principaux destinataires de la norme – orientent consciencieusement leurs actions en fonction de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée. Il existe toutefois des lacunes, notamment en ce qui concerne les instruments d'application de la loi : les cantons, en tant qu'autorités d'autorisation et de surveillance, se heurtent à leurs limites au niveau scientifique et certains interprètent la loi de manière plus stricte que d'autres. Deuxièmement, plusieurs lacunes ponctuelles ont été constatées dans les limites légales de la procréation médicalement assistée ou dans son application. Elles concernent l'examen des critères du DPI en cas de maladie héréditaire, l'information et le conseil aux couples, la limite de douze embryons par cycle de traitement, la durée de conservation du patrimoine germinale et plusieurs aspects relatifs au don de sperme (application aux couples de femmes, maximum de huit enfants par donneur, examens du donneur pour déterminer s'il est porteur de maladies héréditaires, droit de l'enfant à connaître ses origines).

Afin d'atténuer ces lacunes et d'optimiser l'effet protecteur pour les couples concernés et l'enfant, l'évaluation formule onze recommandations à l'intention des milieux politiques et des acteurs impliqués dans l'application de la loi (Office fédéral de la santé publique, Office fédéral de l'état civil, Office fédéral de la statistique, autorités cantonales qui délivrent les autorisations, sociétés spécialisées dans la procréation médicalement assistée et la génétique médicale).

## Mots clés

Procréation médicalement assistée ; loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) ; insémination ; fécondation in vitro (FIV) ; diagnostic préimplantatoire (DPI) ; don de sperme ; évaluation sommative

## Situation initiale, objectifs et questions de l'évaluation

Chaque année, environ 6 500 à 7 000 couples souhaitant avoir un enfant sollicitent une assistance médicale dans l'un des quelque 30 centres de procréation médicalement assistée en Suisse. Le recours aux procédures de procréation médicalement assistée (PMA) est généralement motivé par une infertilité. Plus rarement, elles sont utilisées pour éviter qu'une maladie héréditaire grave ne se transmette à l'enfant. Les procédures de FIV réalisées en 2022 ont donné lieu à 2 370 naissances vivantes (environ 3% de toutes les naissances vivantes).

### Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée

La loi fédérale sur la procréation médicalement assistée<sup>1</sup> (LPMA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001, et son ordonnance définissent les conditions dans lesquelles les procréations médicalement assistées peuvent être appliquées. Depuis la révision entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2017, la LPMA autorise le diagnostic préimplantatoire (DPI). Celui-ci permet de détecter chez l'embryon conçu in vitro des maladies héréditaires graves ou une capacité de développement réduite en raison d'anomalies chromosomiques. De plus, la conservation des embryons a été autorisée. Le nombre d'embryons pouvant être créés au cours d'un même cycle de traitement a été porté à douze (règle des douze), dans le but de réduire le nombre de naissances multiples et de naissances prématurées. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme du « mariage pour tous » (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2022), les couples de femmes mariées peuvent recourir au don de sperme si elles souhaitent avoir un enfant.

La loi vise à protéger la dignité humaine, la personnalité ainsi que la famille et à interdire l'utilisation abusive de la biotechnologie et du génie génétique (art. 1). Il s'agit notamment de protéger l'enfant, les couples concernés, les femmes traitées, la famille, les donneurs de sperme ainsi que les embryons créés dans le cadre des procréations médicalement assistées. La société doit être protégée contre les tendances eugéniques et la discrimination. Plusieurs instruments d'application doivent garantir que les conditions légales soient respectées et les objectifs de protection atteints – notamment les obligations d'autorisation et de surveillance cantonale.

### Démarche et questions principales de l'évaluation sommative

L'évaluation sommative doit montrer dans quelle mesure la LPMA a fait ses preuves et où se situe son potentiel d'optimisation. Quatre questions ont été traitées : 1) Comment les recommandations de l'évaluation formative de la LPMA (2021) ont-elles été mises en œuvre ? 2) Quels développements concernant différents aspects du don de sperme ont été observés et comment les juger ?

