

AVIS 149

BAISSE DE LA NATALITÉ ET DE LA FERTILITÉ : DES RÉPONSES DIFFÉRENTES, DES ENJEUX ÉTHIQUES PARTAGÉS

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ

BAISSE DE LA NATALITÉ ET DE LA FERTILITÉ : DES RÉPONSES DIFFÉRENTES, DES ENJEUX ÉTHIQUES PARTAGÉS

Le présent avis 149 a été adopté le 27 février 2025 à la majorité absolue. Lors de cette séance, 12 votants étaient des membres du CCNE maintenus en fonction, en attente du décret de renouvellement partiel prévu par l'article L. 1412-2 du code de la santé publique.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	7
AVERTISSEMENT	10
INTRODUCTION : DÉFINITIONS, FACTEURS EXPLICATIFS ET INDICATEURS	11
I. LA PLACE DE L'ENFANT DANS LA SOCIÉTÉ ACTUELLE	16
A) Le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant et ses limites	16
B) Le droit de l'enfant à connaître son identité	17
C) Le désir d'enfant dans une société en mutation	18
II. LA BAISSE DE LA NATALITÉ : ÉTAT DES LIEUX.....	20
A) Une baisse confirmée de la natalité en France	20
B) Les débats des démographes : une baisse conjoncturelle ou durable ?.....	21
C) Les projections au niveau mondial	22
Au-delà des 30 prochaines années, l'avenir est incertain :	22
D) Les mesures prises à l'étranger pour lutter contre la baisse de la natalité	23
E) L'apport migratoire.....	25
III. APPROCHE SOCIÉTALE DE LA BAISSE DE LA NATALITÉ : DES RAISONS MULTIPLES ET DES RÉPONSES, EN GRANDE PARTIE, DE POLITIQUES PUBLIQUES	27
A) Le non-désir d'enfant.....	27
B) Le désir d'enfant « empêché »	29
C) Le recul de l'âge de la maternité : un phénomène déterminant	31
D) La place des femmes dans la société : une évolution culturelle majeure.....	34
E) Sexualité, déconjugualisation.....	35
F) La fécondité par catégorie sociale	36
IV. ENJEUX BIOMÉDICAUX FACE A L'AUGMENTATION DE L'INFERTILITÉ	38
A) État des lieux concernant la baisse de la fertilité et les réponses de la médecine	38
B) Les facteurs d'infertilité	39
1) L'impact de l'obésité.....	39
2) L'impact de l'environnement, de la pollution et des perturbateurs endocriniens	39
3) Une dimension transgénérationnelle	40
C) Les progrès mais aussi les limites de l'assistance médicale à la procréation (AMP).....	41
1) Un accès aux techniques d'AMP variable et marqué par de nombreuses inégalités : une information insuffisante, un recours trop tardif, des parcours compliqués, avec une efficacité non optimale, et des inégalités territoriales	41
2) L'autoconservation ovocytaire	43
a) Des progrès récents, mais à améliorer	43
b) Que deviennent ces ovocytes auto-conservés ?.....	46
3) L'élargissement de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes non mariées et les conséquences de la dernière loi de bioéthique de 2021	48
V. ENJEUX ÉTHIQUES DE LA BAISSE DE LA NATALITÉ	49
A) La baisse de la natalité en France, à l'échelle européenne et mondiale : est-elle un problème en soi ?	49
B) La nécessité d'une approche sur le long terme.....	51

AVIS 149

C) Entre autonomie et solidarité	52
D) Quelle société à venir ?	54
VI. PERSPECTIVES PROPOSÉES PAR LE CCNE	56
A) La baisse de la natalité : sensibiliser, réinventer des politiques publiques, respecter les choix individuels	56
B) Infertilité : nécessité d'une sensibilisation massive sur les causes multiples, dont l'âge, et d'un effort important de recherche	58
1) Un rapport sur la stratégie nationale	58
2) Renforcer l'information sur la fertilité	58
3) Deux points d'attention sur les enfants nés par AMP	59
4) Information des professionnels de santé	60
C) Des évolutions souhaitables dans le champ de l'AMP susceptibles d'améliorer l'accompagnement médical des personnes s'inscrivant dans des démarches de procréation	61
1) Les limites d'âge fixées pour l'autoconservation ovocytaire	61
2) Les conditions d'accès à l'AMP	62
CONCLUSIONS	64
ANNEXES	69
Annexe 1 – Membres du groupe de travail	69
Annexe 2 – Personnes auditionnées par le groupe de travail	70
Annexe 3 – Saisine du CCNE par le Ministre délégué chargé de la santé et de la prévention	72
Annexe 4 – Liste des abréviations	73
Annexe 5 - Données	74

RÉSUMÉ

Baisse de la natalité et de la fertilité : des réponses différentes, des enjeux éthiques partagés

En France, la natalité est en déclin : on comptait 888 000 naissances en 1973, contre seulement 663 000 en 2024¹. En janvier 2024, le Président de la République s'est engagé à soutenir la lutte contre l'infertilité, et en juin 2024, le Ministre délégué chargé de la santé et de la prévention a saisi le CCNE à ce sujet.

Cette baisse de la natalité n'est pas un phénomène isolé, elle touche l'ensemble de l'Europe et s'inscrit aussi dans une tendance internationale : près de deux tiers de la population mondiale connaît des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de renouvellement des générations (2,05 enfants par femme).

Les politiques familiales françaises (mise en place de congés parentaux, d'allocations familiales, développement de crèches) ont longtemps permis de soutenir la natalité, ce qui peut, peut-être, expliquer pourquoi la France reste relativement mieux positionnée que nombre de ses voisins européens. Par ailleurs, le solde migratoire positif, et le taux de fécondité élevé des personnes issues de l'immigration **sont un facteur réel, bien que difficile à chiffrer, de rajeunissement et de dynamisme de la population**². La France reste ainsi l'un des pays d'Europe où la fécondité est la plus élevée.

Face à ce constat, le CCNE s'interroge : quels sont les enjeux sociaux, économiques et culturels sous-jacents à la baisse de la natalité ? ; quels sont les enjeux médicaux autour de l'infertilité ?

Le CCNE a identifié plusieurs déterminants socio-économiques et culturels expliquant pourquoi certaines femmes, hommes, couples, retardent, hésitent ou renoncent à avoir des enfants :

- Le contexte économique défavorable : les difficultés actuellement rencontrées par de nombreux jeunes pour accéder à un emploi stable et suffisamment rémunéré pour disposer d'un logement compatible avec l'arrivée d'un enfant contribue au renoncement ou au recul progressif des projets de parentalité.
- La transformation du rôle de la femme dans la société, le recul de l'âge de la maternité et l'augmentation du non-désir d'enfant : l'émancipation des femmes, rendue possible par des progrès sociaux comme l'accès à l'éducation, à la contraception et la participation croissante au marché du travail depuis les années 1970 a conduit à une diminution de l'importance accordée au mariage et à la maternité.

¹ Papon, Sylvain. « Bilan démographique 2023. En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse ». *Insee Première*, n° 1978 (2024). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>.

² Reynaud, Didier. « Combien les femmes immigrées ont-elles d'enfants ? » *Insee Première*, n° 1939 (21 février 2023): 1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6801884>.

- La transformation de la conjugalité : la baisse de l'activité sexuelle des français³ interroge. Les couples sont moins nombreux et moins stables qu'avant⁴.
- La place de l'enfant dans la société : à la fois cause et conséquence de la baisse de la natalité, la perception de l'enfant a évolué, passant d'une nécessité sociale à un choix personnel.
- Le contexte environnemental : l'éco-anxiété et la responsabilité écologique jouent un rôle croissant dans les choix de vie. Certains couples ou femmes hésitent à avoir des enfants en raison de leurs préoccupations environnementales.

La baisse de la natalité est essentiellement liée à ces facteurs sociaux-économiques et culturels conduisant à des choix individuels.

Par ailleurs, des obstacles médicaux peuvent également être rencontrés par certains couples ou femmes essayant d'avoir un enfant. Il existe en effet de multiples causes de l'infertilité, tant chez la femme que chez l'homme. Elles peuvent être liées au recul excessif de l'âge de la maternité, être d'ordre génétique⁵, hormonal, ou encore relatives à l'environnement, aux conditions de vie et aux habitudes alimentaires. L'obésité, la pollution et la présence de perturbateurs endocriniens dans un grand nombre de produits accessibles à la consommation sont par exemple des facteurs d'infertilité connus, de plus en plus documentés dans la littérature scientifique. Ces causes d'infertilité sont parfois aggravées par les difficultés d'accès à l'AMP, et dont les succès réels ne doivent néanmoins pas occulter les limites : la complexité des parcours, les résultats non garantis, les souffrances associées en cas d'échec. Une approche plus personnalisée de l'infertilité doit pouvoir être développée pour une meilleure efficacité des traitements proposés.

Si le CCNE a choisi de traiter séparément les causes socio-économiques et bio médicales de la baisse de la natalité, ces variables ne sont pas isolées et forment un réseau d'influences qui conditionne la fertilité. L'obésité et l'environnement sont par exemple des facteurs à la fois médicaux et sociétaux de l'infertilité.

À l'issue de cette réflexion, le CCNE souhaite rappeler que la décision de devenir parent est, par nature, profondément personnelle et intime. C'est la raison pour laquelle, il insiste ainsi sur les deux points suivants :

³ ANRS, Inserm, et Santé publique France. « CSF Contexte des sexualités en France. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE ». Inserm, 13 novembre 2024. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf.

⁴ Tacchi, Nathan. « Moins mais mieux ? Voici à quoi ressemble la vie sexuelle des Français ». *Le Point*, 13 novembre 2024. https://www.lepoint.fr/societe/plus-de-diversite-moins-d-intensite-a-quoi-ressemble-la-vie-sexuelle-des-francais-13-11-2024-2575219_23.php.

⁵ Lafraoui, Imène, et al. "Genetic Landscape of a Cohort of 120 Patients with Diminished Ovarian Reserve: Correlation with Infertility." *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 25, no. 22, Nov. 2024, p. 11915, <https://doi.org/10.3390/ijms252211915>.

- L'indispensable respect de l'autonomie : il appelle au respect de l'autonomie de chacun(e) et souligne qu'il ne serait pas éthique de contraindre, par quelque technique que ce soit et quelles que soient les raisons avancées, les femmes et les hommes qui ne veulent pas avoir d'enfants, à en avoir. L'autonomie dans la décision de fonder une famille doit être respectée, et ne pas être affectée par des pressions sociales ou politiques.
- La nécessité de la solidarité collective : le désir d'enfant se heurte parfois à des obstacles involontaires, tels que l'infertilité ou les conditions socio-économiques défavorables, et dès lors, la solidarité collective doit intervenir. Le CCNE appelle donc à l'expression d'une solidarité renforcée dans les politiques publiques :
 - D'une part, à travers des dispositifs d'accompagnement, de prévention, de sensibilisation et d'information sur la fertilité, ses déterminants (au premier rang duquel l'âge) et ses contraintes temporelles, ainsi que sur les possibilités et les limites des techniques d'AMP.
 - D'autre part, par la mise en place de mesures concrètes pour aider celles et ceux qui souhaitent avoir des enfants à surmonter les obstacles qui se dressent devant eux : en particulier, une meilleure prise en charge de la petite enfance avec une amélioration en pratique des différents modes de garde des enfants, quelles qu'en soient les modalités, à des coûts supportables par les parents.

Le vieillissement de la population, induit notamment par la baisse de la natalité, représente un défi pour la dynamique économique du pays, la pérennité des systèmes de sécurité sociale et de retraites, mettant ainsi le pacte social en péril – et plaide donc pour une conciliation entre la solidarité sous toutes ses formes – intergénérationnelle, interindividuelle – et l'autonomie individuelle.

Les enjeux discutés au sein de cet avis s'inscrivent dans des dynamiques temporelles longues, et appellent de ce fait, de façon impérative, une approche et des réponses de politiques publiques s'inscrivant dans la durée.

Enfin, le CCNE attire l'attention sur l'insuffisance des données scientifiques disponibles sur le sujet, et insiste sur la nécessité de soutenir la recherche, en sciences humaines et sociales, en sciences démographiques, sur les causes et les explications de la baisse de la natalité pour pouvoir mieux les comprendre, et y apporter des réponses adaptées. De même, une recherche biomédicale plus soutenue doit être portée sur une approche plus personnalisée de l'infertilité.

AVERTISSEMENT

La baisse de la natalité est devenue un sujet d'actualité. Il ne revient pas au Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé de rendre un avis sur le caractère moral ou non du désir d'enfant et/ou de son absence, ni sur les choix qui en découlent. La décision de concevoir un enfant, ou non, revient, exclusivement, aux femmes et/ou aux couples.

Néanmoins, compte-tenu de la saisine qui lui a été adressée, le CCNE s'est attaché à dresser un bilan le plus objectif possible concernant la baisse de la natalité en France et à l'étranger, et à en exposer, autant que possible, les déterminants et les questionnements éthiques. Le CCNE a souhaité distinguer ce qui relève de la baisse de la natalité qui pose des enjeux de politiques publiques, de l'infertilité liée à des problèmes médicaux.

Le CCNE souhaite souligner que les enjeux discutés au sein de cet avis s'inscrivent dans des dynamiques temporelles longues, et appellent de ce fait, de façon impérative, une approche et des réponses de politiques publiques s'inscrivant dans la durée.

Il attire enfin l'attention sur l'insuffisance des données scientifiques disponibles sur le sujet, tant dans le domaine des sciences humaines et sociales que dans le champ biomédical, qui restreint la compréhension globale des enjeux qui y sont inhérents ; et la nécessité, par conséquent, de soutenir activement la recherche, en particulier pour mieux comprendre les causes de l'infertilité et en vue de l'amélioration de l'AMP.

INTRODUCTION : DÉFINITIONS, FACTEURS EXPLICATIFS ET INDICATEURS

« L'enfant doit être notre souci. Et savez-vous pourquoi ? Savez-vous son vrai nom ?

L'enfant s'appelle l'avenir »

Victor Hugo, Actes et paroles (1875-1876)

La baisse de la natalité en France est avérée et importante : alors que l'on comptait 888 000 naissances en 1973, seules 663 000 ont été enregistrées en 2024⁶. Par ailleurs, alors que le nombre d'enfants/femme était de 2, en moyenne, en 2014, il n'était plus que de 1,62 en 2024⁷.

La qualification de ce phénomène fait débat. Certains démographes⁸ évoquent des fluctuations, d'autres une baisse : le nombre de naissances a certes baissé significativement depuis 2010, mais il a également connu une dynamique de croissance en 2014 et en 2021. Néanmoins, cette situation interpelle : un plan national « Fertilité » a été rendu au Ministre des Solidarités et de la santé par le Professeur Samir Hamamah et Mme Salomé Berlioux en 2022, et le Président de la République s'est engagé en janvier 2024 à soutenir la lutte contre l'infertilité. Cela a motivé la saisine du Ministre délégué chargé de la santé et de la prévention adressée au CCNE en juin 2024, à laquelle celui-ci répond partiellement au sein de cet avis (cf. Annexe).

Cette baisse de la natalité est observée dans la plupart des pays européens de même qu'à l'échelle mondiale. Près des deux tiers de la population mondiale connaît des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de renouvellement des générations, qui correspond au nombre moyen d'enfants par femme nécessaire pour que chaque génération en engendre une suivante de même effectif (2,05 enfants par femme). Elle découle de deux dynamiques étroitement intriquées, difficiles à quantifier, et nécessitant plus d'enquêtes épidémiologiques et de recherches en sciences humaines et sociales :

- La baisse de la natalité liée à la baisse de la fécondité pour des raisons économiques, sociales et culturelles (difficultés pour accéder à un emploi stable, à un niveau de rémunération suffisant, à un logement compatible avec la paren-

⁶ Papon, Sylvain. « Bilan démographique 2023. En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse ». *Insee Première*, n° 1978 (2024). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>.

Toutes les données de ce paragraphe sont issues de cette référence.

⁷ Thélot, Hélène. « Bilan démographique 2024. En 2024, la fécondité continue de diminuer, l'espérance de vie se stabilise. » *Insee Première*, no. 2033 (January 14, 2025): 1-4.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327319>.

⁸ Brée, Sandra, et Didier Breton. « Évolution de la natalité et de la fécondité en France depuis 50 ans et perspectives : la baisse récente va-t-elle se prolonger ? » *Informations sociales* 211, n° 3 (2023): 20-32. <https://doi.org/10.3917/ins.211.0020>.

talité, à une véritable conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, manque de places en crèches, d'aides financières suffisantes) mais aussi peur de l'avenir sur les plans géopolitiques et environnementaux. Cet ensemble génère tout à la fois des difficultés pratiques et un certain mal-être incompatible avec la projection dans la parentalité. Ces dimensions économiques, sociales et culturelles semblent expliquer en grande partie la baisse de la fécondité.

- La baisse de la natalité liée à la baisse de la fertilité pour des raisons biologiques et médicales, parfois engendrées par des phénomènes sociaux, (au premier rang desquelles le recul de l'âge de la maternité, mais également les difficultés d'accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation, leurs limites ou encore l'impact des perturbateurs endocriniens sur la fertilité ainsi que certains facteurs génétiques). Cette baisse de la fertilité appelle au premier plan une réponse médicale. On considère qu'après une prise en charge médicale adaptée, environ 6 à 40% des couples demeurent infertiles⁹. Ces données appellent à une amélioration possible de la prise en charge ainsi qu'à poursuivre une recherche active sur l'AMP et les causes de l'infertilité.

Cet avis a vocation à expliciter ces différentes causes de la baisse de la natalité, à en suggérer les conséquences au long terme, à en exposer les enjeux éthiques, et à formuler un certain nombre de propositions pour une appréhension et une appropriation respectueuse de ces problématiques, à l'égard des femmes, des couples et des enfants.

Cet avis ne répond que partiellement à la saisine des autorités. En effet certaines questions posées dans la saisine, en particulier eu égard à l'accompagnement médical des personnes souhaitant s'inscrire dans une démarche d'accompagnement médicalisé, seront à nouveau discutées et de façon plus approfondie dans le cadre des États généraux de la bioéthique que le CCNE organisera en 2026, préparant la nouvelle loi de bioéthique, et ne constituent donc, au sein de cet avis, que des réflexions introductives.

⁹ Leridon, Henry. « Can Assisted Reproduction Technology Compensate for the Natural Decline in Fertility with Age? A Model Assessment ». *Human Reproduction* 19, n° 7 (1 juillet 2004): 1548-53.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deh304>.

Définitions, facteurs explicatifs et indicateurs

La natalité¹⁰ se définit comme le nombre de naissances au sein d'une population. La natalité d'un pays dépend de la fécondité des femmes en âge de procréer, de leur nombre au sein de la population.

Les termes « fertilité » et « fécondité » sont volontiers utilisés l'un pour l'autre¹¹ de même qu' « infertilité », « infécondité » et « stérilité », voire confondus. De plus, en anglais, « fertilité » est souvent traduit par *fecundity* et « fécondité » par *fertility*, ce qui complexifie la lecture des articles scientifiques.

«Fertilité » et « fécondité » sont pourtant des concepts scientifiquement différents, définis dans le dictionnaire de démographie et des sciences de la population¹² :

- La fécondité est un fait : avoir, ou non, donné lieu à une naissance¹³.
- La fertilité est une potentialité¹⁴ : il s'agit de la capacité biologique d'une femme, d'un homme ou d'un couple à concevoir un enfant¹⁵ (elle est très difficile à mesurer, même après un bilan médical). L'infertilité est une affection du système reproducteur masculin ou féminin définie par l'impossibilité d'aboutir à une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels non protégés réguliers. L'infertilité peut être attribuée à l'homme, à la femme (ou aux deux), ou à des facteurs inexpliqués. Certaines causes d'infertilité sont évitables (voir chapitre 4) les causes multiples de l'infertilité et la nécessité d'une recherche active). Le traitement de l'infertilité suppose souvent de recourir à la fécondation in vitro (FIV) et à d'autres types de techniques de procréation médicalement assistée¹⁶. Chez la femme, la fertilité spontanée diminue dès 30 ans, nettement après 37 ans, en raison d'une diminution du nombre et de la qualité des ovocytes avec l'âge. L'âge paternel est également associé à une diminution de la fertilité¹⁷, mais décalé par rapport à la femme.

¹⁰ Vie publique. « Natalité, fécondité, infertilité : l'essentiel en cinq questions », 30 janvier 2024. <https://www.vie-publique.fr/questions-reponses/292778-natalite-fecondite-infertilité-le-point-en-5-questions>.

¹¹ Le dictionnaire Larousse cite l'infécondité comme synonyme de l'infertilité : Larousse. « Définitions : infécondité - Dictionnaire de français Larousse ». <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inf%C3%A9condit%C3%A9/42894>.

¹² Meslé, France, Laurent Toulemon, et Jacques Véron. Dictionnaire de démographie et des sciences de la population. Dictionnaire. Paris: Armand Colin, 2011.

¹³ Le dictionnaire Larousse cite l'infécondité comme synonyme de l'infertilité : Larousse. « Définitions : infécondité - Dictionnaire de français Larousse ». <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inf%C3%A9condit%C3%A9/42894>.

¹⁴ Assurance Maladie. « Baisse de la fertilité et de la fécondité : pourquoi ? » ameli, 17 janvier 2025. <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/devenir-parent/concevoir-un-enfant/sterilite-pma-infertilité/baisse-de-la-fertilité-et-de-la-fécondité-pourquoi>.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Organisation mondiale de la Santé. « Infertilité », 15 septembre 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.

¹⁷ Heffner, Linda J. « Advanced Maternal Age – How Old Is Too Old? » *New England Journal of Medicine* 351, n° 19 (4 novembre 2004): 1927-29. <https://doi.org/10.1056/NEJMp048087>.

L'infertilité est aujourd'hui devenue un problème de santé publique, individuel et collectif. Selon un rapport publié en 2023 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la question concerne environ 17,5 % de la population adulte – soit environ une personne sur six dans le monde¹⁸. Il s'agit donc d'un problème majeur à l'échelle mondiale.

Définitions des différentes mesures et indices :

Le **taux de natalité** correspond au nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à la population moyenne de l'année. Il est généralement exprimé pour mille habitants¹⁹.

« Le **taux de fécondité** à un âge donné (ou pour une tranche d'âges) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

Par extension, le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 50 ans sur l'année). À la différence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, son évolution dépend en partie de l'évolution de la structure par âge des femmes âgées de 15 à 50 ans²⁰. »

Le seuil de remplacement (ou de renouvellement) des générations représente le nombre moyen d'enfants qu'une femme doit avoir pour que la population reste stable d'une génération à l'autre. Ce seuil est de 2,05 enfants par femme, car, en moyenne, il y a un peu plus de garçons que de filles à la naissance (105 garçons pour 100 filles)²¹.

Il existe 2 mesures de la fécondité :

- **L'indicateur conjoncturel de fécondité** : c'est-à-dire « la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là »²².

