

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Mission d'information de la Conférence des présidents sur les causes et conséquences de la baisse de la natalité en France

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Élise de La Rochebrochard, directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED)..... 2
- Présences en réunion 13

Jeudi

30 octobre 2025

Séance de 15 heures 15

Compte rendu n° 18

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

**Présidence de
Mme Constance de
Pélichy, présidente de la
mission d'information**



La séance est ouverte à quinze heures vingt-cinq.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Je vous remercie, madame de La Rochebrochard, d'avoir accepté notre invitation pour nous éclairer sur la procréation médicalement assistée (PMA), la fertilité, l'infertilité et plus largement la santé et les droits reproductifs. Nous attendons de cette audition qu'elle nous apporte un éclairage sur les incidences, tant constatées que potentielles, de l'infertilité sur l'évolution démographique de notre pays. Nous nous interrogeons en particulier sur l'impact réel des troubles de la fécondité sur l'indice conjoncturel de fécondité ainsi que sur la baisse de la natalité. Nous aborderons également les modalités actuelles du recours à la procréation médicalement assistée en France, ainsi que la situation de la santé reproductive, dont nous pouvons raisonnablement penser qu'elle n'est pas sans effets sur la natalité.

Mme Élise de La Rochebrochard, directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED). Alors que la natalité diminue, nous observons au contraire une progression constante du recours à la procréation médicalement assistée, puisque plus de 4 % des enfants sont aujourd'hui conçus par ce biais en France, soit un sur vingt-quatre. Depuis la première naissance par fécondation *in vitro* (FIV) il y a 43 ans, la proportion d'enfants conçus par PMA connaît une progression continue. Dans le contexte démographique actuel, il est nécessaire d'anticiper dès à présent une probable augmentation des besoins en matière de PMA dans les années à venir.

La transition démographique, qui concerne aujourd'hui l'ensemble des pays du monde et conduit à un régime qualifié de « basse fécondité », s'accompagne d'un bouleversement majeur, puisque la parentalité survient désormais à des âges plus avancés. Or, si l'espérance de vie s'accroît en raison de l'amélioration de l'hygiène, de la nutrition et des progrès médicaux, le cycle de la vie reproductive, quant à lui, demeure rigoureusement immuable. Avec l'âge de la femme, mais également celui de l'homme, les difficultés à concevoir un enfant s'amplifient. Face à cette réalité physiologique, l'âge est considéré comme élevé ou tardif en matière de reproduction à partir de 35 ans pour la femme et de 40 ans pour l'homme.

Les personnes infertiles peuvent ainsi se trouver dans l'impossibilité de concevoir l'enfant qu'elles désirent, ce qui constitue autant de naissances manquantes dans un contexte de baisse globale de la natalité. Néanmoins, à ce jour, l'infertilité ne semble pas constituer une cause majeure de cette baisse, car son effet demeure négligeable au regard des grandes dynamiques exposées devant cette commission par les démographes et économistes. Ceux-ci ont notamment mis en évidence trois facteurs principaux influençant la natalité : l'accès à un emploi stable, l'accès à un logement et la capacité anticipée à concilier vie familiale et vie professionnelle grâce à la disponibilité de modes de garde. Ces facteurs exercent une influence décisive puisqu'ils constituent, dans notre société, des conditions souvent perçues comme indispensables pour accueillir un enfant dans des conditions satisfaisantes. Or l'âge auquel les femmes et les hommes réunissent ces conditions d'accueil s'est décalé, ce qui entraîne une diminution des naissances aux âges jeunes. Nous n'assistons donc pas à un simple report de la parentalité, mais bien à un décalage de l'âge de stabilité sociétale, qui vient percuter celui de la parentalité. Une fois ces conditions sociales réunies, les femmes et les hommes entament alors une période durant laquelle ils cherchent à devenir parents s'ils le souhaitent mais, à ce moment-là, ils ont fréquemment atteint un âge où les risques d'infertilité et de fausse couche sont accrus.