---

<sup>1</sup> Loi fédérale du 18 décembre sur la procréation médicalement assistée (LPMA ; RS 810.11)

3) Quels sont les effets de la LPMA près de six ans après l'entrée en vigueur de la révision ? Les objectifs de protection sont-ils atteints ? 4) Y a-t-il un besoin d'optimisation ?

Premièrement, l'évaluation s'est appuyée sur des informations déjà existantes sur la loi et sa mise en oeuvre : données statistiques, notamment de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), données de l'évaluation formative, avis et directives de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) et d'autres acteurs, littérature scientifique. Deuxièmement, 37 entretiens semi-structurés ont été menés. Dans un premier temps, les parties prenantes des autorités, des commissions d'éthique, du corps médical, de la génétique médicale et des organisations de personnes concernées ont été interrogées. Puis, dans un deuxième temps, les spécialistes de la procréation médicalement assistée (ci-après également : les titulaires d'autorisation) et les représentant-e-s des autorités qui délivrent les autorisations cantonales.

## Résultats

Les résultats décrits ci-dessous font **le point sur les effets protecteurs de la loi voulus par le législateur** (question 3 de l'évaluation). Les conclusions sur la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation formative (question 1) et sur le don de sperme (question 2) y sont intégrées.

► **Conditions des couples (art. 3 LPMA) – protection satisfaisante de l'enfant** : La procréation médicalement assistée ne peut être pratiquée que sur des couples qui, « en considération de leur âge et de leur situation personnelle, paraissent être à même d'élever l'enfant jusqu'à sa majorité ». Les titulaires d'autorisation ne peuvent pas vérifier ces conditions avec une certitude totale. Selon les enquêtes menées, ils assument toutefois consciencieusement leurs responsabilités, avec quelques exceptions discutables concernant l'âge du partenaire. Certains titulaires d'autorisation critiquent les conditions légales et le rôle qui leur est attribué, les qualifiant de paternalistes. Une nouvelle directive de la CNE sur ce sujet devrait contribuer à harmoniser davantage les pratiques et les conditions d'application des centres.

► **Diagnostic préimplantatoire (art. 5a LPMA) – protection inégale des couples en cas de DPI visant à éviter la transmission d'une maladie héréditaire** : En cas de maladie héréditaire, les titulaires d'autorisation examinent consciencieusement et de manière interdisciplinaire si les exigences légales pour un DPI sont remplies (maladie grave ; apparition avant l'âge de 50 ans ; traitement efficace et approprié inexistant, situation intolérable pour le couple). Il est généralement reconnu que ces décisions au cas par cas sont exigeantes. Il est également compréhensible que les autorités de surveillance cantonales atteignent leurs limites dans ce domaine et soient parfois dépassées. De ce fait, l'on peut déplorer l'absence de toute comparaison et alignement des décisions au niveau national, comme l'offriraient un DPI-board à aménager de manière appropriée et un échange d'expériences institutionnalisé. Il existe un risque que les critères légaux soient interprétés de manière différente. Des inégalités existent également en ce qui concerne le traitement des informations excédentaires (résultats qui ne seraient pas nécessaires pour l'objectif du traitement, mais qui sont néanmoins générés). Toutefois, le législateur a délibérément laissé passer des occasions d'adaptation (la dernière en date étant la révision de la loi fédérale sur l'analyse génétique humaine, LAGH).

► **Diagnostic préimplantatoire (art. 5a LPMA) – protection inégale des femmes lors du DPI pour la sélection d'embryons ayant un bon potentiel de développement :** Du point de vue des médecins et des autorités de surveillance, en raison des standards médicaux établis, la décision de recourir au DPI en cas de stérilité et de sélectionner les embryons est moins exigeante que dans le cas de maladies héréditaires. Néanmoins, les attitudes des médecins influencent potentiellement la décision de recourir au DPI et de traiter les informations excédentaires. Dans ce cadre, la possibilité de choisir le sexe lors de la sélection des embryons, en partie affirmée dans la littérature juridique, est parfois critiquée.