¹⁸ Organisation mondiale de la Santé. « Selon l'OMS, dans le monde, une personne sur six est touchée par l'infertilité », 4 avril 2023. <https://www.who.int/fr/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>.

¹⁹ Institut national d'études démographiques. « Natalité ». Consulté le 10 février 2025. <https://www.ined.fr/fr/lexique/natalite>.

²⁰ Insee. « Taux de fécondité / Quotient de fécondité - Définition ». <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1872>.

²¹ Insee. « Seuil de remplacement des générations / Seuil de renouvellement des générations – Définitions ». <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2320>.

²² Institut national d'études démographiques. « Indicateur conjoncturel de fécondité ». <https://www.ined.fr/fr/lexique/indicateur-conjoncturel-de-fecundite>.

- La descendance finale : « une génération assure son remplacement si le nombre de filles dans la génération des enfants est égal au nombre de femmes dans la génération des parents. A cause du rapport de masculinité à la naissance (il naît 105 garçons pour 100 filles) et de la faible mortalité infantile, le niveau de remplacement est atteint lorsque les femmes ont environ 2,05-enfants dans les pays développés ». Cet indicateur ne s'applique pas à une année de calendrier, mais à une génération de femmes. La descendance finale de celles nées en 1969 (qui ont fêté leur 50^e anniversaire en 2019), qui est de 2,00 enfants, correspond au nombre moyen d'enfants auxquels elles ont donné naissance au cours de leur existence. La moyenne est calculée ici sans tenir compte de la mortalité (on ne considère que les femmes ayant vécu au moins jusqu'à 50 ans). Contrairement à l'indicateur synthétique de fécondité, qui fait référence à une génération fictive, cette mesure s'applique à des femmes bien réelles. Elle a cependant l'inconvénient de ne pouvoir être mesurée que pour des générations ayant atteint ou dépassé l'âge de 50 ans.

Les épidémiologistes utilisent souvent les notions d'« infécondité volontaire » pour désigner l'infécondité résultant d'une absence de projet de parentalité, et d' « infécondité involontaire » pour évoquer l'infécondité pour raisons liées à l'état de santé²³.

Néanmoins, au sein de cet avis, par souci de clarté, le CCNE a choisi d'analyser les enjeux relatifs à la baisse de la natalité pour des raisons économiques, sociales et culturelles d'une part, biologiques et médicales d'autre part, tels qu'évoqués dans l'introduction : il lui semble en effet inapproprié de considérer que la baisse de la fécondité induite par des facteurs économiques est volontaire alors même que ceux-ci sont, de fait, subis (et non choisis) par les femmes et les couples.

²³ Debest, Charlotte, Magali Mazuy, et L'Équipe de L'Enquête Fecond. « Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant »: *Population & Sociétés*, n° 508 (3 février 2014): 1-4.

<https://doi.org/10.3917/popso.508.0001>.

De Pierrepont, Catherine, et Joseph J. Lévy. « L'infécondité volontaire: Motivations et enjeux de transmission dans un forum de discussion ». *Anthropologie et Sociétés* 41, n° 2 (12 décembre 2017): 175-99. <https://doi.org/10.7202/1042320ar>.

Khoshnood, Babak, Marie Hélène Bouvier-Colle, Henri Leridon, et Béatrice Blondel. « Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 37, n° 8 (2008): 733-47.

<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2008.08.007>.

Boitrelle, Florence, Pauline Plouvier, Agathe Dumont, Anne Laure Barbotin, Jean Marc Rigot, Joëlle Beilaïsch-Allart, et Geoffroy Robin. « Conséquences de l'âge du père sur la fertilité, les résultats de l'AMP et la santé des enfants ». *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 45, n° 1 (janvier 2017): 28-31. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2016.12.004>.

I. LA PLACE DE L'ENFANT DANS LA SOCIÉTÉ ACTUELLE

Le CCNE a fait le choix d'ouvrir sa réflexion sur la natalité en s'interrogeant sur la place de l'enfant dans la société actuelle, considérant qu'il n'est pas possible, en particulier au plan éthique, de questionner les différents enjeux relatifs à la procréation sans accorder prioritairement son attention à l'intérêt supérieur de l'enfant à venir. Celui-ci doit en effet être au centre des considérations éthiques, sociales et politiques liées aux choix des femmes et des couples qui sont, rappelons-le de nature individuelle, qui seront discutés dans cet avis.

A) LE RESPECT DE L'INTÉRÊT SUPÉRIEUR DE L'ENFANT ET SES LIMITES

La place de l'enfant s'est définie au fil des siècles selon des critères juridiques, historiques, religieux, biologiques, socioculturels et géographiques.

En parallèle, la notion *d'intérêt supérieur de l'enfant* n'a émergé que lentement au cours de l'histoire. Actuellement, l'intérêt de l'enfant est considéré comme primordial par la Convention internationale des droits de l'enfant²⁴ (art. 3 § 1) et comme une composante de la vie privée et familiale de l'enfant par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme²⁵. En droit européen, l'article 24, al. 2 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne²⁶ dispose que « dans tous les actes relatifs aux enfants, qu'ils soient accomplis par des autorités publiques ou des institutions privées, l'intérêt supérieur de l'enfant est également une considération primordiale »²⁷. Toutes ces dispositions visent un seul objectif : la protection de l'enfant contre toute forme d'atteinte, ce qui concerne tout à la fois son environnement, son bien-être, son éducation, son épanouissement, etc.

En France, le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant occupe une place centrale dans toutes les décisions le concernant. Dans sa décision n° 2018-768 QPC du 21 mars 2019, le Conseil constitutionnel, après avoir rappelé qu'aux termes des dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946, affirme que « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement (...) »

²⁴ UNICEF. « La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) ». <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants>.

²⁵ Cour européenne des droits de l'homme. Convention européenne des droits de l'homme. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_FRA.

²⁶ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. *Journal officiel des Communautés européennes*, C 364, 18 décembre 2000, 1-22. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf.

²⁷ Ibid. Article 24, page 13.

garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs »²⁸ fait de l'intérêt supérieur de l'enfant une exigence constitutionnelle qui oblige les autorités administratives et judiciaires à le prendre en considération²⁹.

L'appréciation concrète de l'intérêt de l'enfant est néanmoins parsemée de nombreux écueils si l'on ne veut pas se satisfaire d'un intérêt abstrait, immédiat, uniquement dicté par le désir de ceux qui ne le voient qu'au travers de leur projet parental et des situations créées de fait. En matière d'assistance médicale à la procréation par exemple, il peut être délicat de soutenir que l'intérêt de l'enfant est nécessairement celui de ceux ou celles qui ont « conçu » ce projet de naissance et le CCNE s'est interrogé à cet égard, en particulier en 2018, avant l'examen de la loi de bioéthique³⁰. En tout état de cause, il est essentiel de ne pas caricaturer l'intérêt de l'enfant dont les déterminants sont, de toute évidence, pluriels et complexes ; d'autant plus que ce dernier ne pourra s'exprimer que bien plus tard.

B) LE DROIT DE L'ENFANT À CONNAITRE SON IDENTITÉ

Il convient de relever que le droit de l'enfant, conçu par AMP avec donneur, à connaître son identité est de plus en plus reconnu aux niveaux national et international comme un droit fondamental de la personne humaine découlant essentiellement d'une construction jurisprudentielle s'appuyant sur l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme - qui garantit le droit au respect de la vie privée et familiale de toute personne. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) elle-même qui, en l'absence de consensus des Etats, opère une distinction subtile entre l'ingérence de l'État dans la vie familiale des parents d'intention qu'elle a admis pour la France (v. CEDH, 26 juin 2014, n° 65192/11, § 94) et le droit des enfants au respect de leur vie privée et familiale, semble dégager ainsi progressivement pour eux un droit d'accès aux origines, considérant que l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme contient le droit pour chacun d'établir les détails de son identité d'être humain (CEDH, Plén., 7 juillet 1989, Gaskin c/Royaume-Uni, req. N° 10454/83). Elle le confirme dans un Avis du 10 avril 2019 (Avis consultatif n° P 16-2018-001), en reconnaissant ce droit d'accès de l'enfant à ses origines et à la vérité de sa conception, indispensables à la construction de son identité, quel que soit son âge. Ce droit est également inscrit à l'article 3 de la Convention internationale des

²⁸ Conseil constitutionnel. « Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 », <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>.

²⁹ Conseil constitutionnel, Décision n° 2018-768 QPC du 21 mars 2019, M. Adama S., Examens radio-logiques osseux aux fins de détermination de l'âge. https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/as/root/bank_mm/decisions/2018768qpc/2018768qpc_ccc.pdf.

³⁰ Comité Consultatif National d'Ethique. « Avis 129 : Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019 ». CCNE, 18 septembre 2018. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis_129_vf.pdf.

droits de l'enfant. Dans un arrêt récent du 30 janvier 2024 (CEDH, 30 janvier 2024, Cherrier c/ France, § 28), la CEDH a clairement remarqué que l'évolution du droit français en cette matière correspond à la tendance générale qui se dégage en faveur d'une levée de l'anonymat des donneurs de gamètes dans les travaux du Conseil de l'Europe.

C) LE DÉSIR D'ENFANT DANS UNE SOCIÉTÉ EN MUTATION

Irène Théry, professeur de sociologie, spécialisée dans la sociologie du droit de la famille et de la vie privée, souligne qu'à l'échelle de l'histoire, et de façon structurelle en France, la tendance est à un idéal de famille de taille réduite, autour de 2 enfants, pour plusieurs raisons : la baisse de la mortalité infantile³¹, le fait que l'enfant est devenu un « bien rare et durable », les mutations de l'investissement par rapport à lui, des soins/sacrifices consentis pour son éducation. Il ne faut pas oublier d'ailleurs qu'il y a eu des périodes au cours de l'histoire au cours desquelles toutes les femmes n'avaient pas nécessairement d'enfants, comme les religieuses, qui étaient très nombreuses jusqu'à la fin du 19^e siècle, ainsi que les domestiques, les journaliers³²...

Malgré la baisse de la natalité, l'enfant représente toujours, pour beaucoup, le « prolongement d'un couple et d'une vie, pari sur l'avenir incertain d'un couple, d'une famille, d'une société, indispensable maillon d'une humanité, (...) investi de tant de rêves»³³ (Michèle Perrot). Pour bien des femmes et des couples, ne pas avoir d'enfants est en effet un manque, et le recours toujours plus important à l'AMP en est témoin³⁴ lui semble-t-il. À l'échelle de la société par ailleurs, l'enfant reste porteur de nombreuses espérances. Ainsi que l'affirmait Hannah Arendt, « Le miracle qui sauve le monde, le domaine des affaires humaines, de la ruine normale, "naturelle", c'est finalement le fait de la natalité, dans lequel s'enracine ontologiquement la faculté d'agir »³⁵.

Le désir d'enfant s'inscrit actuellement dans une mutation profonde des modèles familiaux et de la parentalité, avec pour faits marquants : l'augmentation de la part des familles monoparentales qui a doublé depuis 1990, passant de 12 % à 25 % (les en-

³¹ Dupont, Sébastien. « Comment la démographie a transformé la famille ». *Le Débat* 197, n° 5 (24 novembre 2017): 151-59. <https://doi.org/10.3917/deba.197.0151>.

³² Gibson, Ralph. « Le catholicisme et les femmes en France au XIX^e siècle. » *Revue d'histoire de l'Église de France* 79, no. 202 (1993): 63-93. <https://doi.org/10.3406/rhef.1993.1095>.

Ripa, Yannick. « Chapitre 4 - Le quotidien des femmes au XIX^e siècle. » In *Les femmes, actrices de l'histoire France, de 1789 à nos jours*, 34-45. Collection U. Armand Colin, 2010.

<https://shs.cairn.info/les-femmes-actrices-histoire-de-france-9782200246549-page-34>.

³³ Perrot, Michèle. « De l'enfant subi à l'enfant désiré ». In *Nouvelles fertilités, nouvelles familles: nouvelle humanité ?*, par Micheline Misrahi-Abadou et Boris Cyrulnik, 57-68. Paris: Odile Jacob, 2024.

³⁴ Agence de la biomédecine. « Rapport médical et scientifique 2023 ». <https://rams.agence-biomedecine.fr>.

³⁵ Arendt, Hannah. *La Condition de l'homme Moderne*. Translated by G Fradier. Agora. Paris: Calmann-Lévy, 1961.

fants des familles monoparentales vivent plus souvent avec leur mère (84 %)³⁶, l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation aux femmes et couples de femmes depuis la dernière loi de bioéthique en 2021, et de façon plus générale l'évolution des places des femmes dans la société.

³⁶ Papon, Sylvain, Bilan démographique 2023, op. cit.

II. LA BAISSE DE LA NATALITÉ : ÉTAT DES LIEUX

A) UNE BAISSE CONFIRMÉE DE LA NATALITÉ EN FRANCE

Nous sommes passés en France, en 50 ans, de 888 000 naissances en 1973 à 678 000 en 2023 (tableau 1 INSEE, 2024, Cf. Annexe 5). La baisse des naissances semble se confirmer en 2024 avec 663 000 naissances seulement enregistrées³⁷. Le taux de fécondité des femmes de moins de 30 ans baisse depuis les années 2000 ; une diminution accentuée depuis 2015, et encore davantage en 2023. Le taux de fécondité des femmes de 30 à 39 ans baisse depuis 1999 et celui des femmes de 40 ans ou plus, en hausse depuis le milieu des années 1980, marque le pas (tableau 2 INSEE, 2024, Cf. Annexe 4)³⁸.

La plupart des pays d'Europe connaissent une diminution importante de la natalité, souvent plus forte qu'en France³⁹. La baisse de la natalité en France est en effet moindre que dans les autres pays, l'une des raisons étant qu'il existe en France des mesures de politique familiale (crèches, écoles maternelles) pour aider à concilier vie privée et vie professionnelles qui ont amorti la baisse de la natalité⁴⁰. Par ailleurs, d'autres facteurs, plus culturels, peuvent jouer un rôle, comme par exemple le fait que le modèle familial construit autour de 2 enfants y est aussi, plus qu'ailleurs particulièrement valorisé socialement⁴¹. Enfin, les personnes issues de l'immigration contribuent à limiter cette baisse de la natalité en présentant des taux de natalité plus élevés que le reste de la population⁴². Néanmoins, il faut souligner une tendance à la baisse des taux de natalité chez les générations suivantes, qui adoptent des comportements similaires à ceux de la population du pays de naissance en matière de fécondité⁴³.

Dans plus de la moitié des pays de l'Union Européenne (UE), les décès sont plus nombreux que les naissances, mais la population continue souvent d'augmenter en raison

³⁷ Thélot, Hélène, Bilan démographique 2024, op. cit.

³⁸ Toutes les données du paragraphe proviennent de l'INSEE :
Papon, Sylvain, Bilan démographique 2023, op.cit.

³⁹ Solaz, Anne, Laurent Toulemon, et Gilles Pison. « La France, toujours une exception démographique en Europe ? » *Population & Sociétés* N° 620, n° 3 (19 mars 2024): 1-4.
<https://doi.org/10.3917/popso.620.0001>.

⁴⁰ Löchen, Valérie. « Politiques de la famille ». In *Comprendre les politiques sociales*, 87-128. Guides Santé Social. Dunod, 2013. <https://doi.org/10.3917/dunod.loche.2013.01>.

⁴¹ Crépin, Christiane. « La famille idéale ». *Recherches et Prévisions* 64, n° 1 (2001): 103-7.
<https://doi.org/10.3406/caf.2001.957>.

⁴² Institut national de la statistique et des études économiques, éd. *Immigrés et descendants d'immigrés en France*. Éd. 2023. INSEE Références. Montrouge: INSEE, 2023.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/6793391/IMMFRA23.pdf>.

⁴³ Reynaud, Didier. « Combien les femmes immigrées ont-elles d'enfants ? » *Insee Première*, n° 1939 (21 février 2023): 1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6801884>.

d'un solde migratoire positif (différence entre les entrées de migrants et les sorties)⁴⁴. Selon le démographe Gilles Pison, la population de l'UE ne pourra se maintenir à terme à son niveau actuel que grâce à une immigration importante, même dans le cas où la fécondité se relèverait.

B) LES DÉBATS DES DÉMOGRAPHES : UNE BAISSE CONJONCTURELLE OU DURABLE ?

Il n'est pas possible, à ce jour, d'anticiper avec certitude l'évolution de la natalité, dont les déterminants sont multiples et complexes, en France comme à l'échelle mondiale : les débats entre scientifiques sont toujours en cours. Trois scénarios sont envisagés pour la France par les démographes, entre lesquels il n'y a, pour le moment, pas de consensus.

- Un scénario optimiste : pour certains, la population de la France vieillit mais un « déclin démographique » n'est pas à redouter⁴⁵. Les projections de l'Insee pour 2070 concluent par exemple plutôt à une augmentation de la population française⁴⁶ avec une croissance lente comme constituant le scénario le plus probable d'ici cinquante ans⁴⁷. Il est possible en effet que les femmes fassent autant d'enfants que leurs mères mais plus tard – il est encore trop tôt pour le savoir. L'examen de la fécondité par génération montre que les femmes nées en 1972 (qui ont atteint 50 ans en 2022) et ont donc maintenant achevé leur vie féconde, ont eu en moyenne 1,99 enfant⁴⁸. Les femmes nées en 1982 (qui ont eu 40 ans en 2022) en ont, quant à elle, déjà 1,99, soit plus que leurs aînées de 10 ans au même âge, si bien que le total pourrait atteindre au moins 2,0 enfants à 50 ans⁴⁹.
- Un scénario serein : pour d'autres, si l'on prend en compte le bond relatif observé de l'espérance de vie en 2023 (compte-tenu de la crise Covid-19), de plus d'une demi-année par rapport à 2022⁵⁰ et la poursuite à la hausse du

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Pison, Gilles, et Sandrine Dauphin. *Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050. Un état des connaissances*. Documents de travail 259. Paris: Ined éditions, 2020. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/30829/dt.259.2020.projections.demographiques.france2.fr.pdf

⁴⁶ Algava, Elisabeth, et Nathalie Blanpain. « 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée ». *Insee Première*, n° 1881 (novembre 2021). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>.

⁴⁷ Pison, Gilles. « Huit milliards d'humains aujourd'hui, combien demain ? » *Population & Sociétés* N° 604, n° 9 (19 octobre 2022): 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.604.0001>.

⁴⁸ Pison, Gilles. « France 2022 : l'écart entre les naissances et les décès se réduit: » *Population & Sociétés* N° 609, n° 3 (21 mars 2023): 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.609.0001>.

⁴⁹ Pison, Gilles. « France 2016 : la natalité est en baisse ». *Population et Sociétés*, n° 542 (mars 2017): 1-4. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes>.

⁵⁰ Solaz, Anne, Laurent Toulemon, et Gilles Pison, La France, toujours une exception démographique en Europe ?, op. cit.

solde migratoire (150 000 entrants/an en moyenne ; 180 000 en 2023)⁵¹, et que la fécondité se stabilise au niveau de 2023, un tassement de la croissance pourrait être à prévoir.

- Un scénario pessimiste : d'autres enfin⁵², envisagent une possible poursuite de cette baisse de la natalité, bien en dessous du taux de remplacement. Cette situation est en effet observée dans de nombreux pays : à titre d'exemple, en dix ans, le Japon a perdu en moyenne chaque année 1 % de sa population âgée de 16 ans à 65 ans ; l'Italie, avec un recul de sa population autour de 0,5 % par an, a perdu environ 2 millions de personnes dans cette catégorie d'âge sur la même période ; le phénomène est d'une ampleur similaire en Allemagne.

C) LES PROJECTIONS AU NIVEAU MONDIAL

Au-delà des 30 prochaines années, l'avenir est incertain :

- L'amélioration de l'espérance de vie et l'inertie démographique (la croissance démographique soutenue des décennies passées et l'importance des groupes d'âges jeunes dans la population mondiale actuelle expliquent pourquoi la croissance démographique se poursuit même lorsque les niveaux de fécondité passent sous le seuil de renouvellement des générations⁵³) entraîneront pendant encore six décennies une hausse de la population mondiale selon la prévision médiane des Nations unies⁵⁴ : on estime aujourd'hui que la stabilisation de la population mondiale devrait être atteinte d'ici la fin du siècle, autour de 10 milliards d'humains⁵⁵, bien que les projections démographiques soient régulièrement corrigées et actualisées. Les démographes de l'ONU envisagent aujourd'hui que l'humanité se situerait entre 9 et 11,4 milliards d'individus environ d'ici à 2100^{56,57}.

⁵¹ Ibid.

⁵² Mouzon, Céline. "Vers une baisse de la population mondiale d'ici à la fin du siècle." *Alternatives Économiques*, no. 453 (December 2, 2024): 46-47. <https://doi.org/10.3917/ae.453.0046>.

⁵³ Natale, Fabrizio, Philipp Ueffing, et Christoph Deuster. « Comment la démographie influence-t-elle le changement climatique ? Le cas de l'Europe ». *Population et Sociétés*, no 614 (septembre 2023): 1-4. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/comment-la-demographie-influence-t-elle-le-changement-climatique-le-cas-de-l-europe>.

⁵⁴ Vandermotten, Christian, et Christian Dessouroux. « Baisse massive de la fécondité mondiale en 20 ans, illustrée en cartes »: *Population & Sociétés* N° 618, no 1 (31 janvier 2024): 1-4. <https://doi.org/10.3917/popso.618.0001>.

⁵⁵ Pison, Gilles, Huit milliards d'humains aujourd'hui, combien demain ?, op. cit.

⁵⁶ Institut national d'études démographiques. « 2024 : les Nations unies publient de nouvelles projections de population mondiale », Juillet 2024. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo-focus/2024-les-nations-unies-publient-de-nouvelles-projections-de-population-mondiale>.

⁵⁷ United Nations. « World Population Prospects 2024 ». <https://population.un.org/wpp>.

Ces estimations ont été revues à la baisse ces dernières années puisqu'elles anticipent près de 200 millions d'individus en deçà des projections de 2022 ; et 700 millions en moins par rapport aux projections réalisées il y a dix ans.

- La baisse actuelle massive de la fécondité devrait mettre un frein à cette hausse de la population mondiale, quels que soient les scénarios⁵⁸. Une récente publication du *Lancet* estime que dans la plupart des pays, la fécondité devrait baisser en-dessous du taux de remplacement d'ici 2100⁵⁹ et appelle les gouvernements à prévoir des plans d'action pour éviter un vieillissement de la population (ce point sera abordé au cours d'une prochaine section).

Il est important de souligner que toutes ces données mondiales et les projections qui s'en suivent sont à interpréter avec la plus grande prudence en raison des incertitudes qui existent quant à leur mode de recueil dans certains pays, et du fait d'intérêts géopolitiques qui pourraient amener certains états à majorer (ou à minorer) leurs statistiques.