La médecine est alors de plus en plus sollicitée pour pallier ces risques. À partir des données de l'assurance maladie, nous avons ainsi constaté que les femmes âgées de 34 ans et

plus recourent davantage aux traitements contre l'infertilité, avec une augmentation de 24 % sur une décennie. Toutefois, ces traitements n'offrent aucune garantie de succès. Une autre étude scientifique a démontré que, parmi les couples hétérosexuels engageant une fécondation *in vitro*, 48 % parviennent à avoir un enfant grâce à ce traitement. Dans les années qui suivent l'arrêt des protocoles médicaux, certains couples deviennent parents par conception spontanée, c'est-à-dire sans recours à la médecine, ou par adoption mais, finalement, près d'un tiers de ces couples demeurent sans enfant.

Cette moyenne dissimule une grande hétérogénéité. Nos travaux ont ainsi révélé des taux d'interruption très élevés des traitements contre l'infertilité, en particulier chez les personnes socialement défavorisées. La prise en charge de ces traitements par l'assurance maladie, jusqu'alors exemplaire, a longtemps occulté la question des inégalités sociales en matière de PMA, laquelle s'impose aujourd'hui comme un sujet central. La grande disparité des chances de succès en PMA renvoie également et avant tout à une donnée physiologique essentielle, qui est celle de l'âge de la femme fournissant l'ovocyte destiné à être fécondé.

Les médecins doivent désormais faire face à une situation complexe, marquée par des futurs parents de plus en plus âgés et des taux de réussite qui chutent fortement après 35-37 ans, et de manière encore plus marquée après 40 ans lorsqu'aucun don d'ovocyte n'est sollicité. Cette réalité suscite d'autant plus d'incompréhension dans la population que la presse *people* met en avant des grossesses tardives, après 40 ou 45 ans, chez certaines célébrités, souvent rendues possibles grâce au recours à des dons d'ovocytes, une technique qui demeure aujourd'hui très difficile d'accès en France, puisque seulement environ 500 enfants y naissent chaque année par ce biais. En raison de cette pénurie, nous assistons à un phénomène de recours transfrontalier au don, notamment vers l'Espagne, qui constitue une nouvelle source d'inégalité sociale.

Face à cette situation, les professionnels de santé recommandent de lutter contre l'infertilité en informant mieux sur les effets du vieillissement reproductif. Parmi les pistes envisagées figurent une vaste campagne de santé publique ou l'envoi d'un courrier aux femmes vers l'âge de 30 ans pour les sensibiliser à cette question. Ces propositions, portées par des médecins confrontés quotidiennement à la détresse de femmes et d'hommes qui ne peuvent réaliser leur projet parental, méconnaissent toutefois les réalités économiques et sociales de nos concitoyens. Il convient donc d'évaluer avec la plus grande attention les risques de colère et de mobilisation que pourraient susciter de telles initiatives. L'exemple italien fait ici figure de véritable crash-test. En 2016, l'Italie a lancé une campagne de sensibilisation sur le vieillissement reproductif, avec le slogan « La beauté n'a pas d'âge, la fertilité, si ». Cette campagne a provoqué de vives réactions parmi une jeunesse précarisée, au point qu'elle a dû être interrompue. En France, la conjoncture actuelle accroît le risque de rejet et de colère, en raison de trois facteurs cumulatifs : un terrain déjà sensible après la déclaration sur le « réarmement démographique », un climat financier anxigène lié à la baisse des dépenses publiques et aux inquiétudes économiques ressenties par la population, et un contexte politique tendu, notamment à l'échelle internationale, où les droits sexuels et reproductifs ainsi que l'autonomie des femmes font l'objet d'attaques, en particulier aux États-Unis, ce qui renforce la vigilance sur ces sujets.

Alors que les considérations économiques sont souvent reléguées au second plan dans la réflexion sur la prévention de l'infertilité, la population, elle, ne s'y trompe pas. Trois slogans relevés en Italie et en France à la suite de la campagne d'information et des propos tenus début 2024 en témoignent : « Réarmer mon salaire, pas mon utérus », « Un enfant, c'est à durée indéterminée, mon travail, lui, ne l'est pas », ou encore l'image d'une cigogne livrant un enfant,

accompagnée de la formule : « On te livrerait volontiers un enfant, mais tu n’as pas de maison ». Ces slogans expriment avec force les déterminants sociaux et économiques qui structurent l’accès à la parentalité.