► **Diagnostic préimplantatoire (art. 5a LPMA) – Jusqu'à présent, ni indices de tendances eugéniques indésirables, ni informations sur des discriminations :** Jusqu'à présent, il n'y a pas d'indices de tendances eugéniques indésirables dues au DPI pour la prévention de maladies héréditaires chez l'enfant désiré : les titulaires d'autorisation clarifient prudemment les conditions d'admission et, sur la base des indications publiées, aucune contradiction avec les critères d'admission légaux n'est apparente. Le nombre de cas est également faible. Les preuves empiriques (mais aussi les études suisses) concernant un éventuel renforcement de la discrimination sociale des personnes par le DPI font défaut jusqu'à présent. Selon des études menées dans d'autres pays, le DPI (comme plus souvent le diagnostic prénatal) favorise chez les parents d'intention un sentiment de culpabilité possible ou des craintes de reproches de la part de l'enfant dans le cas où ils ne feraient pas usage de la technologie.

► **Information et conseil du couple (art. 5b, 6 et 6a LPMA) – effet de protection inégal :** Selon les médecins et les autorités de surveillance interrogés, les titulaires d'autorisation ne rencontrent que peu de difficultés à respecter les dispositions légales relatives à l'information et au conseil du couple. L'évaluation formative a cependant constaté, sur la base d'entretiens avec des couples, un niveau de détail variable et des lacunes ponctuelles. Dans ce cadre, il a été recommandé à l'époque de mettre davantage l'accent sur les compétences en matière de conseil dans la formation continue. Cela n'a pas encore été mis en œuvre. Par ailleurs, l'activité de conseil se heurte à des limites lorsque, en raison d'interdictions d'application existantes – comme par exemple pour le don d'ovules –, un traitement adéquat ne peut pas avoir lieu en Suisse. Des enquêtes montrent que la plupart des couples qui recourent à ce traitement à l'étranger le font dans un pays où le droit de l'enfant à connaître son ascendance n'est pas garanti.

► **Règle des douze (art. 5b, 6 et 6a LPMA) – la protection de la femme traitée n'est pas encore optimale :** Le fait que, depuis 2017, jusqu'à douze embryons puissent être créés et conservés par cycle de traitement a permis une réduction massive de grossesses multiples. La protection du couple et en particulier de la femme contre les risques de grossesse est ainsi nettement mieux prise en compte qu'auparavant. Environ 7% des femmes traitées ont cependant plus de douze ovules imprégnés. Le maintien de la limite restreint artificiellement le choix d'embryons et donc les chances de succès pour ces femmes. Deuxièmement, les ovules imprégnés doivent être congelés et, en cas d'échec du premier transfert d'embryons, mis en culture ultérieurement dans un cycle séparé (et soumis à un test d'anomalies génétiques en cas de DPI) ; cette congélation et cette décongélation des ovules imprégnés compromettent les chances de réussite, car ils ne sont pas aussi robustes que

les embryons. Cela rend également le traitement plus coûteux. A l'inverse, si la règle des douze était supprimée, le nombre d'embryons conservés et devant être additionnellement détruits augmenterait d'environ 8%. De l'avis des médecins, mais aussi de la plupart des autres parties prenantes interrogées, l'intérêt de protection du couple en cas de suppression de la règle des douze l'emporte nettement sur cette augmentation, d'autant plus que la distinction faite par le législateur entre embryons et ovules imprégnés est discutable d'un point de vue éthique.