D) LES MESURES PRISES À L'ÉTRANGER POUR LUTTER CONTRE LA BAISSE DE LA NATALITÉ

De nombreux pays ont mis en place des politiques natalistes depuis quelques années. En voici plusieurs exemples :

- Certains pays comme la Corée du Sud voient émerger des initiatives non publiques en faveur de la natalité : il a, par exemple, été proposé par une entreprise coréenne, 75 000 euros de prime à chaque employé devenu parent⁶⁰.
- En Suède : outre les aides financières, un équilibre entre la vie professionnelle et familiale est recherché en réduisant les inégalités de genre dans la prise en charge des enfants. Les parents disposent de 480 jours de congé parental à se répartir comme ils le souhaitent jusqu'aux 12 ans de l'enfant. Les grands-parents peuvent également bénéficier de congés parentaux pour s'occuper des enfants⁶¹.
- En Finlande : chaque parent bénéficie de **160 jours** d'allocation parentale proprement dite, dont il peut céder 63 jours (à son conjoint, au 2^e parent, au conjoint de l'autre parent). Un parent isolé peut être indemnisé pendant 320 jours.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Bhattacharjee, Natalia V, Austin E Schumacher, Amirali Aali, Yohannes Habtegiorgis Abate, Rouzbeh Abbasgholizadeh, Mohammadreza Abbasian, Mohsen Abbasi-Kangevari, et al. « Global Fertility in 204 Countries and Territories, 1950–2021, with Forecasts to 2100: A Comprehensive Demographic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 ». *The Lancet* 403, n° 10440 (2024): 2057-99. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00550-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00550-6).

⁶⁰ Rousseau, Yann. « En Corée du Sud, une entreprise offre 70.000 euros aux nouveaux parents ». *Les Echos*, 8 février 2024. <https://www.lesechos.fr/monde/asie-pacifique/en-coree-du-sud-une-entreprise-offre-70000-euros-aux-nouveaux-parents-2075023>.

⁶¹ RFI. « Politique familiale dans l'Union européenne: l'exemple suédois face à la baisse des naissances », 13 octobre 2024. <https://www.rfi.fr/fr/europe/20241013-politique-familiale-dans-l-union-europeenne-l-exemple-su%C3%A9dois-face-%C3%A0-la-baisse-des-naissances>.

Les allocations parentales peuvent être servies jusqu'au 2^e anniversaire de l'enfant concerné.

- En Italie : une allocation de 250 euros mensuels par enfant est versée dès le 7^e mois de grossesse jusqu'à l'âge de 21 ans (soit de l'ordre de 60 000 - 65 000 euros/enfant)⁶².
- En Pologne : une allocation de 500 zlotys (environ 117 euros) par mois et par enfant est versée à partir du deuxième né⁶³.

À ce jour, nous ne disposons pas encore de suffisamment de recul pour en estimer les véritables impacts⁶⁴. Néanmoins, des cas interrogent : confrontés à une baisse de sa population depuis une dizaine d'années (sa fécondité avait brutalement chuté en 2014 tombant à 1,23 enfants par femme), le Portugal a mis en place un plan d'urgence contre la baisse de la natalité. Les femmes qui ont accouché reçoivent leur salaire à temps complet pendant un an, même si elles travaillent à temps partiel. Depuis 2021, le nombre de naissances augmente, la courbe de la natalité a été inversée⁶⁵ ; il est donc possible que ces résultats soient consécutifs à la mise en place des mesures précédemment citées.

Il est probable, d'après certains démographes, que ce qui conditionne la réussite ou non des politiques mises en place en faveur de la natalité, relève de l'objectif affiché : en effet, les mesures introduites avec un objectif explicite de soutien à la fécondité montrent un effet assez limité, alors que celles qui soutiennent la conciliation entre travail et vie familiale ou qui améliorent les conditions de vie - sans faire du soutien à la fécondité leur objectif premier - semblent entraîner un effet plus tangible sur la fécondité.

⁶² Gautheret, Jérôme. « En Italie, le Sénat approuve une allocation de 250 euros mensuels par enfant, jusqu'à l'âge de 21 ans ». *Le Monde*, 3 avril 2021.

https://www.lemonde.fr/international/article/2021/04/03/en-italie-le-senat-approuve-une-allocation-de-250-euros-mensuels-par-enfant_6075470_3210.html.

⁶³ Lepetit, Bérangère. « Au bord du déclin démographique ». *Le Parisien*, 15 janvier 2025.

⁶⁴ Cheng, Yen-Hsin Alice. « Les politiques pronatalistes à Taïwan et en Corée du Sud ». *Informations sociales* 211, n° 3 (2023): 79-87. <https://doi.org/10.3917/ins.211.0079>.

Suède :

Bouteillec, Nathalie Le. « Politique familiale et fécondité en Suède ». *Informations sociales*, n° 211 (2023): 98-105. <https://doi.org/10.3917/ins.211.0098>.

Finlande :

20 minutes. « Finlande: Les pères ont allongé la durée de leur congé paternité », 7 novembre 2024.

<https://www.20min.ch/fr/story/finlande-les-peres-ont-allonge-la-duree-de-leur-conge-paternite-103217168>.

Tosseri, Olivier. « L'Italie veut relancer la natalité en abaissant les impôts des familles ». *Les Echos*, 13 septembre 2024. <https://www.lesechos.fr/monde/europe/litalie-veut-relancer-la-natalite-en-abaissant-les-impots-des-familles-2118881>.

Pologne :

Iwaniuk, Jakub. « En Pologne, le bilan mitigé du programme familial 500 + ». *Le Monde*, 12 février 2019. https://www.lemonde.fr/economie/article/2019/02/12/en-pologne-le-bilan-mitige-du-programme-familial-500_5422644_3234.html.

⁶⁵ Lepetit, Bérangère, Au bord du déclin démographique, op. cit.

De ce fait, il est possible que l'existence, en France, de longue date, de dispositifs visant à favoriser la conciliation entre travail et vie familiale (accès à des services d'accueil pour la petite enfance, scolarité généralisée et obligatoire à trois ans, allocations et dispositifs fiscaux pour aider les parents à subvenir aux besoins des enfants, congés parentaux, crèches, assistantes maternelles...), et atténuant de ce fait, le coût d'opportunité que représentent pour les mères les interruptions professionnelles et leurs conséquences sur les carrières, explique le fait qu'elle soit restée l'un des pays d'Europe où la fécondité est la plus élevée. En revanche, la dégradation de ces services, la diminution des aides familiales, la persistance du sexism⁶⁶ et la baisse du niveau de vie des ménages à revenus modestes participent probablement de l'explication de la baisse de la natalité enregistrée depuis plusieurs années en France.

L'étude des résultats des politiques publiques menées à l'étranger pour aider les femmes et les couples à avoir des enfants doit être réalisée afin d'évaluer la pertinence d'un certain nombre de mesures (notamment financières) sur le taux de natalité.

E) L'APPORT MIGRATOIRE

En Europe, les migrants, qui connaissent des conditions d'accueil variables, ont en moyenne 1 enfant de plus que le reste de la population⁶⁷ : la natalité est plus forte pour les migrants d'Afrique, plus faible pour ceux provenant d'Europe. Les couples qui ont le plus d'enfants sont ceux au sein desquels au moins une personne n'est pas d'origine française. Les populations migrantes sont donc un facteur réel de rajeunissement et de dynamisme de la population : sans le solde migratoire en France, avec le niveau actuel de fécondité, la population diminuerait et atteindrait 50 millions dans 3 siècles. L'apport des populations migrantes permet de compenser la différence, s'il se maintient : il est un facteur stabilisateur de la baisse de la natalité. Ce sujet dépasse les limites de notre réflexion, mais il nous semble opportun de souligner qu'il est, dans les discussions publiques, rarement abordé sous cet angle.

*

⁶⁶ Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. « Rapport 2025 sur l'état du sexism en France : à l'heure de la polarisation ». HCE, 22 janvier 2025. <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/stereotypes-et-roles-sociaux/travaux-du-hce/article/rapport-2025-sur-l-etat-du-sexisme-en-france-a-l-heure-de-la-polarisation>.

⁶⁷ Pison, Gilles, et Sandrine Dauphin, *Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050. Un état des connaissances*, op. cit.

À la suite de ces constats, le CCNE aborde, au sein des deux parties suivantes, les deux grands types d'enjeux posés par la baisse de la natalité. Les premiers concernent la société, et les seconds le système de santé. Le CCNE s'interroge :

- Quels sont les enjeux sociaux, économiques et culturels sous-jacents à la baisse de la natalité ?
- Quels sont les enjeux médicaux autour de l'infertilité ?

III. APPROCHE SOCIÉTALE DE LA BAISSE DE LA NATALITÉ : DES RAISONS MULTIPLES ET DES RÉPONSES, EN GRANDE PARTIE, DE POLITIQUES PUBLIQUES

Le CCNE attire l'attention, préalablement à l'exposition des causes économiques, sociales et culturelles de la baisse de la natalité, sur le fait que les données existantes sur le sujet sont partielles et insuffisantes, ce qui rend difficile la compréhension en profondeur de l'ensemble de ces enjeux, et de la manière dont ils se superposent, se répondent, se compensent etc. Il est donc essentiel de soutenir la recherche en sciences humaines et sociales sur ces sujets, afin de disposer, à terme, d'une vision plus documentée sur les problématiques que nous allons aborder ci-dessous.

Il faut préciser par ailleurs que l'analyse à l'échelle nationale du désir d'enfant et de son évolution dans le temps est une tâche complexe. Selon Gilles Pison, la majorité des démographes avancent l'hypothèse que les intentions de fécondité surestiment très souvent les comportements. Les travaux menés sur les cohortes de personnes (échantillons d'individus interrogés une première fois, puis réinterrogés quelques années plus tard) permettent de saisir l'écart entre les intentions de fécondité et leur réalisation. De manière générale, et quel que soit le pays considéré, les intentions négatives de fécondité (ne pas ou plus vouloir d'enfant) ont un excellent pouvoir prédictif des comportements à venir. À l'inverse, les intentions positives tendent à surestimer les comportements. Les intentions de fécondité évoluent à mesure que se constitue la descendance. En particulier, l'arrivée du premier enfant semble déterminante dans la redéfinition des intentions, les nouveaux parents étant alors confrontés aux réalités de la parentalité et aux changements organisationnels quotidiens qui l'accompagnent : difficultés à vivre pour soi (sorties, activités de loisir), à concilier vie familiale et vie professionnelle, principalement pour les femmes, plus encore lorsque le partage des responsabilités avec leur conjoint pour les tâches domestiques est inégal.

La baisse actuelle de la natalité liée à la baisse de la fécondité pour des raisons culturelles, économiques et sociales.

A) LE NON-DÉSIR D'ENFANT

En 2014, d'après les données quantitatives de l'enquête Fecond⁶⁸, 6,3 % des hommes et 4,3 % des femmes déclaraient ne pas avoir d'enfant et ne pas en vouloir. La première raison mise en avant dans cette enquête était la liberté et

⁶⁸ Debest, Charlotte, Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant, op. cit.

l'épanouissement personnel (être bien sans enfant et vouloir rester libre), puis l'âge, les raisons financières ou les problèmes de santé. Les auteurs concluaient : « l'infécondité volontaire, ou le choix, pour des femmes et des hommes sans enfant, de ne pas devenir parent, est très minoritaire en France : si l'entrée en parentalité intervient souvent plusieurs années de vie conjugale sans enfant, peu de femmes, d'hommes ou de couples décident de manière ferme de ne pas avoir d'enfant, et se tiennent à ce choix »⁶⁹.

Un sondage IFOP 2022 a révélé que 13 % des femmes affirment ne pas vouloir d'enfant (23 % dans la catégorie 15 -24 ans) contre 2.6 % en 2006, soit une hausse notable du non-désir d'enfant⁷⁰. Les motifs principaux évoqués sont, pour 91% d'entre elles, l'épanouissement personnel, pour 81 %, les motifs climatiques et politiques et pour 63%, des raisons financières et familiales.

Même si l'on ne peut pas comparer les données issues d'un sondage et d'une enquête, la proportion de non-désir d'enfant semble avoir doublé⁷¹. Selon François Kraus, directeur du pôle « Politique / Actualités » de l'IFOP, « ce désir de ne pas vouloir « faire famille » paraît très symptomatique de la capacité croissante des Françaises à s'affranchir des injonctions à la parentalité et, plus largement, du modèle liant intrinsèquement féminité et maternité »⁷². De fait, un certain nombre de jeunes femmes n'envisagent plus la maternité comme une priorité à court-terme dans leur vie.

Par ailleurs, selon Sylviane Giampino, Présidente du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), plusieurs dynamiques actuelles liées à la place des femmes dans les couples et aux attentes de la société à son égard, peuvent renforcer cette tendance. Il semble, depuis plusieurs années, que de plus en plus d'hommes ont tendance à être les premiers à souhaiter l'arrivée d'un enfant dans le couple. Les femmes ont cru, un temps, que cet élan constituait une promesse d'engagement égalitaire, dans le soin, l'accueil et l'éducation des enfants. Elles ont donc avancé vers leur émancipation, avec néanmoins des repères désynchronisés dans les conduites car aujourd'hui finalement, si les pères ont très largement investi le lien à l'enfant, il reste que dans les modalités d'investissement du lien à l'enfant, les stéréotypes de genre demeurent très appuyés : l'on constate une meilleure répartition des tâches sur le plan quantitatif, mais beaucoup moins sur le plan qualitatif, les modèles éducatifs restant très materno-centrés.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ IFOP. « En avoir ou pas ? Enquête auprès des Françaises sur leur désir d'enfant et le regret maternel. Rapport d'étude IFOP pour ELLE », 2022. https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/10/Ifop_ELLEnfant.pdf.

⁷¹ Debest, Charlotte, Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant, op. cit.

⁷² IFOP. « Désir d'enfant ? Eco anxiété, féminisme, hédonisme... Enquête auprès des Françaises sur leur désir d'enfant et le regret maternel », 3 octobre 2022. <https://www.ifop.com/publication/en-avoir-ou-pas-eco-anxiete-feminisme-hedonisme-enquete-aupres-des-francaises-sur-leur-desir-denfant-et-le-regret-maternel>.

Actuellement, le désir d'enfant semble baisser dans la jeune génération, et cela touche aussi bien les hommes que les femmes (on dispose de moins de données pour les hommes) pour plusieurs raisons, qui parfois se croisent, se superposent : la crise économique, la peur de perdre son emploi, l'accès difficile au logement, le manque de places en crèche... ou des raisons climatiques. Les uns parlent d'écō responsabilité, les autres d'écō anxiété, traduisant un double aspect : ne pas rajouter de pression humaine à la planète, d'autre part de ne pas faire naître d'enfants dans ce monde si inquiétant. Les jeunes ont plusieurs sujets d'angoisse : le réchauffement climatique et l'insuffisance des ressources, guerres et inquiétudes géopolitiques, problématiques d'incertitudes économiques, insertions sociales et financières.

Ainsi, le non désir d'enfant peut aussi être un choix volontaire et assumé de certains couples, compte tenu de la crise climatique, du contexte géopolitique, ou encore un choix personnel et intime de ne pas avoir d'enfants. Il n'y a pas de cause particulière à rechercher à ce phénomène, mais éventuellement des raisons, un sens, dans le cadre d'une interprétation ou d'une compréhension.

B) LE DÉSIR D'ENFANT « EMPÈCHE »

Si le désir d'enfant baisse dans la jeune génération⁷³ - bien que nous ne disposions pas des données nécessaires pour appréhender scientifiquement ce phénomène - l'expression « non-désir d'enfant » est néanmoins trompeuse car elle ne distingue pas les femmes et les couples qui *désirent* effectivement ne pas avoir d'enfants, dits « childfree », de celles et ceux qui regrettent de ne pas en avoir, en raison de facteurs extérieurs (médicaux ou économiques) *subis* dits « childless ». Certains couples font donc le choix de ne pas avoir d'enfants pour leur épanouissement⁷⁴, d'autres le font par contrainte ou renoncement⁷⁵.

De nombreux démographes et économistes, tels que Anne Solaz, directrice de recherche à l'INED, en témoignent : la crise et les incertitudes économiques, la peur de perdre son emploi, l'accès difficile au logement jouent un rôle majeur dans le renoncement à l'enfant⁷⁶. L'UNAF rejoint cette lecture⁷⁷, et constate qu'il faut être installé

Raybaud, Alice. « Avant 30 ans, ces jeunes qui savent déjà ne pas vouloir d'enfant : « Ce non-désir est viscéral, comme peut l'être l'envie de devenir parent ». *Le Monde*, 9 janvier 2024.

https://www.lemonde.fr/campus/article/2024/01/09/avant-30-ans-ils-savent-deja-ne-pas-vouloir-d-enfant-ce-non-desir-est-visceral-comme-peut-l-etre-l-envie-de-devenir-parent_6209765_4401467.html.

⁷⁴ Gobbi, Paula E. « A Model of Voluntary Childlessness ». *Journal of Population Economics* 26, n° 3 (2013): 963-82. <https://doi.org/10.1007/s00148-012-0457-1>.

⁷⁵ Gilmer, Emilie. « Un choix qui dérange ». *L'école des parents* 618, n° 1 (10 février 2016): 44-47. <https://doi.org/10.3917/epar.618.0044>.

⁷⁶ Castéra, Isabelle. « Baisse de la fécondité en France : « C'est le manque de désir d'enfant que l'on observe » ». *Sud Ouest*, 17 janvier 2024. <https://www.sudouest.fr/societe/baisse-de-la-fecundite-en-france-c-est-le-manque-de-desir-d-enfant-que-l-on-observe-18180410.php>.

dans un emploi, un logement et une vie de couple pour accueillir un enfant, trois dimensions aujourd’hui rarement réunies avant 30 ans. Selon le sociologue Julien Damon, la crise du logement en particulier, affecte en effet davantage les jeunes, plus encore que toutes les autres catégories d’âge. Un nombre conséquent d’entre eux sont contraints de continuer à vivre pendant une période prolongée au domicile de leurs parents : 47 % des jeunes Français de 20-29 ans vivent chez leurs parents, 1 européen sur 2 dans l’OCDE, un taux qui atteint même 80 % en Italie dans la même tranche d’âge⁷⁸ ; et ceux qui parviennent à trouver un logement par leurs propres moyens affectent une part plus importante de leurs revenus au logement par rapport aux générations précédentes⁷⁹ : « il devient (donc) plus difficile de se loger adéquatement pour de potentiels futurs parents et pour de jeunes parents voulant davantage d’enfants ». Le panorama de la société 2024 de l’OCDE le confirme pourtant : pour 54 % des Français, l’une des conditions nécessaires à la parentalité est d’avoir un logement adapté⁸⁰. Rappelons par ailleurs que, selon les estimations, le coût monétaire direct d’un enfant (à prendre avec précaution car il est très variable selon les pays) est globalement évalué à plusieurs centaines de milliers d’euros de sa naissance jusqu’à ses vingt ans⁸¹ ; et que l’inflation ne cesse d’augmenter⁸².

Gröndahl, Marie-Pierre, and César Armand. “Crise du logement : natalité, emploi... des répercussions sans fin.” *La Tribune*, January 28, 2024. <https://www.latribune.fr/economie/france/crise-du-logement-natalite-emploi-des-repercussions-sans-fin-988994.html?id=2275024823127214>.

⁷⁷ Unaf. « 2023 : Bilan démographique : Pourquoi les familles ont-elles moins d’enfants alors qu’elles en désirent toujours ? », 11 janvier 2024. <https://www.unaf.fr/ressources/2023-bilan-demographique-les-familles-ont-moins-d-enfants-mais-en-desirent-toujours>.

⁷⁸ OCDE. *Panorama de la société 2024: Les indicateurs sociaux de l’OCDE*. Panorama de la société. OECD, 2024. <https://doi.org/10.1787/6af21682-fr>.

Pinto Gomes, Paula. « Le coût du logement, un frein à la natalité ». *La Croix*, 21 juin 2024. <https://www.la-croix.com/france/le-cout-du-logement-un-frein-a-la-natalite-20240621>.

⁷⁹ Damon, Julien. « Politique Du Logement Et Fécondité ». Telos, 30 octobre 2024. <https://www.telos-eu.com/fr/societe/politique-du-logement-et-fecondite.html>.

⁸⁰ Unaf, 2023 : Bilan démographique : Pourquoi les familles ont-elles moins d’enfants alors qu’elles en désirent toujours ?, op. cit.

⁸¹ Bachelor, Lisa. « Cost of Raising a Child Has Risen by £2,000 in the Past Year ». *The Guardian*, 22 janvier 2015, sect. Money. <https://www.theguardian.com/money/2015/jan/22/cost-raising-child-rises-2000-pounds>.

Maier, Corinne. « L’enfant est un bon plan pour les Etats, pas pour les parents ». *Libération*, 17 janvier 2025. https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/baby-non-merci-par-lecrivaine-corinne-maier-20250117_E2EE5ZV7TFH2DKP7JHDQD6FWXM.

EIHuffPost. « El coste de criar a un hijo en España se eleva un 13% en dos años: 758 euros al mes ». 3 décembre 2024. <https://www.huffingtonpost.es/life/hijos/el-coste-criar-hijo-espana-crece-13no-758-euros-mes.html>.

EIHuffPost. « Un estudio alerta sobre lo que cuesta criar a un hijo en España hasta su emancipación en 2024 ». 13 novembre 2024. <https://www.huffingtonpost.es/life/hijos/un-estudio-alerta-sobre-cuesta-criar-hijo-espana-emancipacion-2024.html>.

Raisin.es. « El coste de tener un hijo en España ». Consulté le 27 février 2025. <https://www.raisin.es/ahorro/el-coste-de-tener-un-hijo-en-espana>.

Gezinsbond. « Gemiddelde maandelijkse minimumkost van kinderen (per leeftijdsklasse) », 1 février 2025. <https://www.gezinsbond.be/Gezinspolitiek/onderhoudsgeldcalculator/Paginas/Maandelijkse-minimumkost-van-kinderen.aspx>.

helloworld.be. « Le coût d’un enfant de 0 à 24 ans », 27 août 2024. <https://www.helloworld.be/fr/infos-conseils/avoir-un-enfantquelle-charge-financiere>.

Dans ce contexte économique difficile, le manque de places en crèche complexifie encore davantage, matériellement, l'engagement dans la parentalité.

Par ailleurs, un certain nombre de jeunes jugent inapproprié de faire naître des enfants dans un monde jugé très inquiétant et confient des angoisses géopolitiques ou encore climatiques et environnementales (certains évoquent l'éco-responsabilité, d'autres l'éco-anxiété)⁸³, ne jouant pas en faveur de la natalité. Ces angoisses sont nourries par la perception de réponses, collectives inadaptées, et non inscrites dans la durée. Ce dernier point est fréquemment souligné par certains observateurs, mais nous ne disposons pas encore de données suffisantes pour établir une validation quantitative. Il est indispensable que des chercheurs s'emparent du sujet.

Les facteurs économiques et sociaux actuels ne sont donc pas propices à une fécondité élevée et pourraient expliquer en partie la baisse des naissances.