► **Conservation des gamètes et des embryons (art. 15 et 16 LPMA) – La protection des personnes qui conservent des gamètes pour des raisons non médicales est compromise :** Pour les personnes dont la stérilité est imminente (par exemple en raison d'un traitement contre le cancer), la loi permet de convenir d'une durée de conservation préventive des ovules ou des spermatozoïdes adaptée au cas individuel. Cela signifie jusqu'au moment où la personne décide de réaliser son désir d'enfant ou jusqu'à ce que ce désir cesse d'exister. Si cette raison médicale fait défaut, comme dans le cas du « social freezing », cela n'est pas garanti. En effet, la durée de la conservation est limitée à dix ans. Cette courte durée incite donc les femmes à ne conserver leurs ovocytes qu'à un âge où leur fertilité est déjà en baisse. Il existe également des incertitudes juridiques quant aux possibilités d'utilisation du patrimoine germinal conservé chez les personnes transgenres et les personnes non binaires. Dans le cas des embryons également, le délai de conservation de dix ans maximum pourrait, dans certains cas, conduire à la destruction d'embryons en raison de ce délai. Certains couples seraient ainsi obligés de créer de nouveaux embryons un peu plus tard pour avoir à nouveau un enfant.

► **Don de sperme (art. 3, al. 3 LPMA) – effet de protection partiellement limité pour les couples :** L'autorisation des traitements avec don de sperme offre aux couples mariés souffrant d'infertilité masculine une option de traitement supplémentaire et renforce ainsi leur protection ; depuis « mariage pour tous », les couples de femmes y ont recours. La protection est partiellement limitée, tout d'abord, par la règle des huit : les centres de procréation médicalement assistée ne peuvent pas toujours garantir que les frères et sœurs puissent être conçus par le même donneur. Ce souhait souvent exprimé est également menacé car, en raison de la LPMA (art. 15 LPMA), dans la plupart des cas, les dons de sperme ne peuvent être conservés que pendant cinq ans. Pourtant, passé ce délai, la planification familiale n'est souvent pas encore achevée. Pour les couples de femmes, certaines questions juridiques ne sont en outre pas définitivement clarifiées : il n'est ainsi pas clair si la sélection des spermatozoïdes en fonction de leur ressemblance avec la partenaire est autorisée ; l'art. 22 al. 4 LPMA n'autorise, pris à la lettre, qu'une ressemblance du donneur « avec l'homme ». De même, il n'est pas précisé si l'autre partenaire peut porter un deuxième enfant (issu d'un embryon produit par un ovocyte de la partenaire) ou si cela est considéré comme un don d'embryon et donc interdit.

► **Don de sperme, règle des huit (art. 22, al. 2 LPMA) – Les enfants sont largement protégés contre des liens de parenté non souhaités :** La règle des huit doit minimiser le risque que des demi-frères et demi-sœurs issus de familles différentes, ignorants de leur lien de sang, conçoivent des enfants ensemble. Les titulaires d'autorisation interrogés respectent la règle de huit enfants maximum par donneur et obligent contractuellement les donneurs de sperme à ne pas donner leur

sperme à un autre centre. Les centres qui importent des dons de sperme (cela concerne environ un quart des couples traités par don de sperme) se fient à l'accord passé avec la banque de sperme ou le donneur. Il n'y a cependant aucune garantie que la règle des huit soit toujours respectée, car l'Office fédéral de l'état civil (OFEC), seul acteur disposant de connaissances sur l'ensemble des centres, n'a pas de base juridique pour un tel contrôle. Plusieurs violations de la règle ont eu lieu au cours des premières années suivant son entrée en vigueur.

► **Don de sperme, examens médicaux du donneur (art. 19, al. 1 LPMA) – Les femmes sont protégées contre les contaminations et les enfants, dans une large mesure, contre les maladies héréditaires :** Selon les indications des médecins interrogés, tous les centres testent de manière approfondie les donneurs de sperme pour détecter d'éventuels risques de contamination pour la femme traitée (en particulier l'hépatite, le VIH, la syphilis, parfois d'autres), et ils ne prennent en compte que les donneurs dont la fertilité est suffisante. Tous les centres interrogés testent le donneur pour certaines maladies héréditaires graves et particulièrement fréquentes afin de protéger l'enfant. Dans un centre (importateur), le donneur est également soumis à un dépistage large des maladies héréditaires dont il est porteur ; deux centres envisagent de le faire à l'avenir. Jusqu'à présent, il n'existe en Suisse aucune règle légale ou déontologique concernant les maladies héréditaires pour lesquelles le donneur peut être testé. La CNE et la littérature juridique suggèrent de s'inspirer des critères de l'article 5a LPMA sur le DPI.

► **Don de sperme, droits de l'enfant à l'information (art. 24 à 27 LPMA) – Le droit de connaître ses origines est partiellement remis en question :** Il existe de sérieux doutes quant à la possibilité pour l'enfant conçu à l'aide d'un don de sperme de savoir dans tous les cas qui est son père biologique. Premièrement, il n'est pas certain que les parents informent effectivement l'enfant, bien que, selon l'enquête, les centres sensibilisent les parents à l'importance de ce sujet une ou plusieurs fois au cours du processus de traitement et/ou les avertissent que l'enfant découvrira certainement qu'il ne peut pas être le fils de son père légal en raison de la diffusion croissante des tests génétiques. Deuxièmement, il n'est pas totalement garanti que les naissances soient entièrement déclarées à l'OFEC – qui tient les registres – bien que ce doute soit plutôt mineur. Troisièmement, l'OFEC ne recherche pas l'adresse actuelle du donneur s'il réside à l'étranger, pour des raisons de coût. Par ailleurs, il existe des suggestions et des demandes d'extension des droits à l'information dans trois dimensions : abaissement de la limite d'âge, actuellement fixée à 18 ans ; accessibilité des informations sur les demi-frères et sœurs ; clarification ou élargissement de la notion d'« intérêt légitime ».

► **Mécanismes d'application de la loi (notamment art. 8 à 14 LPMA, art. 29 à 38 LPMA) – La surveillance cantonale atteint des limites :** Plusieurs aspects nuisent à l'efficacité de la surveillance et compromettent donc potentiellement la réalisation des objectifs de protection à l'échelle nationale. Premièrement, lors de l'examen de certaines dispositions légales (p. ex. critères d'admission du DPI en cas de risque de transmission d'une maladie héréditaire), les autorités cantonales peuvent se sentir dépassées par les exigences professionnelles particulièrement élevées de la procréation médicalement assistée. Deuxièmement, il existe des différences importantes dans la manière de travailler et la culture de surveillance des autorités de contrôle, ce qui entraîne une « sévérité » différente (p. ex. rythme et niveau de détail des inspections). Troisièmement, les autorités interprètent

différemment certaines dispositions légales (par exemple, l'importation de dons de sperme ; l'autorisation de pratiquer pour des médecins étrangers). En revanche, les exigences d'autorisation en tant que telles ont largement fait leurs preuves. Elles contribuent donc à la protection, notamment des femmes et des enfants traités. Il existe cependant des inégalités entre les cantons en ce qui concerne les exigences relatives aux systèmes de gestion de la qualité pour les laboratoires de procréation médicalement assistée, les exigences applicables aux laboratoires de génétique à l'étranger et les exigences de qualification pour les médecins étrangers souhaitant proposer des procréations médicalement assistées en Suisse. Enfin, il est encore nécessaire d'optimiser les données qui, selon l'art. 11 LPMA, doivent être rendues publiques et communiquées à l'autorité de surveillance. Cela concerne aussi bien les flux de communication que le contenu des données.