C) LE RECOL DE L'ÂGE DE LA MATERNITÉ : UN PHÉNOMÈNE DÉTERMINANT

Un certain nombre de femmes désirent concevoir un ou des enfants mais retardent l'âge de la maternité, pour un ensemble de raisons ou de contraintes personnelles. Certaines se retrouvent désillusionnées après des parcours d'AMP infructueux.

Nous évoquons ici les causes sociétales du recul de l'âge de la maternité mais traiterons la question spécifique de l'autoconservation ovocytaire, qui en est, à la fois, l'une des raisons et l'un des symptômes, dans une partie spécifique de l'Avis (p. 61).

Le recul de l'âge de la maternité, général dans les pays développés⁸⁴, est associé à un certain nombre de facteurs bien connus tels que : l'allongement de la durée des études, la progression de l'emploi des femmes, le souhait croissant de n'avoir des enfants qu'une fois installées dans la vie, diplômées, détentrices d'un emploi stable,

⁸² Centre de documentation Économie Finances. « Comment suivre l'évolution des prix à la consommation ? » Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, 28 janvier 2025. <https://www.economie.gouv.fr/cedef/evolution-prix-consommation>.

⁸³ Aubin, Estelle. « Eco-anxiété: « Les gens prennent conscience que les rapports scientifiques se réalisent ». *Libération*, 5 août 2022. https://www.liberation.fr/environnement/eco-anxiete-les-gens-prennent-conscience-que-les-rapports-scientifiques-se-realisent-20220805_YLJHP6MVS5AYVLIC7SGVSMP7HY.

Schneider-Mayerson, Matthew, et Kit Ling Leong. « Eco-Reproductive Concerns in the Age of Climate Change ». *Climatic Change* 163, n° 2 (novembre 2020): 1007-23. <https://doi.org/10.1007/s10584-020-02923-y>

Helm, Sabrina, Joya Kemper, Samantha White, et David Dean. « Exploring Climate-Reproductive Concern: Factors Influencing Hesitancy towards Parenthood in the Context of the Climate Crisis ». *Environmental Sociology*, 17 octobre 2024, 1-15. <https://doi.org/10.1080/23251042.2024.2408779>.

⁸⁴ Beaujouan, Éva, et Tomás Sobotka. « Les maternités tardives : de plus en plus fréquentes dans les pays développés ». *Population & Sociétés* 562, n° 1 (1 octobre 2019): 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.562.0001>.

d'un logement et d'une vie de couple⁸⁵.

Il est également la conséquence de l'augmentation de l'espérance de vie : l'une des grandes données démographiques trop peu discutée dans notre société. Selon la sociologue Irène Théry, l'augmentation de l'espérance de vie n'est pas simplement « le nombre des années en plus aux grands âges », il s'agit en réalité d'un redéploiement de l'ensemble du calendrier biographique : nous sommes plus jeunes à tous les âges : à 70, 60, 30 ans etc. Les différentes périodes de la vie humaine (enfance, apprentissage, autonomisation, entrée dans la vie de couple, mariage, maternité) se redéploient sur plus d'années qu'avant, d'où le glissement vers un désir plus tardif de grossesse. Ainsi, une nouvelle phase intermédiaire, qui n'existe pas autrefois (les femmes étaient malheureusement successivement sous l'autorité du père à celle du mari), se situe désormais entre la fin de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte : une dizaine d'années entre 20 et 30 ans, où l'engagement sur le long terme dans le couple tout comme dans le travail ne semble plus atteignable rapidement, pas avant la trentaine en tout cas.

Par ailleurs, la diffusion de la contraception moderne et la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse ont contribué à ce report de l'âge de la maternité, en réduisant la fréquence des grossesses et des naissances non désirées, notamment aux âges jeunes⁸⁶ : aujourd'hui, pour une majorité de femmes et de couples, la décision d'avoir un enfant n'est plus, grâce à la contraception, une décision négative (arrêt des précautions pour éviter la grossesse ou un laisser-faire) mais une décision positive et partagée.

Cependant, la société porte actuellement un regard plutôt négatif sur les jeunes souhaitant avoir des enfants dans des conditions jugées socialement inadéquates ou illégitimes pour devenir parents⁸⁷.

L'âge moyen à l'accouchement en France ne cesse donc d'augmenter (tableau 3 INSEE, 2024, Cf. Annexe 4). Alors qu'il était de 26,1 ans en 1975, il était de 31,0 en 2022 et 2023. Dans le même temps, l'âge moyen auquel les hommes deviennent pères s'est également élevé⁸⁸. Il n'est d'ailleurs pas exclu que l'âge moyen à la maternité atteigne prochainement voire dépasse 32 ans, comme c'est déjà le cas en Irlande

⁸⁵ Pison, Gilles. « 1968-2018 : quatre surprises démographiques en France depuis cinquante ans ». *Population et Sociétés*, n° 553 (2018): 1-6. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/1968-2018-4-surprises-demographiques-france-50-ans>.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Pinel-Jacquemin, Stéphanie, Flora Koliouli, et Michelle Kelly-Irving. « Devenir et être parent en situation de précarité ». *Bulletin de psychologie*, n° 554 (21 mars 2018): 593-607.

<https://doi.org/10.3917/bopsy.554.0593>.

⁸⁸ Sécurité Sociale. « 1.4.2. L'âge moyen des parents à la naissance d'un enfant et la descendance finale ». <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/famille/1-4-2-l-age-moyen-des-parents-a.html>.

(33,1 ans en 2022), en Espagne (32,6 ans), en Italie (32,4 ans), en Suisse (32,3 ans), en Grèce (32,0 ans)⁸⁹.

Ce recul de l'âge de la maternité peut conduire à deux lectures différentes :

- Il agrave la baisse de la natalité car la fertilité de la femme et de l'homme décroît avec l'âge⁹⁰ : le risque moyen de ne pas avoir d'enfant croît vite avec l'âge : 4 % à 20 ans, 14 % à 35 ans, 35 % à 40 ans et près de 80 % à 45 ans⁹¹. Cette baisse de la fertilité avec l'âge demeure trop méconnue des femmes et des hommes, voire déniée⁹², alors que, et contrairement aux idées reçues, elle ne peut être compensée par l'Assistance médicale à la procréation (AMP). Il semble nécessaire par ailleurs, de souligner que les risques pour la mère et pour l'enfant des grossesses après 40 ans et plus encore après 45 ans sont désormais bien documentés, avec notamment des risques de mortalité maternelle et périnatale⁹³. Les médecins doivent pouvoir délivrer un discours sensibilisant au risque, réel et argumenté, de la baisse de la fertilité avec l'âge et des risques plus importants associés aux maternités tardives.
- Plusieurs études montrent que les enfants nés de parents âgés connaissent un développement comparable à celui des « enfants de jeunes » : les parents âgés sont certes un peu plus fatigués, mais ils sont aussi plus établis dans la vie et en meilleure situation financière. Quelques interrogations sur les risques plus

⁸⁹ Pison, Gilles, et Sandrine Dauphin, *Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050. Un état des connaissances*, op. cit.

⁹⁰ Belaisch-Allart, Joëlle, Tania Ghomaschi, Irène Grefenstette, Negar Khalorpour, Jean-Marc Mayenga, Yacine Belaid, et Olivier Kulski. « Conséquences cliniques du retard à la procréation chez la femme. » *Médecine de la Reproduction* 21, n° 3 (2019): 231-35. <https://stm.cairn.info/revue-medecine-de-la-reproduction-2019-3-page-231?lang=fr>.

Khoshnood, Babak, Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant, op. cit.

Robin, Geoffroy, Joëlle Belaisch-Allart, et Florence Boitrelle. « Le retard à la procréation chez l'homme : conséquences sur la fertilité, sur les résultats en assistance médicale à la procréation et sur la santé des enfants ». *Médecine de la Reproduction* 21, n° 3 (2019): 249-54.

https://www.jle.com/fr/revues/mtg-e-docs/le-retard-a-la-procreation chez lhomme-consequences-sur-la-fertilité-sur-les-resultats-en-assistance-medicale-a-la-procreation-et-sur-la-sante-des-enfants_315617/article.phtml.

⁹¹ Leridon, Henry, Can Assisted Reproduction Technology Compensate for the Natural Decline in Fertility with Age? A Model Assessment, op. cit.

Pison, Gilles, 1968-2018 : quatre surprises démographiques en France depuis cinquante ans, op. cit.

⁹² Peterson, B. D., M. Pirritano, L. Tucker, et C. Lampic. « Fertility Awareness and Parenting Attitudes among American Male and Female Undergraduate University Students ». *Human Reproduction* 27, n° 5 (1 mai 2012): 1375-82. <https://doi.org/10.1093/humrep/des011>.

Chelli, L., S. Riquet, J. Perrin, et B. Courbier. « Faut-il mieux informer les femmes jeunes sur leur fertilité ? Étude des connaissances sur une population d'étudiantes ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 43, n° 2 (2015): 128-32. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.01.002>.

⁹³ Belaisch-Allart, Joëlle. « Grossesse et accouchement après 40 ans ». *EMC - Obstétrique* 2024 :1-11 [Article 5-016-B-10].

élévés de complications physiques et psychiques, font actuellement l'objet de recherches⁹⁴.

D) LA PLACE DES FEMMES DANS LA SOCIÉTÉ : UNE ÉVOLUTION CULTURELLE MAJEURE

L'évolution culturelle, en particulier les places des femmes dans la société joue un rôle déterminant dans les dynamiques de la natalité. Les transformations sociales de la seconde moitié du XX^{ème} siècle (accès à l'éducation, au vote, participation croissante au marché du travail depuis les années 1970, droit à la contraception (1967)) ont conduit à leur émancipation à bien des égards, notamment financière, relationnelle et sexuelle. Leurs rôles familiaux et sociaux ont alors évolué dans le même temps, et le mariage ainsi que la maternité ne sont plus des impératifs aujourd'hui, tels qu'ils l'étaient autrefois. Face à une pression constante liée à la maternité et à l'éducation des enfants, la crainte de ne pas être à la hauteur et de ne pas répondre aux attentes sociétales et familiales peut freiner voire décourager certaines femmes d'avoir des enfants⁹⁵.

L'accès à une éducation supérieure, à la vie professionnelle, la quête d'autonomie financière et la représentation accrue des femmes dans la vie publique ont renforcé leur capacité à choisir librement les conditions et le moment de leur maternité. Les nouvelles techniques d'AMP ne peuvent toutefois pas laisser croire aux femmes qu'il y aura toujours une possibilité technique de mettre en place une grossesse.

Néanmoins, trois tendances affectent aujourd'hui cette liberté :

- Les inégalités persistantes de salaire entre hommes et femmes ainsi que les inégalités persistantes de carrière⁹⁶,
- L'évolution de la place des femmes dans la société s'est accompagnée de mutations profondes de notre modèle économique et de l'aggravation de la préca-

⁹⁴ Crump, Casey, Jan Sundquist, et Kristina Sundquist. « Long-Term Risk of Type 2 Diabetes After Pre-term Delivery or Hypertensive Disorders of Pregnancy ». *Obstetrics & Gynecology* 144, no 5 (novembre 2024): 697-705. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000005604>.

⁹⁵ Debest, Charlotte. « Chapitre 5. Le refus de maternité : entre émancipation des assignations patriarcales et idéalisation du rôle de mère ». In *La maternité à l'épreuve du genre : Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*, par Yvonne Knibiehler, Rosa María Cid López, et Francesca Arena, 43-50. Presses de l'EHESP, 2012.

<https://doi.org/10.3917/ehesp.knibi.2012.01.0043>.

⁹⁶ Vie Publique. « Droits des femmes : où en est l'égalité professionnelle ? », 28 février 2024.

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/19602-droits-des-femmes-ou-en-est-legalite-professionnelle#mais-des-in%C3%A9galit%C3%A9s-persistantes>.

rité et des inégalités⁹⁷. Par conséquent, les femmes ont, certes, plus de possibilités qu'auparavant, de faire carrière et de s'engager dans des parcours professionnels riches, mais leur liberté est aujourd'hui contrariée par le contexte économique actuel : il n'est presque plus possible d'accéder à un logement adapté à la parentalité et de supporter le coût de la vie qui y est associé, avec un seul salaire. Un grand nombre de femmes est donc contraint de retarder leur maternité pour des raisons économiques et non par choix personnel.

- La diminution significative des solidarités familiales traditionnelles corrélative au développement du travail des femmes, menace, elle aussi, pour une part, la liberté effective de celles-ci à devenir mères au moment où elles le souhaitent. Notons également que les grands-parents, qui restent actifs plus longtemps que les générations précédentes, aident peut-être moins les parents à s'occuper de leurs enfants. Enfin l'allongement du congé paternité a été une mesure très importante mais insuffisante pour équilibrer l'implication des mères et des pères auprès de leurs enfants.

E) SEXUALITÉ, DÉCONJUGALISATION

Le rapport intitulé « Contexte des sexualités en France », publié à l'initiative de l'ANRS-Maladies infectieuses émergente en novembre 2024, met en exergue une baisse significative de l'activité sexuelle des français : « l'activité sexuelle dans les 12 derniers mois ainsi que la fréquence des rapports dans les 4 dernières semaines ont diminué au fil du temps, pour les deux sexes et dans tous les groupes d'âge. En 1992, 86 % des femmes âgées de 18 à 69 ans avaient eu des rapports sexuels au cours de l'année écoulée ; cette proportion est passée à 83 % en 2006 et à 77 % en 2023. De même, le pourcentage d'hommes ayant eu des rapports sexuels au cours de l'année écoulée est passé de 92 % en 1992 à 89 % en 2006 et 82 % en 2023 »⁹⁸. Cette évolution récente n'a pas forcément un lien avec la baisse de la natalité, et doit être interprétée avec prudence. Pour Nathalie Bajos, « la pandémie du Covid-19 [...] et les changements en matière de sociabilité ont vraisemblablement eu un impact sur l'entrée de ces jeunes dans la sexualité, même si ces tendances étaient déjà engagées avant la pandémie ». Elle cite par ailleurs d'autres facteurs explicatifs possibles :

⁹⁷ Oxfam France. "Inégalités femmes-hommes : les comprendre pour mieux les combattre," March 4, 2024. <https://www.oxfamfrance.org/inegalites-et-justice-fiscale/comprendre-et-combattre-inegalites-femmes-hommes/>.

⁹⁸ ANRS, Inserm, et Santé publique France. « CSF Contexte des sexualités en France. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE ». Inserm, 13 novembre 2024. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf.

« moins de couples, des périodes sans partenaires plus longues, le développement de la sexualité dans les espaces numériques »⁹⁹.

En effet, une étude publiée en janvier 2025 dans The Financial Times semble confirmer l'existence d'un mouvement global et en cours de déconjugualisation, qui pourrait contribuer à la baisse de la natalité : elle fait état d'une diminution sensible du nombre de couples à l'échelle internationale. « L'histoire démographique centrale des temps modernes n'est pas seulement le déclin des taux de procréation, mais aussi l'augmentation des taux de célibat : un changement beaucoup plus fondamental dans la nature des sociétés modernes. Les relations ne sont pas seulement moins fréquentes, elles sont aussi de plus en plus fragiles » affirme John Burn-Murdoch, reporter en chef des données. À titre d'exemple, en Finlande, il est aujourd'hui plus fréquent que les couples qui emménagent ensemble se séparent avant d'avoir un enfant, ce qui constitue un revirement radical par rapport à la norme historique. L'auteur évoque une tendance mondiale : aux États-Unis, en Finlande, en Corée du Sud, en Turquie, en Tunisie, en Thaïlande... et même dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne, la baisse des taux de natalité se situe de plus en plus en aval d'une récession des relations entre jeunes adultes. Cette augmentation du nombre de célibataires et de ruptures d'union pourrait s'expliquer par la prolifération des smartphones et des médias sociaux : « les différences géographiques dans l'augmentation du nombre de célibataires suivent largement l'utilisation de l'internet mobile, en particulier chez les femmes, dont le calcul pour évaluer les partenaires potentiels est en train de changer. Ceci est cohérent avec les recherches montrant que les médias sociaux facilitent la diffusion des valeurs libérales »¹⁰⁰. Didier Breton de l'INED l'affirme : « la crise de l'engagement est sans doute l'une des clefs de la dénatalité »¹⁰¹.

F) LA FÉCONDITÉ PAR CATÉGORIE SOCIALE

Une enquête réalisée par l'INSEE et publiée en 2020 a révélé des résultats intéressants eu égard aux taux de fécondité par catégorie sociale. En effet, alors que les populations les plus défavorisées sont généralement les plus touchées par les problématiques de santé générale, à l'échelle française comme internationale, ce n'est pas le cas pour la fécondité. Les femmes les plus modestes (employées, ouvrières...) et les plus aisées sont celles qui ont le plus d'enfants ; et la fécondité est la plus faible pour

⁹⁹ Tacchi, Nathan. « Moins mais mieux ? Voici à quoi ressemble la vie sexuelle des Français ». *Le Point*, 13 novembre 2024. https://www.lepoint.fr/societe/plus-de-diversite-moins-d-intensite-a-quoi-ressemble-la-vie-sexuelle-des-francais-13-11-2024-2575219_23.php.

¹⁰⁰ Burn-Murdoch, John. « The relationship recession is going global ». *Financial Times*, 11 janvier 2025. <https://www.ft.com/content/43e2b4f6-5ab7-4c47-b9fd-d611c36dad74>.

¹⁰¹ Meteyer, Madeleine. « Favoriser le couple pour sauver la natalité, la mesure à laquelle les politiques n'osent pas penser ». *Le Figaro*, 23 janvier 2025. <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/favoriser-le-couple-pour-sauver-la-natalite-la-mesure-a-laquelle-les-politiques-n-osent-pas-penser-20250123>.

France Stratégie, Pauline Grégoire-Marchand, et Nicolas Frémeaux. « Le couple contribue-t-il encore à réduire les inégalités ? » *La note d'analyse*, n° 71 (2018): 1-8. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/couple-contribue-t-reduire-inegalites>

les femmes ayant un niveau de vie intermédiaire : « 10 % de femmes les plus modestes donneraient naissance en moyenne à 2 enfants par femme au cours de leur vie et les 10 % les plus aisées en auraient 1,9 (...) À l'inverse, parmi les femmes à niveau de vie intermédiaire, pour lesquelles la fécondité est la plus faible, plus d'une sur quatre n'aurait finalement pas d'enfant et seules 17 % auraient une descendance nombreuse. »¹⁰². Il faut préciser que les femmes nées à l'étranger ont une fécondité plus élevée et sont surreprésentées parmi les plus modestes. Selon la démographe Anne Solaz, cela s'explique par des difficultés à concilier vie familiale et vie professionnelle qui sont les plus importantes pour les femmes de la classe moyenne : les femmes les plus riches ont généralement les moyens de faire garder leurs enfants et celles se situant en bas de l'échelle des revenus, si elles ne travaillent pas, s'en occupent elles-mêmes ; et le fait que les femmes de la classe moyenne bénéficient de peu d'aides de l'Etat¹⁰³.

Enfin, il est intéressant de relever que l'âge moyen à l'accouchement augmente avec le niveau de vie quel que soit le rang de naissance.

*

**

Après avoir évoqué les déterminants économiques, sociaux et culturels de la fécondité, nous traiterons dans la partie suivante les déterminants biologiques et médicaux de la fertilité. Cependant il convient de préciser que cette distinction, bien utile pour clarifier les enjeux, ne correspond en réalité à aucune séparation nette.

En effet, d'une part, les facteurs économiques et sociaux influent de manière très claire sur la santé physique et mentale des individus, et vice-versa : rappelons en ce sens la définition donnée par l'OMS des déterminants de la santé : « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations »¹⁰⁴. Par ailleurs, certaines problématiques sont intrinsèquement à la fois médicales et sociales : l'obésité par exemple, ou la prolifération de cancers liés à l'absorption de pesticides ou de perturbateurs endocriniens.

¹⁰² Reynaud, Didier. « Les femmes les plus modestes et les plus aisées ont le plus d'enfants ». *Insee Première*, n° 1826 (25 novembre 2020): 1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4982628>.

¹⁰³ Castéra, Isabelle, Baisse de la fécondité en France : « C'est le manque de désir d'enfant que l'on observe », op. cit.

¹⁰⁴ World Health Organization. Division of Health Promotion, Education. "Glossaire de la promotion de la santé," 1998. <https://iris.who.int/handle/10665/67245>

IV. ENJEUX BIOMÉDICAUX FACE À L'AUGMENTATION DE L'INFERTILITÉ

Les déterminants de santé, qu'ils relèvent de l'environnement, des conditions de vie, des ne sont pas des variables isolées : ils forment un réseau complexe d'influences qui conditionnent la fertilité. Ainsi, loin d'une vision linéaire de la reproduction, c'est l'interaction de ces éléments – la qualité des ovules et des spermatozoïdes, les conditions favorisant ou entravant la gestation – qui dessinent les contours d'une infertilité qui ne saurait se réduire à des causes univoques. Il importe de considérer cette multiplicité de déterminants afin de saisir l'épaisseur des enjeux qui traversent chaque parcours de reproduction.

A) ÉTAT DES LIEUX CONCERNANT LA BAISSE DE LA FÉRILITÉ ET LES RÉPONSES DE LA MÉDECINE

Il existe de multiples causes d'infertilité de l'homme et de la femme, mais dans 30 % des cas, la cause en est inconnue¹⁰⁵.

Chez la femme, les problèmes d'ovulations (au premier rang desquels le syndrome des ovaires polykystiques) représentent environ 25 %, les problèmes liés à une pathologie tubaire 20 %, les infertilités utérines ou péritonéales 10 %. L'endométriose, maladie souvent évoquée, peut également altérer l'ovulation mais aussi les trompes ou le péritoine.

Les infertilités masculines représentent 30 % des causes d'infertilité du couple.

Dans 40 % des cas, l'origine de l'infertilité est mixte, féminine et masculine¹⁰⁶.

Par ailleurs, le nombre de spermatozoïdes présents dans le sperme a diminué de plus de la moitié en 50 ans dans l'ensemble des continents¹⁰⁷. Néanmoins, selon le démonstrateur Laurent Toulemon, il n'existe pas de preuve que la dégradation de la qualité du sperme humain, qui est un phénomène avéré et mondial, ait déjà eu un impact sur le taux de fécondité à l'échelle de la population... même si cela ne signifie pas qu'il n'en aura pas à l'avenir.

¹⁰⁵ Santoro, Nanette, and Alex J. Polotsky. "Infertility Evaluation and Treatment." *New England Journal of Medicine*, vol. 392, no. 11, Mar. 2025, pp. 1111–19, <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2311150>.

¹⁰⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). *Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems*. NICE Clinical Guideline. Manchester: NICE, 2013. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>.

¹⁰⁷ Levine, Hagai, Niels Jørgensen, Anderson Martino-Andrade, Jaime Mendiola, Dan Weksler-Derri, Maya Jolles, Rachel Pinotti, et Shanna H Swan. « Temporal Trends in Sperm Count: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis of Samples Collected Globally in the 20th and 21st Centuries ». *Human Reproduction Update* 29, n° 2 (1 mars 2023): 157-76. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac035>.