## Bilan global, besoins d'adaptation et recommandations

Dans l'ensemble, un bilan positif peut être tiré des effets protecteurs prévus par la LPMA. Les acteurs impliqués, en particulier les titulaires d'autorisation – les principaux destinataires de la norme –, orientent consciencieusement leurs actions en fonction de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée. Néanmoins, **des améliorations sont nécessaires**. Premièrement, **les mécanismes d'application présentent des lacunes**. Les cantons, en tant qu'autorités d'autorisation et de surveillance, se heurtent à des limites techniques et certains interprètent la loi de manière plus stricte que d'autres. Deuxièmement, **plusieurs lacunes ponctuelles** ont été constatées **dans les limites légales de la procréation médicalement assistée ou de son application**. Elles concernent l'examen des critères du DPI en cas de maladie héréditaire, l'information et le conseil aux couples, la limite de douze embryons par cycle de traitement, la durée de conservation du patrimoine germinale et plusieurs aspects relatifs au don de sperme (application aux couples de femmes, maximum de huit enfants par donneur, examens du donneur pour vérifier qu'il n'est pas porteur de maladies héréditaires, droit de l'enfant à connaître ses origines). Sur la base de ces constats, l'évaluation formule au total onze recommandations visant à améliorer les effets protecteurs voulus par le législateur (Tableau 1).

**Tableau 1:** Recommandations pour renforcer les effets protecteurs de la LPMA voulus par le législateur

Recommandation	Destinataires	Niveau
<p><b>Recommandation 1 concernant le diagnostic préimplantatoire (DPI) :</b> L'application uniforme des critères d'admission au DPI devrait être encouragée au moyen d'un DPI-board national et d'un échange national de décisions de cas particuliers.</p> <p><i>Mesure 1 :</i> L'OFSP devrait élaborer une proposition concrète pour un DPI-board national, qui donnerait aux titulaires d'autorisation et aux autorités de surveillance un cadre d'orientation pour l'application des conditions légales relatives au DPI.</p> <p><i>Mesure 2 :</i> Comme aide supplémentaire, les médecins devraient échanger des justifications et indications pour ou contre le DPI dans toute la Suisse.</p>	OFSP*, Société Suisse de Médecine de la Reproduction (SSMR), Groupe de travail endocrinologie gynécologique et médecine de la reproduction (GTER)	stratégique, éventuellement politique
<p><b>Recommandation 2 concernant l'information et le conseil aux couples:</b> Dans le cadre de l'évaluation du programme de formation postgraduée</p>	GTER	stratégique et opérationnel



Recommandation	Destinataires	Niveau
pour le titre de formation approfondie en médecine de la reproduction et en endocrinologie clinique en cours, la société spécialisée devrait examiner comment renforcer les compétences des médecins en matière de conseil dans le domaine de la procréation médicalement assistée.		
<b>Recommandation 3 relative à la création et à la conservation d'embryons</b> : La limite supérieure fixée par la LPMA, selon laquelle un maximum de douze embryons peuvent être créés et conservés par cycle de traitement de la femme, devrait être supprimée.	OFSP*	politique
<b>Recommandation 4 relative à la durée de conservation du patrimoine germinal</b> : La durée maximale de conservation de 10 ans fixée par la LPMA pour la conservation des ovocytes, des spermatozoïdes pour des raisons non médicales ainsi que des embryons devrait être abandonnée au profit d'une réglementation permettant une durée de conservation adaptée à chaque cas.	OFSP*	politique
<b>Recommandation 5 sur le don de sperme</b> : Les conditions permettant aux couples d'utiliser les spermatozoïdes d'un même donneur pour la conception de plus d'un enfant devraient être créées dans la législation sur la procréation médicalement assistée. <i>Mesure 1</i> : Le plafond d'utilisation des dons de sperme par donneur devrait à l'avenir être fixé en fonction du nombre de couples par donneur et non plus du nombre d'enfants. <i>Mesure 2</i> : Les couples devraient être autorisés à réutiliser les dons de sperme de « leur » donneur jusqu'à ce que leur planning familial soit terminé. <i>Mesure 3</i> : L'OFEC devrait être légitimé à contrôler le respect de la règle des huit et de la future réglementation à l'aide du registre des donneurs de sperme et à en informer les autorités de surveillance.	OFSP*	politique
<b>Recommandation 6 sur le don de sperme</b> : Il conviendrait de clarifier, à un niveau approprié, quelles analyses génétiques doivent être possibles pour déterminer si le donneur de sperme est porteur de maladies héréditaires.	SSMR, cantons, OFSP*, Société Suisse de Génétique Médicale (SSGM)	stratégique, éventuellement politique
<b>Recommandation 7 sur le don de sperme</b> : Les parents devraient davantage être responsabilisés pour qu'ils informent leur enfant sur le don de sperme. <i>Mesure 1</i> : Il conviendrait d'examiner les moyens d'obliger, au niveau législatif, les parents à informer leur enfant issus d'un don de sperme. <i>Mesure 2</i> : Il conviendrait de chercher des moyens pour que l'enfant puisse obtenir l'adresse de contact actuelle, même dans le cas de donneurs étrangers.	OFSP*	politique
<b>Recommandation 8 sur le don de sperme</b> : La législation sur la procréation médicalement assistée devrait clarifier les critères selon lesquels le donneur de sperme peut être choisi pour les couples de femmes.	OFSP*	politique
<b>Recommandation 9 concernant les données de déclaration</b> : Les acteurs chargés de l'application de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée devraient améliorer l'étendue et la pertinence des données sur la procréation médicalement assistée mises à la disposition des autorités de surveillance et du public.	OFS, cantons, SSMR (commission FIVNAT), OFSP	stratégique et opérationnel