Un dernier point doit être mentionné. Récemment, des anomalies génétiques ont été mises en évidence, associées à des formes d'infertilité. C'est un champ sur lequel des recherches sont en cours¹⁰⁸.

B) LES FACTEURS D'INFERTILITÉ

1) L'impact de l'obésité

Au niveau mondial, l'évolution des taux d'obésité par pays représente une corrélation significative avec celle des taux de fertilité ; ainsi plus le taux d'obésité est élevé dans une région ou un pays donné, plus le taux de fertilité diminue¹⁰⁹. On compte 641 millions d'adultes obèses dans le monde actuellement, or l'obésité a un impact fort sur la fertilité et les gamètes : retard de fécondation, cycles irréguliers, réponse ovarienne amoindrie, ovocytes de moins bonne qualité, développements embryonnaires retardés, plus de risques de fausses couches, moins de naissance, et plus de malformations¹¹⁰.

2) L'impact de l'environnement, de la pollution et des perturbateurs endocriniens

L'impact de l'environnement, de la pollution et des perturbateurs endocriniens sur la fertilité humaine est de plus en plus documenté dans la littérature scientifique¹¹¹. Rachel Carson (Printemps silencieux) et Shanna H. Swan (Count Down) ont, avec leurs ouvrages, également sensibilisé le grand public quant à leurs effets sur l'organisme et la santé reproductive¹¹².

¹⁰⁸ Gu, Ruihuan, Tianyu Wu, Jing Fu, Yi-Juan Sun, et Xiao-Xi Sun. « Advances in the Genetic Etiology of Female Infertility ». *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 41, n° 12 (2024): 3261-86. <https://doi.org/10.1007/s10815-024-03248-w>.

Arora, Manvi, Poonam Mehta, Shruti Sethi, George Anifandis, Mary Samara, et Rajender Singh. « Genetic Etiological Spectrum of Sperm Morphological Abnormalities ». *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 41, n° 11 (2024): 2877-2929. <https://doi.org/10.1007/s10815-024-03274-8>.

Lafraoui, Imène, et al. « Genetic Landscape of a Cohort of 120 Patients with Diminished Ovarian Reserve: Correlation with Infertility. » *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 25, no. 22, Nov. 2024, p. 11915, <https://doi.org/10.3390/ijms252211915>.

¹⁰⁹ Pesant, Marie-Hélène, Dorothea Wunder, François Pralong, et Vittorio Giusti. « Obésité et fertilité ne font pas bon ménage ». *Revue Médicale Suisse* 6, n° 242 (2010): 662-65. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2010.6.242.0662>.

¹¹⁰ NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). « Trends in Adult Body-Mass Index in 200 Countries from 1975 to 2014: A Pooled Analysis of 1698 Population-Based Measurement Studies with 19·2 Million Participants ». *The Lancet* 387, n° 10026 (2016): 1377-96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X).

Erratum in: « Department of Error ». *The Lancet* 387, n° 10032 (14 mai 2016): 1998. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30472-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30472-X).

« More Obese People in the World than Underweight, Says Study ». *BBC News*, 31 mars 2016, sect. Health. <https://www.bbc.com/news/health-35933691>.

¹¹¹ Dupont, Charlotte, Guillaume Bachelot, Nathalie Sermondade, et Rachel Lévy. « Les facteurs environnementaux et le mode de vie impactent la fertilité ». In *Idées reçues sur l'infertilité*, par Samir Hamamah, 69-78. Le Cavalier Bleu, 2024.

¹¹² Carson, Rachel. *Silent Spring*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1962.

« Un perturbateur endocrinien (PE) désigne une substance ou un mélange qui altère les fonctions du système endocrinien et de ce fait induit des effets néfastes dans un organisme intact, chez sa progéniture ou au sein de (sous)-populations »¹¹³.

D'après la biologiste Rachel Lévy, « nous en respirons, mangeons, buvons, portons sur les vêtements... sans le savoir et en permanence ». Ils sont présents partout : polychlorobiphényle, composés perfluorés, et pesticides organochlorés (DDT et dérivés) dans l'alimentation (poisson, volailles, viande, produits laitiers), pesticides organophosphorés (glyphosates, pyréthroides) dans les fruits et légumes, phtalates dans les emballages en plastique et conservateurs ou parabènes dans des aliments ultra transformés ; les produits ménagers, les produits de bricolage ou d'ameublement, les insecticides, les cosmétiques, les parfums d'ambiance... Les expositions domestiques incluent également les hormones naturelles comme les phytoestrogènes (présents dans de nombreux aliments, dont le soja) ou de synthèse (traces dans l'eau de boisson) et les antalgiques légers (anti-inflammatoires non-stéroïdiens, paracétamol, aspirine). Les perturbateurs endocriniens agissent en interférant avec le fonctionnement hormonal normal. Chez la femme, l'exposition aux perturbateurs endocriniens est associée à une diminution de la réserve ovarienne, à une altération de la qualité des ovocytes, à une augmentation du risque d'insuffisance ovarienne prématuée, de fausses couches à répétition, d'accouchements prématués et de cancers gynécologiques. Chez l'homme, des études montrent que l'exposition aux perturbateurs endocriniens est associée à une altération de la spermatogénèse, d'anomalies pubertaires et de cancers du testicule.

Par ailleurs, un certain nombre de situations à risques sont fréquentes dans la population : exposition à la pollution, stress, manque de sommeil, mauvaise alimentation, tabac, cannabis, sédentarité..., des facteurs qui sont tous impliqués dans la genèse de l'infertilité. Le Professeur Rachel Levy distingue à ce sujet les causes maternelles des états de santé et de maladie (originales développementales) dites DOHaD¹¹⁴, et les causes paternelles dites POHaD¹¹⁵. Ces deux champs de recherche investissent le champ de l'épigénétique et s'intéressent particulièrement à la nutrition et aux expositions environnementales dont les conséquences pour l'enfant à naître peuvent être présentes dès la naissance (retard de croissance intra-utérin, par exemple) ou se révéler plus tard notamment par des pathologies à l'âge adulte.

3) Une dimension transgénérationnelle

Swan, Shanna H., et Stacey Colino. *Compte à rebours: nos enfants seront-ils tous stériles en 2050 ?* Résurgence. Ferrières (Belgique): Marco Pietteur éditeur, 2021.

¹¹³ Santé publique France. « Que sont les perturbateurs endocriniens ? », 28 février 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/perturbateurs-endocriniens/que-sont-les-perturbateurs-endocriniens>.

¹¹⁴ DOHaD pour Developmental Origins of Health and Disease ou concept des origines développementales de la santé

¹¹⁵ POHAD pour The Paternal Origins of Health and Disease ou concept des paternités biomédicales et causalités sociales

Il a été mis en évidence, par plusieurs études, l'existence d'un lien entre l'exposition aux perturbateurs endocriniens durant la grossesse et des troubles de la reproduction chez les descendants¹¹⁶. Cette transmission de marqueurs épigénétiques favorisant l'apparition de troubles à l'âge adulte ne concerne pas seulement la fertilité mais également les cancers, la santé du cœur, pancréas, cerveau...¹¹⁷. Des modifications épigénétiques consécutives à des expositions à des perturbateurs endocriniens semblent bien démontrées comme étant les médiateurs de ces effets. Cette exposition a aussi été rapportée comme pouvant induire une infertilité, des affections testiculaires et un syndrome des ovaires polykystiques¹¹⁸.

Tous les facteurs mentionnés ci-dessus influencent non seulement la fertilité des personnes exposées mais également celle de leurs descendants ; il est donc essentiel de lutter contre ces expositions.

C) LES PROGRÈS MAIS AUSSI LES LIMITES DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)

- 1) Un accès aux techniques d'AMP variable et marqué par de nombreuses inégalités : une information insuffisante, un recours trop tardif, des parcours compliqués, avec une efficacité non optimale, et des inégalités territoriales

L'AMP n'est pas une solution à tout : elle ne permet pas à tous les couples et à toutes les femmes d'obtenir l'enfant désiré et les vrais résultats, tels que fournis par l'Agence de Biomédecine (ABM), devraient être mieux diffusés dans la population générale. En effet, en France, les derniers résultats rapportés par l'ABM en octobre 2024 et portant

¹¹⁶ Anway, Matthew D., Andrea S. Cupp, Mehmet Uzumcu, et Michael K. Skinner. « Epigenetic Transgenerational Actions of Endocrine Disruptors and Male Fertility ». *Science* 308, n° 5727 (3 juin 2005): 1466-69. <https://doi.org/10.1126/science.1108190>.

Manikkam, Mohan, Rebecca Tracey, Carlos Guerrero-Bosagna, et Michael K. Skinner. « Pesticide and Insect Repellent Mixture (Permethrin and DEET) Induces Epigenetic Transgenerational Inheritance of Disease and Sperm Epimutations ». *Reproductive Toxicology* 34, n° 4 (décembre 2012): 708-19. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2012.08.010>.

Skinner, Michael K., et Matthew D. Anway. « Seminiferous Cord Formation and Germ-Cell Programming: Epigenetic Transgenerational Actions of Endocrine Disruptors ». *Annals of the New York Academy of Sciences* 1061, n° 1 (décembre 2005): 18-32. <https://doi.org/10.1196/annals.1336.004>.

¹¹⁷ Junien, Claudine, Polina Panchenko, Luciano Pirola, Valérie Amarger, Bertrand Kaeffer, Patricia Parment, Jérôme Torrisani, Francisco Bolaños Jimenez, Hélène Jammes, et Anne Gabory. « Le nouveau paradigme de l'origine développementale de la santé et des maladies (DOHaD): Épigénétique, environnement : preuves et chaînons manquants ». *médecine/sciences* 32, n° 1 (2016): 27-34. <https://doi.org/10.1051/medsci/20163201006>.

Nilsson, Eric E, Ingrid Sadler-Riggleman, et Michael K Skinner. « Environmentally Induced Epigenetic Transgenerational Inheritance of Disease ». *Environmental Epigenetics* 4, n° 2 (1 avril 2018): 1-13. <https://doi.org/10.1093/EEP/DVY016>.

¹¹⁸ Akhatova, Ayazhan, Celine Jones, Kevin Coward, et Marc Yeste. « How Do Lifestyle and Environmental Factors Influence the Sperm Epigenome? Effects on Sperm Fertilising Ability, Embryo Development, and Offspring Health ». *Clinical Epigenetics* 17, n° 1 (16 janvier 2025): 7. <https://doi.org/10.1186/s13148-025-01815-1>.

sur l'année 2022, font état de l'obtention d'une médiane de 19 % d'accouchements après une ponction FIV/ICSI¹¹⁹ et d'après son dernier rapport, en 2022, les enfants nés après AMP représentaient 3,7 % des naissances en France. Il semblerait que l'information dispensée en population générale, concernant cette efficacité très relative de l'AMP, ne soit pas suffisante et que les Français n'en aient pas assez conscience. Par ailleurs, les parcours d'AMP sont éprouvants pour les femmes et les couples ; les échecs, fréquents, peuvent être difficiles à vivre : l'attente, l'angoisse, la déception lorsque la grossesse ne vient pas. Les médecins évoquent des conséquences sur la vie sexuelle et relationnelle des couples, notamment une diminution du désir, due à l'intrusion de la technique médicale dans l'intimité de leur vie sexuelle, et des tensions, des blessures narcissiques... « L'attribution à la médecine d'un pouvoir quasi magique est suivie d'un temps de désillusionnement douloureux »¹²⁰.

Enfin, l'accessibilité et les délais d'attentes pour bénéficier d'une AMP sont variables selon les techniques utilisées et selon les régions. Ainsi, la loi de bioéthique de 2021 a élargi les indications de l'AMP, amplifiant ainsi le public susceptible d'y avoir recours, mais pour autant les moyens alloués et la capacité des centres n'ont pas augmenté, d'où la saturation actuelle de ceux-ci. Pour être autorisés à pratiquer l'AMP, les établissements de santé publics ou privés doivent être autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS) après avis de l'Agence de Biomédecine (ABM). Le nombre d'établissements autorisés est figé depuis plusieurs années, il est nécessaire de s'interroger sur la nécessité d'encourager l'ouverture de nouveaux centres, notamment dans les zones les plus défavorisées et de demander une révision du Programme régional de santé (PRS) qui fixe le nombre d'autorisations par régions.

Cependant, une augmentation d'activité en AMP aurait probablement **un effet réel mais limité sur la natalité**. Une étude publiée en 2007¹²¹ avait tenté de connaître l'impact sur la natalité d'une augmentation du nombre de naissances obtenues après une procédure d'AMP en comparant la situation du Danemark où en 2002 la proportion de naissances vivantes issues de l'AMP était de 4,2 % du total des naissances, au Royaume-Uni où pour la même année, il était de 1,4 %. Les auteurs ont tenté de modéliser ce qui se passerait si le nombre de cycles d'AMP au Royaume-Uni atteignait un niveau similaire à celui du Danemark (qui offre la plus grande disponibilité d'AMP en

¹¹⁹ Données de l'ABM. Voir : Agence de la biomédecine. « Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France ». Rapport d'activité annuel d'AMP – Activité 2016. ABM, 2017. <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>.

Agence de la biomédecine. « Le rapport médical et scientifique 2022 est en ligne », 17 septembre 2023. <https://www.agence-biomedecine.fr/Le-rapport-medical-et-scientifique-2022-est-en-ligne>.

Agence de la biomédecine, Rapport médical et scientifique 2023, op. cit.

¹²⁰ Jaoul, Monique. « Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP ». adsp, n° 75 (2011): 24-27. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad752427.pdf>.

¹²¹ Hoorens, S., F. Gallo, J.A.K. Cave, et J.C. Grant. « Can Assisted Reproductive Technologies Help to Offset Population Ageing? An Assessment of the Demographic and Economic Impact of ART in Denmark and UK: Case Report », Hum Reprod.2007 ; 22 : 2471-2475.

Europe) : le taux de fécondité britannique passerait de 1.64 à 1.68. Les auteurs comparaient ce rendement à d'autres leviers des politiques natalistes et plaident donc pour que l'AMP soit incluse dans l'éventail des politiques démographiques rentables et efficaces. Enfin, le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, dans une analyse publiée en 2019¹²², souligne que dans des situations réelles, l'accessibilité de l'AMP pourrait n'avoir qu'un petit effet correcteur sur les taux de fécondité. Il précise toutefois que son importance pourrait augmenter à l'avenir pour compenser le report de l'âge à la procréation, grâce à l'autoconservation ovocytaire.

2) L'autoconservation ovocytaire

a) Des progrès récents, mais à améliorer

La vitrification ovocytaire (congélation ultrarapide) est devenue une technique efficace pour congeler les ovocytes et est autorisée en France depuis la loi de bioéthique de 2021¹²³. Cette technique permet de prélever et conserver des ovocytes « jeunes » et de les utiliser ultérieurement au moment où la grossesse est envisagée. Elle exige alors une micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte réchauffé puis un transfert embryonnaire avec le risque que l'ovocyte ne résiste pas à la décongélation ou ne se féconde pas. Ainsi le nombre d'ovocytes vitrifiés nécessaires pour espérer une grossesse varie en fonction de plusieurs facteurs (l'âge, la qualité des ovocytes) mais doit être conséquent. En outre, il n'y a pas de garantie absolue de grossesse ultérieure.

L'avis 126 du CCNE, publié en juin 2017 avait rappelé qu'il importait d'expliquer clairement aux femmes les contraintes et les risques ainsi que le succès incertain de la procréation ultérieure, et avait conclu que « la proposition d'autoconservation ovocytaire à toutes les femmes jeunes qui le demandent en vue d'une hypothétique utilisation ultérieure paraît difficile à défendre »¹²⁴. Toutefois, cet avis avait été modifié en septembre 2018, au sein de l'avis 129, publié après la tenue des États généraux de la bioéthique et l'audition des sociétés savantes,

¹²² Sobotka, Tomáš, Anna Matysiak, et Zuzanna Brzozowska. « Policy Responses to Low Fertility: How Effective Are They? Working Paper No. 1 ». Working Paper Series. United Nations Population Fund, mai 2019. <https://www.unfpa.org/publications/policy-responses-low-fertility-how-effective-are-they>.

Wilkins, Elizabeth. « Low Fertility: A Review of the Determinants Working Paper No. 2 ». United Nations Population Fund, juillet 2019. <https://www.unfpa.org/publications/low-fertility-review-determinants>.

¹²³ Vie publique. « Loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique », 29 septembre 2021. <https://www.vie-publique.fr/loi/268659-loi-2-aout-2021-bioethique-pma>.

Légifrance. « LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique ». Dossiers législatifs, 3 août 2021. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038811571/>.

¹²⁴ Comité Consultatif National d'Ethique. « Avis n° 126 (15 juin 2017) sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) ». CCNE, 15 juin 2017. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/ccne_avis_ndeg126_amp_version-def.pdf.

toutes favorables à l'autorisation de l'autoconservation¹²⁵. Le CCNE recommandait alors « la possibilité de proposer, sans l'encourager, une autoconservation ovocytaire de précaution, à toutes les femmes qui le souhaitent, après avis médical (avec pour seules restrictions des limites d'âge minimales et maximales)»¹²⁶ tout en considérant prioritaire le développement d'une information documentée et sérieuse sur l'évolution de la fertilité féminine destinée à l'ensemble de la population et délivrée notamment dans les médias, les lieux d'information et les consultations gynécologiques¹²⁷.

Depuis la loi de bioéthique de 2021, elle est autorisée en France, et dès le 30 décembre 2021, un décret est paru¹²⁸, précisant quels étaient les centres autorisés à pratiquer cette autoconservation. Il faut souligner que la France est le seul pays au monde dans lequel l'autoconservation est prise en charge à 100 % (sauf le renouvellement annuel de la conservation de l'ordre de 40 euros)¹²⁹ mais la loi a posé deux limites : l'âge (à partir de 29 ans et avant le 37^e anniversaire) et la limitation aux centres publics autorisés, à savoir ceux autorisés à la préservation médicale (et déjà surchargés) et 3 centres autorisés au don d'ovocyte. Quarante et un centres ont débuté l'activité début 2022¹³⁰. Très rapidement les demandes ont explosé, surtout en Ile-de-France où les femmes ont leurs enfants plus tard que dans le reste du pays¹³¹, et trois nouveaux centres ont été autorisés par l'ARS Ile-de-France en septembre 2023¹³², sans pour autant, semble-t-il diminuer les délais d'attente. D'autres ouvertures ont été annoncées fin 2024.

¹²⁵ Comité Consultatif National d'Ethique. « Rapport de synthèse des États généraux de la bioéthique. Opinions du Comité citoyen ». CCNE, juin 2018. <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-05/Rapport%20de%20synthe%CC%80se%20CCNE%20Bat.pdf>.

¹²⁶ Comité Consultatif National d'Ethique, Avis 129 : Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019, op. cit.

¹²⁷ Delfraissy, Jean-François, et Pierre-Henri Duée. « L'assistance médicale à la procréation dans le prisme de l'éthique ». In *Nouvelles fertilités, nouvelles familles: nouvelle humanité ?*, par Micheline Misrahi-Abadou et Boris Cyrilnik, 111-26. Paris: Odile Jacob, 2024.

¹²⁸ « Décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021 fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique et portant diverses adaptations de la partie réglementaire du même code au regard des dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique ». JORF, n° 0304 (31 décembre 2021). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000044792867>.

¹²⁹ Belaisch-Allart, Joëlle. « Congeler ses ovocytes en pratique ». *Le Quotidien du Médecin*, 26 mars 2024. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/gynecologie-obstetrique/congeler-ses-ovocytes-en-pratique>.

¹³⁰ « Dossier de presse, Pari(s) Santé Femmes, 12-13-14 juin 2024, CNIT - Paris la Défense ». CNGOF, juin 2024. <https://cngof.fr/app/pdf/Medias//Dossiers%20de%20Presse/24-06-06%20PSF%202024%20Mort%20foetale%20in%20utero%20-%20Auto-examen%20des%20seins%20-%20Recours%20%C3%A0%20la%20c%C3%A9sarienne.pdf?x29325>.

¹³¹ Davie, Emma. « Un premier enfant à 28 ans ». *Insee Première*, n° 1419 (19 octobre 2012): 1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068>.

¹³² Belaisch-Allart, Joëlle, Négar Kalhorpour, Tiphaine Sindou-Faurie, Ursula Mbeutcha, Chloé Bughin, Yacine Belaid, et Olivier Kulski. « L'autoconservation ovocytaire en France 2 ans après la loi de bioéthique ». *Genesis*, n° 211 (2 octobre 2024): 30-32. <https://www.revuegenesis.fr/lautoconservation-ovocytaire-en-france-2-ans-apres-la-loi-de-bioethique>.

Une fausse image de l'autoconservation a longtemps circulé, à savoir celle d'une technique utilisée par des femmes carriéristes n'ayant pas de temps pour la maternité¹³³. Or toutes les études montraient jusqu'à présent que plus de 80 % des femmes engagées dans une autoconservation, le faisaient en raison de l'absence de partenaire¹³⁴. En outre, un certain nombre de femmes en couple commencent à confier, en consultation, que le moment n'est pas idoine pour une maternité, et/ou que leur partenaire n'est pas encore décidé.

Si en France, l'autoconservation n'est possible qu'entre 29 et 36 ans, à l'étranger les limites sont beaucoup plus larges¹³⁵. Les limites d'âge françaises méritent donc d'être discutées. Avant la parution du décret sur les limites d'âge, le conseil d'orientation de l'ABM avait été interrogé. Louis Bujan¹³⁶, avait alors affirmé que « compte tenu du fait que le prélèvement d'ovocytes n'est pas anodin et qu'il mobilise un certain nombre de ressources et représente un coût réel, il s'agit également de trouver un équilibre entre bienfaisance et non-malfaisance et ce d'autant plus que cet acte nécessite une démarche réfléchie et une implication notable de la femme chez qui il ne faudrait pas susciter de fausse promesse »¹³⁷. Le Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine, recherchant cet équilibre, dans son avis du 14 juin 2021, a préconisé un âge pour le prélèvement d'ovocytes sans indication médicale : « L'âge minimum est de 29 ans et l'âge maximum est de 35 ans avec une possible extension au 37e anniversaire en fonction des résultats du bilan féminin »¹³⁸. Certes les taux de succès de l'AMP diminuent avec l'âge de l'ovocyte mais les données étrangères rapportent des taux de grossesse non nuls avec des ovocytes auto conservés à 37 ans et plus¹³⁹. Pourquoi cette limite française au 37ème anniversaire ? Par souci d'efficacité, et volonté de ne pas créer de faux espoirs. L'on peut néanmoins se demander si cette étroite plage autorisée 29-36 n'est pas en rapport avec la prise en charge à 100 % par l'Assurance

¹³³ Belaisch-Allart, Joëlle, Congeler ses ovocytes en pratique, op. cit.

¹³⁴ Belaisch-Allart, Joëlle, L'autoconservation ovocytaire en France 2 ans après la loi de bioéthique, op. cit.

Pennings, Guido. « Elective Egg Freezing and Women's Emancipation ». *Reproductive BioMedicine Online* 42, n° 6 (juin 2021): 1053-55. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.004>.

¹³⁵ Cascante, Sarah Druckenmiller, Jennifer K. Blakemore, Shannon DeVore, Brooke Hodes-Wertz, M. Elizabeth Fino, Alan S. Berkeley, Carlos M. Parra, Caroline McCaffrey, et James A. Grifo. « Fifteen Years of Autologous Oocyte Thaw Outcomes from a Large University-Based Fertility Center ». *Fertility and Sterility* 118, n° 1 (juillet 2022): 158-66. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.04.013>.

¹³⁶ Professeur de Médecine et Biologie de la Reproduction, chef du Pôle Femme Mère Couple du CHU de Toulouse, directeur du Groupe de Recherche en Fertilité Humaine Université de Toulouse III.

¹³⁷ Bujan, Louis. « Conservation des gamètes sans indication médicale : une nouvelle possibilité mais des interrogations pratiques ». *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, n° 32 (1 juin 2022): 44-51. <https://doi.org/10.3917/jdsam.222.0044>.

¹³⁸ « Avis du Conseil d'Orientation de l'Agence de la biomédecine : Réflexions sur l'âge de procréer ». ABM, 14 juin 2021. https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2021-co-26_deliberation_texte_age_de_recours_a_l_amp_vd.pdf.

¹³⁹ Santulli, Pietro, Charlotte Dupont, Nelly Achour-Chneiweiss, Véronique Drouineaud, Michael Grynberg, Florence Eustache, Maëlis Peigné, et al. « Actualités en assistance médicale à la procréation à la suite de la nouvelle Loi bioéthique n° 2021-107 du 2 août 2021 : proposition de référentiel ». *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 51, n° 9 (septembre 2023): 428-33. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.06.002>.

Maladie. Certains professionnels suggèrent d'autoriser l'autoconservation entre 37 et 39 ans en demandant une participation financière pour éviter aux femmes qui ont plus de 37 ans de se rendre à l'étranger à leurs frais pour pratiquer cette autoconservation.

Un autre point doit être relevé : nous assistons en France à une augmentation marquée de demandes de grossesses par les femmes seules, dénommées par la loi « femmes non mariées », âgées de 37 ans et plus, dont le projet initial de préservation de la fertilité étant rejeté, se tournent alors vers une demande de grossesse par AMP. La prise en charge est totale par l'assurance maladie, la ponction pour FIV peut se faire jusqu'au 43ème anniversaire et le transfert d'embryon congelé ou le double don (ovocyte et spermatozoïdes) jusqu'au 45ème anniversaire¹⁴⁰.

Compte-tenu des éléments socio-économiques vus préalablement et pouvant être facteurs de la baisse de natalité, ne devrions-nous pas proposer l'auto-conservation d'ovocytes, à toutes les femmes de 30 ans et plus qui ne peuvent réaliser leur projet de grossesse faute de partenaires ou de conditions favorables ? Cependant, cette proposition ne paraît pas réaliste dans le contexte actuel, au regard des délais conséquents de prise en charge inhérents à l'afflux de demandes. Les demandes d'AMP ont significativement augmenté par rapport aux prévisions, sans augmentation des ressources humaines médico-techniques ni des moyens matériels.

b) Que deviennent ces ovocytes auto-conservés ?

Les femmes sont interrogées tous les ans pour savoir si elles veulent poursuivre la congélation (pour les utiliser avant leur 45^{ème} anniversaire), donner leurs ovocytes à une autre femme de façon anonyme et gratuite, à la science ou demander la fin de la conservation (destruction).

Lorsque ces femmes souhaitent une grossesse, elles doivent consulter dans un centre d'AMP, et selon le bilan médical (étude de la réserve ovarienne au jour de la consultation), elles ont, ou non, besoin d'utiliser leurs ovocytes auto conservés. Il faut alors les décongeler avec le risque qu'ils ne résistent pas à la décongélation puis micro-injecter les ovocytes avec le sperme des conjoints (ou de donneurs si elles désirent un enfant seules ou en couple de femmes). Les premières études faisaient état d'un taux d'utilisation des ovocytes/femme de 5 à 6 %¹⁴¹. Des études plus récentes, avec un recul de 10 ans, font état de chiffres différents : 44 % dans une étude belge présentée à l'*European Society of Human Reproduction* en 2023¹⁴², 42 % de celles-ci ont obtenu

¹⁴⁰ Légifrance. « LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique ». Dossiers législatifs, 3 août 2021. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038811571>.

¹⁴¹ Belaisch-Allart, Joëlle, L'autoconservation ovocytaire en France 2 ans après la loi de bioéthique, op. cit.

¹⁴² Ibid.

une naissance, 38 % dans une étude américaine de 2021¹⁴³. Les principaux motifs pour lesquels les femmes n'utilisent finalement pas leurs ovocytes sont la survenue d'une grossesse spontanée et l'absence de partenaire¹⁴⁴.

Un nouveau problème émerge pour les centres qui réalisent l'autoconservation : la cotation des actes. L'autoconservation n'est pas une activité « rentable » pour les établissements de santé. Une FIV (fécondation in vitro) est cotée B 1550 (le B étant la codification des actes biologiques et B=0.26 euros, soit un prix de 403 euros), une ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïde, variante de la FIV) est cotée B 2600 mais une autoconservation seulement B 1250 alors que le temps de travail au laboratoire d'AMP est quasi identique pour vitrifier tous les ovocytes et organiser les relances annuelles (perte estimée à 130 euros par rapport à une FIV mais à 400 euros par rapport à une ICSI. Certes l'ABM prévoit des crédits dit MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation) mais la cotation pourrait être relevée afin d'éviter que certains centres n'hésitent avant de s'engager dans la voie de l'autoconservation ovocytaire, ce qui rendrait encore plus difficile pour les femmes l'accès à une autoconservation en France¹⁴⁵. L'accès à l'autoconservation ovocytaire est ainsi devenu un problème financier : pour que toutes les femmes qui le souhaitent aient accès à l'autoconservation, au nom du principe d'égalité, il faudrait que les établissements ne soient pas pénalisés, et qu'ils disposent des moyens humains et matériels nécessaires pour que l'activité de l'autoconservation se fasse en plus de l'activité ordinaire et non à son détriment.

Certains démographes suggèrent que l'autoconservation ovocytaire permettra (peut-être) aux femmes de continuer à avoir autant d'enfants que leur mère, mais plus tard – ce qui doit interroger sur les conséquences médicales et éthiques de ce type de décision pour lesquelles les principes d'autonomie et de respect du futur enfant peuvent être questionnés.

Des études prouvent que les grossesses tardives et notamment celles passées 40 ans sont potentiellement dangereuses tant pour la mère que pour l'enfant à naître¹⁴⁶. Il peut être difficilement compréhensible que des pays voisins retiennent néanmoins des limites d'âge plus avancées. Dès lors, des membres du CCNE s'interrogent sur la pertinence du maintien de limites d'âges pour la conservation ovocytaire et dans une autre mesure pour l'AMP en général.

¹⁴³ Blakemore, Jennifer K., James A. Grifo, Shannon M. DeVore, Brooke Hodes-Wertz, et Alan S. Berkeley. « Planned Oocyte Cryopreservation-10-15-Year Follow-up: Return Rates and Cycle Outcomes ». *Fertility and Sterility* 115, n° 6 (juin 2021): 1511-20. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.01.011>.

¹⁴⁴ Tsafrir, A., H. Holzer, T. Miron-Shatz, T. Eldar-Geva, M. Gal, I. Ben-ami, N. Dekel, et al. « 'Why Have Women Not Returned to Use Their Frozen Oocytes?': A 5-Year Follow-up of Women after Planned Oocyte Cryopreservation ». *Reproductive BioMedicine Online* 43, n° 6 (2021): 1137-45. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.08.026>.

¹⁴⁵ Idem.

¹⁴⁶ Correa-de-Araujo, Rosaly, et Sung Sug Sarah Yoon. « Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age ». *Journal of Women's Health* 30, n° 2 (1 février 2021): 160-67. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8860>.

3) L'élargissement de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes non mariées et les conséquences de la dernière loi de bioéthique de 2021

La loi autorise leur prise en charge mais les délais d'attente pour obtenir la paillette de spermatozoïdes de donneur sont en France actuellement supérieurs à un an, et avec de grandes variations suivant les régions¹⁴⁷. Nombre de femmes, notamment les plus âgées, continuent à aller à l'étranger où certes la technique est payante, mais rapide. Comment améliorer ces délais ? Un certain nombre de facteurs entrent en jeu, dont les moyens humains et matériels des centres à renforcer mais également le nombre de donneurs disponibles. Faut-il autoriser l'accès aux banques étrangères de sperme qui, certes, ne respectent pas les principes du don de gamètes en France, notamment en matière d'anonymat et de gratuité, mais sont très efficaces en termes de délai d'obtention ? Bien que nous ne disposions d'aucun chiffre, nul n'ignore que ces banques livrent en France, après commande en ligne des femmes et que certains médecins acceptent d'utiliser ces paillettes. Si le législateur souhaite continuer de garantir les principes de gratuité et d'anonymat (au moment du don) seules deux solutions peuvent être envisagées pour améliorer les délais de délivrance des paillettes de sperme : renforcer les campagnes d'information sur le don de spermatozoïdes pour essayer d'augmenter le nombre de donneurs et augmenter les moyens humains et matériels attribués aux banques françaises de sperme pour qu'elles puissent traiter les demandes plus rapidement. À l'étranger, certains pays comme la Belgique font appel aux banques du nord de l'Europe et reconnaissent qu'ils ne peuvent pas assurer l'autosuffisance. Il paraît donc difficile d'échapper à une réflexion sur l'organisation du don de sperme et le fonctionnement des banques de sperme (toutes sauf une appartenant à la fédération des CECOS).

¹⁴⁷ Agence de la biomédecine. « Comité de suivi loi de bioéthique. Séance du lundi 17 octobre 2022. Sous la présidence de Marc Destenay, Directeur général par intérim de l'Agence de la biomédecine », 17 octobre 2022. https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/cr_comite_de_suivi_lbe_171022_vdef.pdf.

V. ENJEUX ÉTHIQUES DE LA BAISSE DE LA NATALITÉ

Dans son Avis n°90¹⁴⁸ « Accès aux origines, anonymat et secret de la filiation », le CCNE indiquait : « la conception d'un être humain concerne les relations fondamentales entre les personnes dans l'ensemble des dimensions de leur humanité, biologique, psychique, sociale, culturelle et spirituelle ». Cette réflexion reste terriblement d'actualité.

A) LA BAISSE DE LA NATALITÉ EN FRANCE, À L'ÉCHELLE EUROPÉENNE ET MONDIALE : EST-ELLE UN PROBLÈME EN SOI ?

Le CCNE a distingué une baisse de la natalité liée, (i) d'une part, à une baisse de la fécondité, volontaire ou non, associée principalement à des conditions sociales, économiques et culturelles, qui pose question au niveau collectif, et dont la réponse possible relève du domaine des politiques publiques, et, (ii) d'autre part, à une baisse de la fertilité, pour des raisons bio médicales, qui joue un rôle mineur en termes quantitatifs mais a une importance majeure au niveau individuel.

Alors même que les possibilités médicales augmentent, la natalité baisse. Parallèlement, l'espérance de vie augmente : même s'il existe un infléchissement de cette augmentation, le vieillissement de la population est évident. Ces phénomènes croisés ne sont pas propres à la France mais sont constatés de façon, certes parfois différentes ou différentes, mais globalement avec les mêmes tendances, dans le monde.

Cette réalité contrastée invite à la réflexion. Au-delà des questions éthiques de nature biomédicales posées dans cet avis sur les évolutions en matière d'AMP, d'autoconservation ovocytaire, de la possibilité de mener une grossesse à un âge plus avancé, la baisse de la natalité liée à des raisons sociétales multifactorielles est le facteur principal de questionnement éthique en ce sens que ce qui est interrogé est, en fait, un modèle de société.

Que voulons-nous comme société pour nos enfants, et pour nous ? La baisse de la natalité est-elle un problème ? Remet-elle en cause le pacte social, car les plus jeunes aident au financement des besoins des plus anciens ?

- La réponse est non, si l'on appréhende cette problématique à l'échelle mondiale, car le problème de notre planète est plutôt celui de la surpopulation : de-

¹⁴⁸ Comité Consultatif National d'Ethique. « Avis 90 Accès aux origines, anonymat et secret de la filiation ». CCNE, 24 novembre 2005. <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis090.pdf>.

puis les 50 dernières années, la population humaine a doublé, l'économie mondiale a presque quadruplé et le commerce mondial a décuplé. Cette forte croissance démographique de la population humaine, et de la richesse et consommation par personne, en moyenne, augmente considérablement l'utilisation d'énergie, des terres, de matériaux, de nourriture, avec environ 3,5 milliards de personnes vivant dans des contextes hautement vulnérables face au changement climatique¹⁴⁹. Sur le plan alimentaire, les scientifiques estiment que la terre ne peut nourrir plus de 10 milliards de personnes. Selon l'ONU, mais avec de grandes inégalités, dans un rapport publié en juillet 2024, 733 millions de personnes environ ont souffert de la faim en 2023, soit une personne sur 11 à l'échelle mondiale et une sur cinq en Afrique¹⁵⁰. On sait par ailleurs qu'une conséquence de l'augmentation de l'activité humaine est l'accumulation des gaz à effet de serre, responsable d'un réchauffement climatique et d'une élévation du niveau des océans. Les enfants nés aujourd'hui seront disproportionnellement exposés aux aléas climatiques par rapport aux générations précédentes¹⁵¹. Certains se posent jusqu'à cette question : faut-il arrêter de faire des enfants pour sauver la planète ?¹⁵².

- La réponse est oui si l'on appréhende cette problématique à l'échelle nationale et/ou européenne, et que l'on souhaite maintenir une population jeune pour animer notre société, la faire vivre, être force d'idées, d'innovation, et de progrès, sans évoquer l'abondement des caisses de retraites et un financement global de notre pacte social en particulier dans le modèle français. Plusieurs interrogations s'imposent en effet : quelles seraient les conséquences sociales et économiques d'une baisse de la natalité et d'un vieillissement de la population ? Comment une société peut-elle « vivre » durablement sans renouvellement des générations, sans dynamiques intergénérationnelles ?

¹⁴⁹ Nations Unies. « ONU : la population mondiale devrait atteindre 9,6 milliards en 2050 ». <https://www.un.org/fr/desa/un-report-world-population-projected-to-reach-9-6-billion-by-2050>.

Intergovernmental Panel On Climate Change (Ipcc). « Summary for Policymakers ». In *The Ocean and Cryosphere in a Changing Climate: Special Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, 3-36. Cambridge University Press, 2019. <https://doi.org/10.1017/9781009157964>.

Intergovernmental Panel On Climate Change (IPCC). « Sections ». In *Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, par Core Writing Team, H Lee, et J Romero, 81 p. Geneva, 2023. <https://doi.org/10.59327/IPCC/AR6-9789291691647.001>.

¹⁵⁰ FAO, IFAD, UNICEF, WFP, et WHO. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024* Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms. Rome. <https://doi.org/10.4060/cd1254en>

¹⁵¹ Thiery, Wim, Stefan Lange, Joeri Rogelj, Carl-Friedrich Schleussner, Lukas Gudmundsson, Sonia I. Seneviratne, Marina Andrijevic, et al. « Intergenerational Inequities in Exposure to Climate Extremes ». *Science* 374, n° 6564 (8 octobre 2021): 158-60. <https://doi.org/10.1126/science.abi7339>.

¹⁵² Pont, Emmanuel. *Faut-il arrêter de faire des enfants pour sauver la planète ? entre question de société et choix personnel*. Paris: Payot, 2022.

La question de l'avenir de l'humanité en termes de population est éminemment complexe. Il y aurait deux grandes tendances : la surpopulation à l'échelle mondiale, et, avec des temporalités distinctes, la baisse de la natalité constatée dans un grand nombre de pays.

Si la baisse de la natalité est un problème et que le maintien d'une population jeune est une nécessité, d'autres questions doivent se poser, dont les réponses se situent dans le champ politique et économique et clairement dans des choix de société :

- Peut-on envisager des politiques publiques « familiales » visant à faciliter la conciliation entre vie privée, vie familiale et vie professionnelle afin de mieux accueillir les enfants ?
- Peut-on contribuer à améliorer la santé globale en luttant contre les facteurs de baisse de la fécondité que sont le stress et l'altération de la santé mentale, la malnutrition, la pollution, les perturbateurs endocriniens ?
- Peut-on envisager de modifier le rapport au travail ?
- Est-il possible qu'une action politique collective plus résolue pour faire face aux défis environnementaux (climat, biodiversité, ressources) ait un effet positif sur une forme de confiance en l'avenir nécessaire pour s'y projeter et avoir un projet de famille ?
- Est-il indispensable que le renouvellement de la population française repose exclusivement sur une hausse de la natalité nationale ? L'immigration peut-elle et devrait-elle être encouragée afin de maintenir une population jeune dans nos sociétés vieillissantes ? Ceci mériterait un débat apaisé.

Tous ces enjeux doivent être partagés avec nos concitoyens sans être accompagnés d'injonction à avoir des enfants, avec une information éclairée et honnête.

B) LA NÉCESSITÉ D'UNE APPROCHE SUR LE LONG TERME

La baisse de la natalité contribue au vieillissement de la population dans la mesure où la fécondité se situe sous le seuil de renouvellement des générations. En France, 21,5 % des habitants ont 65 ans ou plus ; les personnes âgées d'au moins 75 ans représentent une personne sur dix (10,4 %) et leur nombre augmente¹⁵³.

Dans un premier temps, cette baisse de la natalité depuis 2010 a entraîné une fermeture de crèches, de classes voire d'écoles, un réaménagement des maternités, des suppressions d'emplois dans le domaine de la petite enfance, mais à plus long terme

¹⁵³ Vie publique. « Bilan démographique 2023 : la France compte 68,4 millions d'habitants », 16 janvier 2024. <https://www.vie-publique.fr/en-bref/292665-bilan-demographique-la-baisse-des-naissances-continue-en-2023>.

l'on doit s'interroger sur d'éventuelles répercussions majeures relatives au financement de la sécurité sociale, des retraites... En effet, les générations nombreuses du baby-boom commencent à atteindre les âges où les décès sont nombreux, il faut donc prévoir, jusqu'en 2040, l'augmentation progressive de ceux-ci. Ce vieillissement de la population va poser de nombreux problèmes sociétaux eu égard à la prise en charge du grand âge, en particulier si la différence entre naissances et décès n'est pas compensée par le solde migratoire. Les conséquences seront également économiques et sociétales car l'augmentation du nombre de personnes âgées signifie en creux la diminution du nombre de travailleurs en activité, entraînant des difficultés de financement de l'Assurance maladie et des retraites. Le vieillissement de la population entraîne enfin une baisse de la population active, donc une baisse des recettes fiscales et un ralentissement de la croissance, une hausse des dépenses publiques et des risques politiques et sociaux.

Enfin, certaines questions de société ne peuvent être ignorées, comme l'idée, liée à l'éco-anxiété, de renoncer à avoir des enfants face à la menace climatique : une société vieillissante accorde moins d'attention aux enjeux environnementaux qu'une société composée d'une population plus jeune¹⁵⁴.

C) ENTRE AUTONOMIE ET SOLIDARITÉ

Le soubassement éthique de ces questions repose sur la notion de solidarité entre les êtres humains, entre les générations, entre les pays.

Alors qu'il traitait, dans son Avis 139, des enjeux éthiques relatifs aux situations de fin de vie, le CCNE appelait à la recherche d'un point de rencontre entre solidarité et autonomie. Il réitère cette démarche au cœur de la réflexion développée dans cet avis consacré aux enjeux relatifs à la baisse de la natalité. Celle-ci constitue en effet l'un des défis les plus cruciaux dans nos sociétés contemporaines, dans la mesure où la préservation d'un équilibre entre ces deux principes fondamentaux est essentielle pour garantir la cohésion sociale.

Il lui semble essentiel de rappeler que :

- Le non-désir d'enfant doit être respecté, mais le renoncement à l'enfant pour causes économiques et sociales doit interpeller les autorités publiques, qui ont à cet égard, un rôle à jouer. Il s'agit donc de respecter l'autonomie individuelle (le choix de ne pas avoir d'enfants) ; mais cette liberté personnelle étant, pour une part, influencée par le fonctionnement global de la société, il est essentiel de s'interroger quant aux pressions sociétales susceptibles de l'affecter et de

¹⁵⁴ Sbaihi, Maxime. *Les balançoires vides : Le piège de la dénatalité*. Paris: Éditions de l'Observatoire, 2025.

complexifier l'entrée dans la parentalité : les inégalités hommes/femmes, les niveaux de salaires, les difficultés d'accès au logement, de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, la constance et la suffisance (ou non) des politiques de soutien à la parentalité mises en place pour faciliter l'accueil des enfants (crèches, écoles, congés parentaux, aides sociales...). La réponse doit donc relever de la solidarité, être politique, multidimensionnelle et durable, engagée sur le long terme, pour lever un certain nombre d'obstacles structurels et créer un environnement global plus favorable à la parentalité, plus inclusif, plus optimiste, tout en respectant la diversité des choix personnels posés en la matière.

- L'infertilité due à des facteurs environnementaux ou à des raisons médicales et l'infécondité comme conséquence du désir de grossesse plus tardif, doivent faire l'objet d'accompagnements spécifiques. En effet, dans ces situations, la responsabilité collective est pleinement engagée. Il est nécessaire alors, pour aider les femmes ou les couples qui souhaitent avoir des enfants :
 - De délivrer massivement une information la plus claire et complète possible de la physiologie de la reproduction et sur les facteurs altérant la fertilité (âge, style de vie, alimentation...) ainsi que les risques et possibilités relatives à l'AMP et à la congélation ovocytaire, sans culpabiliser les femmes, en aucune manière : elle doit être neutre, adressée autant aux femmes qu'aux hommes, et respectueuse des choix de tous. Cette information doit être précoce et juste, transmise via des canaux adaptés et variés, et permettre à chacun de planifier sa vie reproductive et sa conciliation avec sa vie professionnelle, de façon libre et éclairée.
 - De mener des politiques de prévention en matière environnementale pour préserver la santé reproductive (lutte contre la pollution, les perturbateurs endocriniens...).
 - De faciliter l'accès à des soins adaptés, et de réduire les inégalités d'accès aux diverses techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP).
- Concernant le recours à l'AMP, le CCNE reste attaché aux principes qui la régissent aujourd'hui, à savoir :
- Le respect de la dignité, qui se traduit par la non-patrimonialité du corps humain,
 - L'anonymat du don de gamètes ou d'embryons, du fait d'une conception altruiste du don, mais le droit d'accès aux origines pour les enfants issus de l'AMP,
 - La gratuité du don afin de garantir la non-marchandisation, la non-contractualisation de la reproduction humaine,
 - L'obligation de respect du consentement des donneurs.