Recommandation	Destinataires	Niveau
<i>Mesure 1</i> : Les travaux visant à réaliser une collecte de données et une publication uniformes devraient être achevés rapidement. <i>Mesure 2</i> : Il faudrait essayer d'utiliser davantage le potentiel des indicateurs de qualité par centre pour la surveillance. <i>Mesure 3</i> : Il conviendrait de saisir les occasions de mieux cerner la mobilité internationale en matière de procréation grâce à la coopération internationale dans la collecte de données.		
<b>Recommandation 10 concernant les systèmes de gestion de la qualité (SGQ)</b> : Il faudrait imposer les mêmes exigences aux SGQ des laboratoires de médecine de la reproduction dans toute la Suisse. Si nécessaire, cela devrait passer par la création d'une base légale.	OFSP*, cantons, SSMR, GTER	stratégique, éventuellement politique
<b>Recommandation 11 relative aux autorisations et à la surveillance</b> : Il conviendrait d'examiner de plus près la possibilité de centraliser les autorisations et la surveillance de la procréation médicalement assistée au niveau fédéral.	OFSP*	stratégique, éventuellement politique

\* Le rôle de l'OFSP se rapporte, pour les mentions marquées d'un \*, aux travaux préparatoires et au suivi du processus de révision des bases légales.

La LPMA est entrée en vigueur il y a bientôt 25 ans. Depuis lors, la procréation médicalement assistée a progressé et continuera de le faire. L'image de la famille, dont la loi est imprégnée, a également évolué, du moins en partie. Des adaptations ponctuelles de la loi ont déjà été faites (DPI, autorisation du don de sperme pour les couples de femmes mariées) ou sont en préparation (don d'ovules). L'équipe d'évaluation suggère néanmoins, **outre l'optimisation des effets protecteurs voulus par le législateur, de procéder à une large analyse et vue d'ensemble de la procréation médicalement assistée d'un point de vue éthique et médical**. L'objet ne devrait pas être uniquement la loi existante, mais aussi les nombreuses autres propositions d'adaptation qui ont été faites ces dernières années dans le débat public et politique. Celles-ci ne visent pas seulement à autoriser des technologies qui ne l'étaient pas jusqu'à présent, mais aussi, par exemple, à élargir les formes de famille autorisées pour la procréation médicalement assistée ou à soumettre la procréation médicalement assistée à l'assurance obligatoire des soins.