Il semble par ailleurs primordial au CCNE de s'interroger quant aux limites médicales, technologiques et sociétales qu'il semble justifié de prendre en considération sur le plan éthique, en recherchant à chaque fois l'équilibre entre les bénéfices et les risques et/ou coûts individuels et collectifs qui peuvent en découler pour toutes les parties.

Une réponse politique aux défis liés à l'infertilité et à la baisse de la natalité doit respecter le choix des personnes tout en prenant en compte le devenir des générations présentes et futures ce qui implique : le respect de l'autonomie individuelle (garantir à chacun la liberté de choisir ou non la parentalité), le déploiement de la solidarité collective (préserver les conditions d'une vie où le désir de parentalité puisse être le mieux possible accompli et aider ceux qui souhaitent avoir des enfants mais se heurtent à des obstacles involontaires) et le souci du bien commun (penser la natalité non pas comme une obligation, mais comme un enjeu collectif impliquant des choix responsables et des ressources partagées).

D) QUELLE SOCIÉTÉ À VENIR ?

Au-delà des questions éthiques posées par la baisse de la natalité, se pose de fait la question de la place de l'enfant dans notre société à venir. Comment penser la notion d'intérêt supérieur de l'enfant dans un monde vieillissant ? Comment penser la place des futurs adultes ? Quelle sera la place des « actifs » ? Comment repenser les solidarités intergénérationnelles ? Ces questions relatives à l'enfance et celles inhérentes au vieillissement de la population devront être prises en considération de façon significative au cours des futurs débats qui seront organisés dans le cadre des États généraux de la bioéthique, et qui précéderont la prochaine révision de la loi de bioéthique, car elles suscitent des enjeux majeurs et transversaux qui ne peuvent être ignorés lors d'une réflexion sur l'évolution des techniques médicales en rapport avec la procréation.

Il semble important de s'interroger sur la place que nous accordons aux enfants et comment celle-ci évoluera dans les générations futures dans le contexte de réchauffement climatique¹⁵⁵.

Face à ces bouleversements, il est crucial d'anticiper l'évolution de la place de l'enfant et d'évaluer la résilience de notre modèle social actuel. Pour ce faire, il apparaît nécessaire de renforcer notre système de financement de la petite enfance, en anticipant la complexification des solidarités intergénérationnelles (vieillissement démographique) et en priorisant le bien-être de l'enfant dans la construction de notre société.

¹⁵⁵ Thiery, Wim, Stefan Lange, Joeri Rogelj, Carl-Friedrich Schleussner, Lukas Gudmundsson, Sonia I. Seneviratne, Marina Andrijevic, et al. « Intergenerational Inequities in Exposure to Climate Extremes ». *Science* 374, n° 6564 (8 octobre 2021): 158-60. <https://doi.org/10.1126/science.abi7339>.

Ces mesures doivent être renforcées afin d'encourager la natalité en répondant aux défis existants.

De ce point de vue, la notion de « capabilité », forgée par l'économiste Amartya Sen¹⁵⁶ et par la philosophe Marta Nussbaum¹⁵⁷, est intéressante. Elle renvoie à la possibilité effective pour un individu de choisir diverses combinaisons de « mode de fonctionnement » : être ou faire. On pourrait défendre qu'une société juste doit garantir à toutes les femmes et à tous les couples la capabilité d'avoir des enfants, en s'abstenant de choisir pour eux s'ils veulent en avoir, et quand ils veulent en avoir. À cet égard, la question de l'équité et de la justice doit être soulevée, c'est-à-dire celle de l'égal accès des femmes et des couples à cette « capabilité ». Si la baisse de la natalité et la baisse de la fertilité ont des causes qui relèvent en grande partie de facteurs structurels et systémiques (exposition aux polluants ; conditions matérielles dans lesquelles les enfants pourront être accueillis ; conciliation possible entre accueil des enfants, vie professionnelle, vie familiale et épanouissement personnel...), alors le rôle de l'Etat et de la société – plutôt que d'essayer d'influer sur les comportements individuels – ne devrait-il pas être d'essayer d'agir sur ces facteurs systémiques et structurels, afin de maximiser une équité dans les opportunités réelles qui sont données aux femmes et aux couples d'avoir des enfants, ou d'essayer d'en avoir, quand ils le peuvent et le souhaitent ?

*

Sur l'ensemble de ces questions difficiles souvent sans réponse claire, le CCNE insiste sur l'importance d'informer et d'éclairer nos concitoyens et en particulier les femmes en distinguant bien les enjeux collectifs des questions plus personnelles et surtout en évitant de tomber dans l'injonction d'avoir des enfants et de répondre sans limite à tout désir d'enfant.

¹⁵⁶ Sen, Amartya. *Inequality Reexamined*. New York, Oxford [England]: Russell Sage Foundation ; Clarendon Press, 1995.

¹⁵⁷ Nussbaum, Martha C., Jonathan Glover, et World Institute for Development Economics Research, éd. *Women, culture, and development: a study of human capabilities*. WIDER studies in development economics. Oxford : New York: Clarendon Press ; Oxford University Press, 1995.

VI. PERSPECTIVES PROPOSÉES PAR LE CCNE

Réfléchir à la baisse de la natalité, et aux solutions éventuelles à y apporter, pose, d'une part, la question des rapports entre les individus et la société et, d'autre part, la question de la place de la médecine, mais aussi de l'État, vis-à-vis des choix et de la sphère privée des individus. La place de la médecine, en matière de procréation, doit-elle se limiter au fait d'accompagner le désir (ou le non désir) d'enfants, et d'aider les couples qui le souhaitent, à avoir, quand ils le souhaitent, des enfants dans les meilleures conditions ?

Traditionnellement, dans les sociétés libérales, l'État n'est pas censé interférer dans la vie privée, et a fortiori dans les choix privés et intimes des individus. Ou peut-on considérer que, compte-tenu des impacts possibles de la baisse de la natalité sur la société dans son ensemble (notamment en termes de préservation de notre système de protection sociale et de notre système de retraites), l'État peut – sans interférer dans les choix intimes des individus – avoir en ce domaine une vigilance particulière, justifiant une action sur les facteurs pouvant expliquer la baisse de la natalité et de la fertilité ?

A) LA BAISSE DE LA NATALITÉ : SENSIBILISER, RÉINVENTER DES POLITIQUES PUBLIQUES, RESPECTER LES CHOIX INDIVIDUELS

Les causes qui peuvent expliquer la baisse de la natalité sont de plusieurs ordres. S'il paraît possible, en théorie, d'agir sur certaines d'entre elles – comme le fait que les couples diffèrent le moment de procréer – d'autres, comme les facteurs environnementaux, et singulièrement la pollution ayant un effet sur la fertilité – sont beaucoup plus complexes à modifier. Le risque est alors grand de se focaliser sur certains facteurs, comme l'âge de la procréation, réels mais mineurs, parce que l'on pense pouvoir agir sur eux, et de minimiser l'impact d'autres facteurs (comme les facteurs liés à l'environnement de vie ou de travail), beaucoup plus importants, et beaucoup plus déterminants, mais sur lesquels il paraît au premier abord plus difficile, et beaucoup plus coûteux, d'agir.

Le CCNE reconnaît que les réponses à la baisse de la natalité, actuellement enregistrée par la France, sont avant tout politiques (dans le sens des politiques publiques) ; ses déterminants étant essentiellement culturels, mais aussi économiques et sociaux. S'il ne lui revient pas de formuler de recommandations de nature politique, il souhaite néanmoins interpeller les autorités publiques sur un certain nombre de points, afin que ces enjeux soient pris en compte, dans leur gravité, leur urgence, et leur amplitude. Une sensibilisation proportionnée à ces enjeux doit être réalisée vis-à-vis du grand public et pas seulement des jeunes.

Il appelle au respect de l'autonomie des femmes et des couples ; et à l'expression d'une solidarité renforcée dans les politiques publiques à l'égard des femmes et couples qui souhaitent avoir des enfants, au long-terme, afin qu'ils bénéficient d'aides adaptées aux contraintes de la société actuelle (mises en place de crèches, de modes de gardes de la petite enfance, adaptation des salaires, des allocations familiales et des avantages fiscaux, au coût de l'accueil d'un enfant...), et puissent accéder à des logements compatibles avec la parentalité. Il attire l'attention sur le fait que l'amélioration de l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle (congés familiaux bien rémunérés et autres accompagnements) et la valorisation d'une meilleure répartition des tâches entre hommes et femmes sont également cruciales. D'autres pays ont commencé à mettre en place différentes réponses de politiques publiques sans qu'on en connaisse encore le véritable impact. Ces politiques publiques doivent être envisagées dans la durée et expliquées aux citoyens.

La principale mesure réaliste et ciblée est probablement une meilleure prise en charge de la petite enfance avec une amélioration en pratique des différents modes de garde des enfants, quelles qu'en soient les modalités, à des coûts supportables par les parents.

Dans un autre domaine, le CCNE appelle à la prise en compte des risques pour la santé humaine et notamment la fertilité, associés à l'utilisation de pesticides et de perturbateurs endocriniens, dans toutes les politiques industrielles, commerciales, environnementales.

Le CCNE insiste sur la nécessité de soutenir la recherche, en particulier en sciences humaines et sociales et en sciences démographiques sur les causes et les explications de la baisse de la natalité pour pouvoir mieux les comprendre, et y apporter des réponses adaptées.

Il rappelle qu'il ne serait pas éthique d'exercer une pression, même implicite, par quelque technique que ce soit et quelles que soient les raisons avancées, les femmes et les hommes qui ne veulent pas d'enfant, à en avoir.

Le CCNE propose que ce sujet, qui est majeur tant pour les générations présentes que futures, et qui appelle une approche à la fois interdisciplinaire et intergénérationnelle, constitue l'une des thématiques officielles des prochains États généraux de la bioéthique, qu'il organisera au premier semestre 2026.

B) INFERTILITÉ : NÉCESSITÉ D'UNE SENSIBILISATION MASSIVE SUR LES CAUSES MULTIPLES, DONT L'ÂGE, ET D'UN EFFORT IMPORTANT DE RECHERCHE

1) Un rapport sur la stratégie nationale

Le CCNE souligne que le Rapport sur les causes d'infertilité intitulé « Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité » ou « Plan national fertilité »¹⁵⁸, piloté par le Professeur Samir Hamamah et Salomé Berlioux, et publié en février 2022, est une base solide pour construire une réponse gouvernementale sur la fertilité, adaptée aux enjeux actuels.

2) Renforcer l'information sur la fertilité

Il appelle à l'intensification de l'information délivrée à l'égard de la population générale, sur la fertilité, ses déterminants (alimentation, facteurs extérieurs, perturbateurs endocriniens...), sa temporalité : toutes les informations doivent être données de façon positive sans intention de culpabiliser ni d'inciter les femmes et /ou les couples à avoir des enfants.

Une information spécifique doit être délivrée, de façon précoce, à l'égard des jeunes (lycéens, étudiants...), avec bienveillance et sans moralisation. Les formations à l'éducation sexuelle sont en effet insuffisantes : elles évoquent les enjeux relatifs à la contraception, les IVG, les maladies sexuellement transmissibles (MST), mais très rarement la santé reproductive.

Par ailleurs, une consultation dédiée et un accompagnement pré-conceptionnel (sur le modèle de ce qui se fait aux Pays-Bas pour augmenter les chances de grossesse des couples) devraient être offerts aux femmes et couples qui veulent essayer d'avoir un enfant, avant l'âge de 30 ans ; centrés sur l'évaluation de l'environnement et du mode de vie de la femme ou du couple.

Le développement des plateformes PREVENIR (Prévention Environnement Reproduction) doit également être encouragé. Ces structures sont dédiées à l'évaluation des expositions environnementales professionnelles et extraprofessionnelles chez des patients pris en charge pour des troubles de la reproduction (troubles de la fertilité, pathologies de grossesse, malformations congénitales), dans l'objectif principal de proposer des actions de prévention ciblées en santé environnementale. Les patients sont reçus dans le cadre d'un entretien, réalisé à l'aide d'un questionnaire protocolisé qui permet de caractériser les situations d'exposition à des facteurs de risque sur la

¹⁵⁸ Hamamah, Samir, et Salomé Berlioux. « Rapport sur les causes d'infertilité - Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité ». Ministère de la santé et de l'accès aux soins, Février 2022.

<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-sur-les-causes-d-infertilité-vers-une-stratégie-nationale-de-lutte.>

reproduction. Des messages de prévention sont délivrés lors de l'entretien, ciblés sur les situations d'exposition.

Enfin la création d'un logo « produit reprotoxique » (présence de pesticides, de perturbateurs endocriniens etc.) sur les produits de consommation afin d'informer les consommateurs pourrait être une piste intéressante.

Le CCNE appelle à l'intensification de l'information délivrée à l'égard de la population générale sur l'autoconservation ovocytaire et les différentes techniques d'AMP, leurs succès et leurs limites : la complexité des parcours, les résultats non garantis, les souffrances associées.

3) Deux points d'attention sur les enfants nés par AMP

- Celui des enfants nés par AMP et de leur trajectoire neurodéveloppementale en particulier. La plupart des études s'accordent à dire qu'il n'existe pas de différence significative au niveau neurodéveloppemental entre les enfants nés par AMP ou par grossesse spontanée¹⁵⁹ : certains des troubles rapportés lors des premières études sont plutôt associés aux grossesses multiples et à la prématureté ; ces résultats soulignent donc l'importance de la prévention de la prématureté pour toutes les grossesses, qu'elles soient naturelles ou assistées.
- Un rapport récent de l'Académie de Médecine (2023) souligne que de nombreuses études ont été menées pour évaluer si les enfants et jeunes adultes conçus par AMP sont plus fréquemment atteints d'affections que les autres et si tel est effectivement le cas, dans quelle mesure un lien de causalité peut être établi avec les procédures d'AMP ou les caractéristiques parentales¹⁶⁰. Il conclut que le fait que des incertitudes demeurent ne devrait pas empêcher qu'une information claire, objective et la plus précise possible, soit délivrée aux personnes souhaitant devenir parents en ayant recours à une AMP. Les candidats devraient être informés de cette incertitude, tout en soulignant que la très grande majorité des enfants de l'AMP sont en bonne santé physique et psychique¹⁶¹. Par

¹⁵⁹ Belaisch-Allart, Joëlle. « Grossesses et Enfants de l'assistance Médicale à La Procréation ». *EMC - Obstétrique/Gynécologie* 43, n° 3 (2000): 1-11 [Article 5-016-B-20]. <https://www.em-consulte.com/article/1360199/grossesses-et-enfants-de-l-assistance-medicale-a-l>.

¹⁶⁰ Jouannet, Pierre, Olivier Claris, et Yves Le Bouc. « Rapport 23-07. Santé à moyen et à long terme des enfants conçus par fécondation in vitro (FIV) ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 207, n° 6 (juin 2023): 695-705. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.04.015>.

¹⁶¹ Suite à une alerte reçue par le CCNE sur le sujet du suivi de la santé des enfants issus d'assistance médicale à la procréation, un colloque a été organisé par l'Inserm, en partenariat avec le CCNE, le 25

ailleurs, les parents devraient être encouragés à informer eux-mêmes leurs enfants de leur mode de conception.

4) Information des professionnels de santé

Enfin, il appelle à l'intensification de l'information délivrée à l'égard des professionnels de santé car trop de médecins ignorent encore que la définition de l'infertilité par l'OMS a été modifiée en 2009. Le critère n'est plus désormais deux ans mais un an d'absence de grossesse avec rapports sexuels réguliers. De ce fait, ils conseillent à tort à leurs patients d'attendre 2 ans avant de commencer les explorations¹⁶². Trop de professionnels ignorent par ailleurs les recommandations des sociétés savantes françaises qui préconisent de consulter dès 6 mois de désir d'enfant après 35 ans et font encore attendre les femmes 1 an¹⁶³ alors qu'elles ont 40 ans, leur faisant ainsi perdre des chances de 11% par an après 30 ans et de 15 % par après 35 ans¹⁶⁴. Enfin, les médecins doivent sensibiliser leurs patientes quant à l'existence de risques accrus de complications ou de mortalité maternelle ou infantile lors des grossesses tardives, en particulier pour les primipares. Actualiser la connaissance des professionnels de santé sur la fertilité permettrait de mieux repérer, mieux diagnostiquer, mieux accompagner. La création de postes d'enseignants-chercheurs à l'université, spécialistes de l'infertilité, pourrait soutenir cette démarche.

L'objectif de l'information est que les hommes et les femmes choisissent librement leur mode de vie, en toute connaissance de cause ; et que les femmes, les hommes, les couples, qui retardent leur désir d'enfant, soient conscients de la baisse de la fertilité liée à l'âge.

Quel que soit le contexte économique et politique, il est fondamental de respecter et même de favoriser « l'autonomie reproductive » des femmes et des couples. Le CCNE a

novembre 2021, intitulé “Medium and long term health of children conceived by Assisted Reproductive Technology”.

¹⁶² Zegers-Hochschild, F., G.D. Adamson, J. De Mouzon, O. Ishihara, R. Mansour, K. Nygren, E. Sullivan, S. Van Der Poel, et on behalf of ICMART and WHO. « The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009 ». *Human Reproduction* 24, n° 11 (1 novembre 2009): 2683-87.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dep343>.

¹⁶³ Sonigo, Charlotte, Geoffroy Robin, Florence Boitrelle, Eloïse Fraison, Nathalie Sermonade, Emmauelle Mathieu d'Argent, Pierre-Emmanuel Bouet, et al. « Prise en charge de première intention du couple infertile : mise à jour des RPC 2010 du CNGOF ». *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 52, n° 5 (mai 2024): 305-35. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2024.01.014>.

¹⁶⁴ Wang, Y.A., D. Healy, D. Black, et E.A. Sullivan. « Age-Specific Success Rate for Women Undertaking Their First Assisted Reproduction Technology Treatment Using Their Own Oocytes in Australia, 2002-2005 ». *Human Reproduction* 23, n° 7 (18 avril 2008): 1633-38.

<https://doi.org/10.1093/humrep/den135>.

rappelé, dans son avis 142¹⁶⁵ sur les examens gynécologiques et touchant à l'intimité, l'importance-- surtout dans un contexte où les injustices de genre et les atteintes aux droits et aux libertés des femmes restent majeures – du consentement et du respect de la personne. De ce point de vue, il conviendra d'être particulièrement attentif à la façon dont seront conduites et formulées d'éventuelles actions de sensibilisation quant à la baisse de la fertilité avec l'âge. Que l'on tarde le moment d'avoir des enfants par choix ou par nécessité, le fait d'être exposé à une telle campagne d'information, sans l'avoir souhaité, peut être vécu comme une ingérence de la médecine et de la société dans des choix éminemment personnels et intimes, et comme une pression à procréer, voire comme une culpabilisation de retarder le moment d'avoir des enfants, difficilement justifiables d'un point de vue éthique, surtout lorsque les femmes et les couples ont le sentiment que la société ne favorise pas beaucoup, par ailleurs, le fait de pouvoir accueillir un enfant dans de bonnes conditions, en conciliant équitablement, au sein du couple, vie familiale et professionnelle par exemple.

C) DES ÉVOLUTIONS SOUHAITABLES DANS LE CHAMP DE L'AMP SUSCEPTIBLES D'AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL DES PERSONNES S'INSCRIVANT DANS DES DÉMARCHES DE PROCRÉATION

Le CCNE esquisse ci-après des propositions supplémentaires sur des problématiques spécifiques, qui ne constituent en aucun cas des réponses à la baisse de la natalité, mais relèvent de l'accompagnement des personnes qui s'inscrivent dans une démarche de procréation médicalement assistée. Ces problématiques, exposées ci-après, devront faire l'objet de travaux plus approfondis, et de débats, en particulier dans le cadre des prochains États généraux de la bioéthique de 2026 qui précéderont la future révision de la loi de bioéthique. Par cet Avis, le CCNE a jugé opportun de les partager dans l'optique d'ouvrir la réflexion et de la préparer.

1) Les limites d'âge fixées pour l'autoconservation ovocytaire

Le CCNE est favorable à ce que toutes les femmes et les hommes puissent bénéficier s'ils le souhaitent d'une préservation de leur fertilité sans autre raison que l'âge (autoconservation ovocytaire ou de sperme).

En vertu des principes d'autonomie et de bienfaisance, le CCNE est favorable à l'ouverture de l'autoconservation ovocytaire à tous les centres d'AMP publics ou privés afin d'éviter les délais d'attentes, la surcharge actuelle des centres autorisés et le ren-

¹⁶⁵ Comité Consultatif National d'Ethique. « Avis 142 : Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité ». CCNE, 16 février 2023.
<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>.

voi vers l'étranger de femmes qui pourraient être prises en charge en France. Ceci nécessite de donner des moyens humains et matériels aux centres d'AMP pour qu'ils puissent pratiquer cette activité supplémentaire sans que ce qu'elle ne soit réalisée au préjudice des couples ayant besoin d'une prise en charge de leur infertilité.

- Il lui semble qu'il faut donc autoriser tous les centres susceptibles de prouver leur compétence et exiger un quota minimum d'autoconservation dans leur activité.
- Il semble par ailleurs ne pas y avoir d'argument technique en défaveur de la réalisation de l'autoconservation ovocytaire sans raison médicale en centres privés. La technique de vitrification ovocytaire est utilisée et maîtrisée dans tous les centres d'AMP et tous les centres publics ou privés ont l'habitude de gérer les stocks d'embryons congelés de la même manière. La loi précise que cette activité ne doit pas donner lieu à dépassements d'honoraires, il faudrait y veiller.

Certains membres ont évoqué la possibilité d'autoriser ces préservations plus tardives quitte à demander une participation financière aux femmes, soit à tous les âges comme cela se fait dans le reste du monde, soit à partir de 37 ans, mais d'autres s'y opposent parce que les résultats à cet âge ne sont pas satisfaisants (le rapport coût/bénéfices est défavorable pour la société ; à l'échelle individuelle la situation est différente pour les femmes qui ont une bonne réserve ovarienne), et parce que cela serait contraire au principe d'égalité dans l'accès aux soins. Le CCNE est donc partagé sur ce sujet. Le débat se poursuivra lors de la révision des lois de bioéthiques. L'évaluation des conséquences des modifications de la loi de bioéthique de 2021 doivent être analysées pour la prochaine révision de 2026.

2) Les conditions d'accès à l'AMP

Il n'y a pas de limite d'âge inférieure dans la loi pour bénéficier d'une AMP ; en revanche il existe une limite supérieure. Une femme peut bénéficier d'une ponction pour recueil ovocytaire jusqu'au 1er jour de son 43ème anniversaire et, si elle est en couple, que son conjoint ou sa conjointe a moins de 60 ans ; elle peut reprendre ses ovocytes ou ses embryons congelés jusqu'au 1er jour de son 45ème anniversaire avec les mêmes réserves pour l'âge du partenaire. Faut-il créer une limite d'âge inférieure pour la prise en charge en AMP ? Y a-t-il un âge limite inférieur pour être mère ? Faudrait-il créer une limite d'âge inférieure pour la prise en charge des femmes non mariées alors que l'on suppose qu'elles ont encore le temps de rencontrer un partenaire avec qui procréer ? Serait-il éthique de différencier l'AMP au sein d'un couple hétérosexuel ou homosexuel de celle des femmes seules non mariées ou faudrait-il une limite inférieure pour toutes les AMP ?

Les couples de femmes et les femmes non mariées autorisées à bénéficier de l'AMP par la loi de bioéthique en 2021 peinent toujours à réaliser leur projet en France en raison des délais pour obtenir du sperme. Beaucoup de femmes et une partie des professionnels souhaitent autoriser l'accès aux banques de sperme étrangères, notamment pour réduire les délais.

Il est de la responsabilité du CCNE de souligner, en cas de recours aux banques étrangères de sperme, les problèmes éthiques soulevés : non-respect des principes fondamentaux du don (en France : anonymat et gratuité), non-respect des conditions réglementaires, absence de suivi des grossesses avec non possibilité de contrôle du nombre d'enfants par donneur, absence d'inscription sur registre des donneurs qui permet le lien entre enfant né par don et donneur et possibilité de retrouver son donneur si l'enfant le souhaite. Certains membres du CCNE souhaiteraient une réflexion plus avancée sur l'organisation du don de sperme et du don d'ovocyte en France.

Le CCNE ne peut pas recommander d'autoriser en France des grossesses par AMP plus tardives en raison de leurs complications¹⁶⁶. La loi de 2021 autorise les ponctions pour FIV ou ICSI jusqu'à 43 ans et la reprise des ovocytes ou des embryons congelés jusqu'à 45 ans. Compte tenu de faibles chances de succès en AMP avec ses propres ovocytes à 42 ans (moins de 10 % d'accouchement par ponction d'après les données de l'ABM) et des risques des grossesses tardives¹⁶⁷, ces limites semblent justifiées et 45 ans reste une limite acceptable pour la grande majorité des professionnels de la naissance.

Un certain nombre de sujets n'ont pas été abordés dans cet avis mais ont été discutés au sein du CCNE (dont notamment, l'utilisation de gamètes de donneurs possiblement décédés, la destruction automatique des gamètes auto-conservées et les embryons congelés après atteinte de la limite d'âge, les doubles dons pour les femmes seules ayant besoin d'un don d'ovocyte en plus du don de spermatozoïdes plutôt qu'à un don d'embryon, les gamètes artificiels, la greffe d'utérus et la gestation pour autrui). Ils justifient la mise en place d'une réflexion ultérieure et plus approfondie. Nous suggérons que ces questions fassent partie des débats qui seront organisés dans le cadre de la prochaine révision des lois de bioéthique, au premier semestre 2026.

¹⁶⁶ Belaisch-Allart, Joëlle. « Grossesse et accouchement après 40 ans ». EMC - Obstétrique 2024 :1-11 [Article 5-016-B-10].

¹⁶⁷ Ibid.

CONCLUSIONS

1. La natalité baisse en France, comme dans la plupart des pays du monde. Cette baisse s'explique par des causes multiples (culturelles, sociales, économiques, médicales, environnementales...) et difficiles à appréhender quantitativement car les données scientifiques disponibles sur le sujet sont très insuffisantes. Les conséquences immédiates de cette diminution des naissances commencent à se faire sentir et les conséquences lointaines interrogent car dans le même temps on assiste à un vieillissement de la population questionnant notre modèle de solidarité intergénérationnelle.

Le principal facteur à l'origine de la baisse de la natalité n'est pas l'infertilité liée à des problèmes médicaux – bien que le système de soins soit de plus en plus confronté à des demandes de prévention (autoconservation ovocytaire) et de traitement (AMP), mais plutôt vraisemblablement à la baisse de la fécondité découlant de la décision des femmes et des hommes d'avoir moins d'enfants et de les avoir plus tardivement ; que cette démarche soit contrainte par des facteurs socio-économiques ou posée pour des raisons d'épanouissement personnel.

2. Au terme de cette réflexion, il nous apparaît que les réponses de politiques publiques aux enjeux relatifs à la baisse de la natalité requièrent la recherche d'un équilibre entre le respect de l'autonomie individuelle (garantir à chacun la liberté de choisir ou non la parentalité), et le déploiement de la solidarité collective (préservation des conditions d'une vie où le désir de parentalité puisse être accompli).

Deux mesures essentielles, qui s'inscrivent dans cette vision, pourraient être mises en œuvre à court terme :

- (i) Faire preuve de solidarité dans les politiques publiques pour favoriser l'accompagnement de la petite enfance (multiplication des modes de gardes d'enfants, développement de crèches...).
- (ii) Faire de la fertilité un point de mobilisation nationale sur le plan de l'information : une communication large et sérieuse, non moralisatrice, non incitative, non idéologique, à l'égard des jeunes hommes et femmes, des couples et de la population générale doit être délivrée afin de rendre chacun(e), autant que possible, actrice/acteur de sa fertilité. Cette sensibilisation doit permettre de faire connaître à tous les déterminants biologiques de la fertilité ainsi que les possibilités existantes en termes de prévention et de traitement.

L'étude des résultats des politiques publiques menées à l'étranger pour aider les femmes et les couples à avoir des enfants doit être réalisée afin d'évaluer la pertinence d'un certain nombre de mesures (notamment financières) sur le taux de natalité.

3. Un effort conséquent doit être effectué dans le domaine de la recherche : en sciences sociales et humaines d'une part pour mieux comprendre les déterminants culturels, sociaux, économiques de la natalité ; en sciences biomédicales d'autre part afin de saisir davantage les causes plurielles et complexes de l'infertilité¹⁶⁸, et de développer des techniques d'AMP plus performantes et plus individualisées pour la traiter.
4. Ces mesures de politiques publiques doivent être choisies et élaborées dans une vision à long terme : aucune mesure de court terme n'est efficace sur la natalité. Elles doivent faire l'objet de réflexions approfondies et de débats mais aussi de décisions politiques. Elles doivent impérativement respecter la liberté de chacun(e), d'avoir ou non, des enfants ; et ne jamais relever de la moralisation ou de la culpabilisation.
5. Dans un contexte plus apaisé, la prise en compte de l'apport migratoire dans la natalité devra pouvoir être discutée tout en connaissant les limites.
6. Cette réflexion s'inscrit encore une fois dans la tension entre autonomie et solidarité qui caractérise de nombreuses problématiques contemporaines. Elle devra être poursuivie à l'occasion des futurs États généraux de la bioéthique et prendre en compte les enjeux relatifs au vieillissement, à l'évolution de la solidarité intergénérationnelle et à la durabilité de notre modèle social.

¹⁶⁸ Santoro, Nanette, and Alex J. Polotsky. "Infertility Evaluation and Treatment." *New England Journal of Medicine*, vol. 392, no. 11, Mar. 2025, pp. 1111–19, <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2311150>.

Réponses à deux points spécifiques de la saisine

Le CCNE présente ci-dessous sa réponse à deux interrogations spécifiques présentées dans la saisine qui lui a été adressée, qui ne concernent pas la natalité, mais l'accompagnement médical d'un certain nombre personnes souhaitant s'inscrire dans des démarches d'AMP et rencontrant des difficultés très particulières.

- L'utilisation post-mortem des gamètes ou d'embryons congelés en cas de décès de l'homme pour des couples engagés dans un parcours d'AMP

Au terme de la loi en vigueur, si l'homme décède lors d'un parcours d'AMP, la femme ne peut réutiliser les embryons ou le sperme congelé pour elle-même. Elle peut les donner à la science, à un autre couple ou demander leur destruction alors même que ces embryons ont été conçus lors d'un projet parental ou que ce sperme a été conservé dans le cadre d'un projet parental. Cette même femme devenue veuve peut, depuis la loi de 2021, faire une AMP avec sperme de donneur en tant que femme non mariée ou demander un accueil d'embryon.

Les professionnels des centres d'AMP considèrent que le fait que la loi de bioéthique de 2021 autorise l'AMP aux femmes non mariées, doit faire évoluer la loi vers une légalisation de l'utilisation de gamètes ou d'embryon post mortem¹⁶⁹. Ils suggèrent un consentement spécifique en début de parcours d'AMP autorisant la femme à utiliser dans un délai raisonnable les embryons ou le sperme congelés en cas de décès du conjoint. Bien qu'il n'y ait pas consensus sur ce point, les professionnels considèrent majoritairement que les règles appliquées à l'embryon pourraient être appliquées au sperme congelé avant le décès dans le cadre d'un projet parental. Les associations de patientes demandent également que gamètes ou embryons puissent être utilisés en post mortem.

En 2011, le CCNE dans l'AVIS N° 113 « La demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple »¹⁷⁰ avait écrit : « Pour autant, concernant l'utilisation post mortem du sperme cryoconservé, il ne semble pas opportun à la majorité des membres du CCNE de revenir sur

¹⁶⁹ Barry, F., M. Rayssac, A. Gala, A. Ferrières-Hoa, V. Loup, T. Anahory, S. Brouillet, et S. Hamamah. « Quels enjeux et adaptations pour les centres d'AMP dans le cadre de la mise en place de la nouvelle loi de bioéthique ? » *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 50, n° 12 (décembre 2022): 777-87. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.08.005>.

Parizer-Krief, Karène. « Réflexions autour de la révision de la loi bioéthique dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation: Une rupture du cadre conceptuel ? » *médecine/sciences* 35, n° 4 (avril 2019): 356-63. <https://doi.org/10.1051/medsci/2019066>.

¹⁷⁰ Comité Consultatif National d'Ethique. « Avis 113 : La demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple ». CCNE, 10 février 2011. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis_113.pdf.

son interdiction, pour les raisons énoncées plus haut, notamment le caractère plus difficilement vérifiable du consentement du père au moment même de la procréation et la non présence d'un embryon qui procèderait des deux membres du couple et concrétiserait ainsi le projet parental. Il en va autrement du transfert d'embryon post mortem. Les couples engagés dans une procédure d'assistance médicale à la procréation qui a donné lieu à la cryoconservation d'embryons dits « surnuméraires » ont seuls le pouvoir de décider du sort de ces embryons. Si l'homme décède, c'est à la femme qu'il revient de prendre toute décision sur le devenir de l'embryon cryoconservé sauf, paradoxalement, celle de demander son transfert in utero dans l'espoir de mener à bien une grossesse. La loi lui interdit, en effet, de poursuivre le projet parental dans lequel elle s'était engagée avec son conjoint décédé. Mais alors qu'on lui oppose un refus, elle va être confrontée à une situation d'autant plus douloureuse qu'elle sera contrainte à faire un choix impossible... »¹⁷¹.

Faire naître un enfant orphelin n'a rien d'anodin, mais puisque que la loi française autorise désormais toute femme seule à faire appel à un don de sperme, doit-on maintenir l'interdiction du recours au sperme du conjoint décédé ou le recours à l'embryon formé avec lui dans le cadre d'un projet parental, dans un délai raisonnable après le décès, et si un consentement antérieur a été signé ? Le CCNE souhaite rappeler qu'il s'agit de cas très exceptionnels. Ce point devra être réexaminé dans le cadre des Etats généraux de la bioéthique en 2026.

- La pratique de la ROPA (réception d'ovocyte de la partenaire)

La ROPA consiste en un don d'ovocyte d'une femme à sa conjointe qui porte l'enfant issu de ce don d'ovocyte. La loi française actuelle ne l'autorise pas. Les professionnels de l'AMP et les gynécologues et obstétriciens français y sont majoritairement favorables¹⁷², les associations d'usagères y sont toutes favorables.

Le don de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) est autorisé en France mais de façon anonyme (au moment du don) et gratuite. A ce titre, la ROPA semble impossible. Il est légitime de s'interroger sur l'opportunité du maintien de l'interdiction de la ROPA dans la mesure où l'AMP est désormais possible pour les couples de femmes et où la loi permet qu'il y ait deux mères à l'état civil. Le

¹⁷¹ Ibid

¹⁷² Belaisch Allart, Joelle. « Que pensent les professionnels français des limites actuelles de l'AMP en France, la loi de bioéthique doit-elle évoluer ? » *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 53, n° 1 (2025): 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2024.11.001>.

Mesnil, M., N. Ranisavljevic, S. Brouillet, B. Ducrocq, A. Reignier, C. Yazbeck, C. Metzler-guillemain, et al. « EUGIC (Extension de l'Utilisation de Gamètes en IntraConjugal) : les nouveaux usages des gamètes au sein du couple ». *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 51, n° 4 (avril 2023): 200-205. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.01.008>.

AVIS 149

don d'ovocyte est une technique reconnue légalement, médicalement, éthiquement et il n'y a aucune raison de la remettre en question. Ce sujet fera l'objet de débat lors de la révision de la loi de bioéthique.

ANNEXES

ANNEXE 1 – MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Au titre du CCNE

BELAISCH-ALLART Joëlle (Rapporteure)
BENACHI Alexandra (ancienne membre)
BOCHER Rachel
CARON DEGLISE Anne
CHABROL Brigitte* (Rapporteure)
CLAEYS Alain
DELMAS GOYON Pierre
DESGREES DU LOU Annabelle
DREYFUSS Didier
ELIAOU Jean-François
GARIEL Marie Pierre
GIACOBINO Ariane
PATRAT Catherine (ancienne membre)
Et l'aide de Louise BACQUET, Ingrid CALLIES, Lucie GUIMIER, Marie JABER, Élodie NO-TELET

Au titre d'autres organismes

FIORENZA-GASQ Maryse, gynécologue-obstétricienne à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant au CHU de Limoges, directrice de l'Espace de réflexion éthique de Nouvelle Aquitaine, désignée par la Conférence Nationale des Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (CNERER).

**Depuis le 14 janvier 2025, le Professeur Brigitte Chabrol a été nommée conseillère santé de la Ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et s'est donc déportée de son mandat de membre du CCNE.*

Le Président du CCNE adresse ses remerciements à M. Gilles PISON pour son éclairage avisé.

ANNEXE 2 – PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL

Cécile Duflot, membre du CCNE, ancienne ministre, directrice générale d’Oxfam France depuis juin 2018 ;

Margot Godelon, présidente de l’association Mam ‘en solo dont l’objectif est d’informer d’influencer et d’agir pour la cause des femmes célibataires en parcours d’AMP et la maternité en solo après AMP.

Marie-Pierre Gariel, membre du CCNE et Présidente du département d’études « Protection sociale-santé-autonomie » de l’UNAF ;

Sylviane Giampino, membre du CCNE, psychologue de l’enfance, psychanalyste, Présidente du Haut Conseil de la famille, de l’enfance et de l’âge (HCFEA), Présidente du Conseil de l’enfance et de l’adolescence du HCFEA, Présidente d’honneur de l’association nationale des psychologues pour la petite enfance (A.NA.PSY.p.e) ;

Samir Hamamah, professeur des Universités, chef du service de biologie de la reproduction du CHU de Montpellier, président de la FFER (Fédération française d’étude de la reproduction), et co-auteur avec Salomé Berlioux du rapport sur les causes d’infertilité « Vers une stratégie nationale de lutte contre l’infertilité », rendu au Président de la République le 21/02/2022 ;

Éric Huighes, professeur des universités, CHU de Toulouse, chirurgien urologue ;

Florence Jusot, membre du CCNE, Professeure de sciences économiques à l’Université Paris-Dauphine, chercheure au Laboratoire d’Economie de Dauphine, chercheure associée à l’Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Membre du Conseil National des Universités en Economie, membre du conseil scientifique de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie, et vice-présidente du Collège des Economistes de la Santé ;

Rachel Lévy, Professeure des Universités en biologie et médecine du développement et de la reproduction à la Faculté de Santé Sorbonne Université et chef de service du laboratoire de Biologie de la Reproduction – CECOS de l’hôpital Tenon ; vice-présidente de la fédération des BLEFCO (Biologistes des laboratoires d’étude de la fécondation et de la conservation de l’œuf) ;

Catherine Metzler-Guillemain, professeur des Université, chef du service Biologie de la reproduction CECOS, hôpital de la Conception Marseille, présidente de la Fédération des CECOS (Centre d’Etude et Conservation des Œufs et du Sperme humain) ;

Micheline Misrahi-Abadou, professeure de biochimie et biologie moléculaire à l'Université Paris-Saclay, membre de l'Académie Européenne des Sciences, auteur du livre « Nouvelles fertilités, nouvelles familles, nouvelle humanité » paru chez Odile Jacob en juin 2024 ;

Irène Thery, sociologue, enseignante et chercheuse au CNRS puis directrice d'études à l'EHESS, membre associé du Centre de recherches politiques Raymond Aron, responsable de la formation doctorale en sciences sociales du pôle régional de Marseille de l'EHESS, auteure de nombreux ouvrages dont « La nouvelle civilité sexuelle » (2022), « Mariage et filiation pour tous : une métamorphose inachevée » (2016), « Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don » (2010) ;

Laurent Toulemon, démographe, responsable de l'unité de recherche « Fécondité, famille, sexualité » de l'INED (Institut national d'études démographiques), membre du Scientific Board de l'école doctorale européenne de démographie ;

Gilles Pison, anthropologue, démographe, conseiller de la direction pour la communication scientifique à l'INED ;

Virginie Rio présidente du collectif BAMPT (blog Assistance médicale à la procréation) association nationale de patients et ex patients de l'AMP et de personnes infertiles et stériles ;

Elise de la Rochebrochard, épidémiologiste démographe, directrice de recherche de l'unité Santé et Droits Sexuels et Reproductifs à l'INED ;

Pierre Sanguinet, biologiste libéral à Montpellier, président de la fédération des BLEFCO (Biologistes des laboratoires d'étude de la fécondation et de la conservation de l'œuf) ;

Yvon Sérieyx, chargé de mission économie à l'UNAF ;

Michel Tsimaratos, professeur des Universités, CHU de Marseille, nephro-pédiatre, directeur général adjoint de l'Agence de Biomédecine ;

ANNEXE 3 – SAISINE DU CCNE PAR LE MINISTRE DÉLÉGUÉ CHARGÉ DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION



LE MINISTRE

Nos Réf : D24-010796

20 JUIN 2024

Paris, le

Le Ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention

à

Monsieur le Président du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE)

Monsieur le Président,

Le Président de la République a annoncé, dans son discours du 16 janvier 2024, un « grand plan de lutte contre l'infertilité » en indiquant que l'infertilité masculine, comme féminine, a beaucoup progressé ces dernières années.

Afin d'éclairer les travaux préparatoires de ce futur plan, il est demandé au Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé de rendre un avis sur les enjeux éthiques de la prise en charge de l'infertilité.

Il est en particulier attendu que vous puissiez :

- analyser les déterminants (sociaux, économiques, de santé, démographiques...) de la baisse du taux de natalité ;
- analyser la corrélation entre la diminution du nombre de naissances et l'évolution de la fertilité, en distinguant l'infertilité volontaire et l'infertilité involontaire, et en tenant compte du recul de l'âge moyen du 1^{er} enfant ;
- présenter les leviers à la disposition des pouvoirs publics pour lutter contre l'infertilité subie, en respectant l'autonomie des hommes et des femmes, avec une attention particulière aux enjeux de formation des professionnels de santé, d'harmonisation des pratiques et d'information des hommes et des femmes sur les facteurs affectant positivement ou négativement la fertilité ;
- formuler des propositions permettant d'améliorer l'accès aux parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP), partout sur le territoire, avec une attention particulière aux enjeux de réduction des délais d'attente (structures autorisées, modalités de financement, cadre juridique et éthique du don de gamètes...) ;
- formuler des recommandations sur les limites d'âge fixées pour l'autoconservation ovocytaire et l'accès à l'AMP, en conciliant les enjeux d'autonomie et de sécurité des patient(e)s ;
- formuler des recommandations, s'il y a lieu, sur : l'utilisation post-mortem de gamètes ou d'embryons congelés en cas de décès de l'homme pour des couples en cours de parcours ; l'utilisation de gamètes de donneurs potentiellement décédés ; la destruction automatique des gamètes autoconservées et les embryons congelés après atteinte de l'âge limite d'utilisation ; le recours à des doubles dons pour les femmes seules ayant besoin d'un don d'ovocyte en plus du don de spermatozoïdes plutôt qu'à un don d'embryon.

Cet avis est attendu pour le dernier trimestre 2024.



Frédéric VALLETOUX

ANNEXE 4 – LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABM : Agence de biomédecine

AMP : Assistance médicale à la procréation (terme utilisé dans la loi de bioéthique)

ARS : Agence régionale de santé

CECOS : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain

FIV : Fécondation in vitro

ICSI : Intracytoplasmic injection ou micro injection

IFOP : Institut français d'opinion publique

IIU : Insémination intra utérine

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMA : Procréation médicalement assistée (terme utilisé par les médias pour AMP : Aide médicale à la procréation)

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

UNAF : Union nationale des associations familiales

ANNEXE 5 - DONNÉES

Naissances et taux de natalité

Année	France métropolitaine		France*	
	Nombre de naissances vivantes	Taux de natalité pour 1 000 habitants	Nombre de naissances vivantes	Taux de natalité pour 1 000 habitants
2000	774 782	13,1	807 405	13,3
2001	770 945	13,0	803 234	13,1
2002	761 630	12,7	792 745	12,9
2003	761 464	12,6	793 044	12,8
2004	767 816	12,6	799 361	12,8
2005	774 355	12,7	806 822	12,8
2006	796 896	12,9	829 352	13,1
2007	785 985	12,7	818 705	12,8
2008	796 044	12,8	828 404	12,9
2009	793 420	12,7	824 641	12,8
2010	802 224	12,8	832 799	12,9
2011	792 996	12,5	823 394	12,7
2012	790 290	12,4	821 047	12,6
2013	781 621	12,2	811 510	12,3
2014	781 167	12,2	818 565	12,4
2015	760 421	11,8	798 948	12,0
2016	744 697	11,5	783 640	11,8
2017	730 242	11,3	769 553	11,5
2018	719 737	11,1	758 590	11,3
2019	714 029	11,0	753 383	11,2
2020	696 664	10,7	735 196	10,9
2021	701 819	10,7	742 052	10,9
2022**	686 564	10,4	725 997	10,7
2023**	639 533	9,7	677 803	9,9
2024**	629 000	9,5	663 000	9,7

* : France hors Mayotte jusqu'en 2013, France à partir de 2014

** : taux de natalité 2022, 2023, 2024, naissances 2024 : résultats provisoires à fin 2024

Source :

Insee. « Naissances, natalité et fécondité : Bilan démographique 2024 - Tableaux rétrospectifs », 14 janvier 2025.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8313951?sommaire=8313983>.

AVIS 149

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