L’âge auquel une personne devient parent résulte d’un choix très fortement contraint, qu’il serait erroné de considérer comme un simple comportement individuel. Il ne s’agit pas de conduites à risque susceptibles d’être corrigées par de simples campagnes de prévention. Face à la baisse de la natalité, il devient prioritaire de renforcer l’accompagnement des personnes en désir d’enfant. Dans cette optique, l’efficacité et l’accessibilité des traitements représentent des enjeux essentiels, qui appellent le développement d’une recherche approfondie non seulement sur les dimensions cliniques et biologiques, mais également sur les réalités sociales et populationnelles. Il est en particulier nécessaire d’analyser les inégalités sociales, les expériences vécues par les femmes et les hommes confrontés à des parcours médicaux souvent assimilés à des parcours du combattant, les discriminations dans l’accès à la PMA rencontrées par les femmes obèses, ainsi que celles subies dans les démarches de PMA avec tiers donneur par les femmes seules ou les personnes racisées. Pour penser les enjeux, les mécanismes et les implications de la baisse de la natalité, votre commission a eu l’excellente idée de croiser les savoirs issus de disciplines aussi diverses que les sciences humaines et sociales et la médecine. Une proposition fondamentale consisterait à encourager plus encore ces approches pluridisciplinaires, en conférant aux recherches en sciences humaines et sociales une place centrale, ce qui implique de garantir leur financement.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Je retiens de vos propos liminaires que l’accès à la PMA ne constitue pas nécessairement un enjeu démographique, mais relève avant tout d’un enjeu sociétal pour toutes les personnes porteuses d’un désir d’enfant.

J’aimerais approfondir la thématique que vous avez amorcée concernant le lien entre précarité et accès à la PMA. Vous avez notamment indiqué que de nombreux couples interrompent leur parcours en cours de route, laissant entendre que les personnes en situation de précarité y renonceraient de manière significativement plus fréquente que celles issues de catégories socioprofessionnelles plus favorisées. Mon expérience personnelle de conception d’un enfant par PMA vient étayer vos constats, puisque j’ai été particulièrement marquée par les délais d’accès aux centres d’assistance médicale à la procréation (AMP). Dans l’hôpital régional le plus proche de mon domicile, un délai d’attente d’au moins six mois était requis avant tout premier contact, auquel s’ajoutait une période supplémentaire pour obtenir un rendez-vous initial. À l’inverse, une clinique privée proposait un premier rendez-vous dans un délai de quinze jours. Cette disparité constitue d’emblée un obstacle majeur à l’égalité d’accès aux traitements et au suivi médical.

Par ailleurs, les effets secondaires, souvent très lourds, des traitements de PMA sont rarement évoqués dans le débat public. Quel accompagnement est aujourd’hui proposé face à ces difficultés ? Comment expliquer que les personnes en situation de précarité soient plus nombreuses à abandonner rapidement leur parcours ? Il me semble que les effets secondaires des traitements jouent un rôle central dans cette dynamique, car ils affectent profondément la vie de couple, la vie sociale, la vie professionnelle, ainsi que le rapport au corps, autant de dimensions encore largement invisibilisées. Dans quelle mesure ces réalités, si elles étaient mieux prises en compte, pourraient-elles exercer un impact démographique plus significatif que celui que nous leur attribuons actuellement ? Je m’interroge sur la possibilité qu’un accès facilité à la PMA, à un âge plus précoce, avec des délais raccourcis et un accompagnement renforcé des couples susceptibles d’abandonner leur parcours, puisse contribuer à améliorer la natalité, plutôt que d’avoir un effet marginal sur notre démographie.

Enfin, je souhaiterais vous interroger sur la proportion de couples ayant conçu un premier enfant par PMA qui s'en tiennent à cette première naissance et sur ceux qui, au contraire, reprennent contact avec leur centre d'AMP pour envisager une seconde conception. Cette question vise à déterminer si le premier parcours laisse une empreinte trop lourde pour permettre d'en envisager un nouveau ou si, au contraire, une forme de résilience et d'apaisement s'installe une fois le projet parental accompli, autorisant une reprise plus sereine de la démarche.

M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur. Comment pouvons-nous garantir que l'ouverture de la PMA à toutes les femmes ne reproduise pas les inégalités socio-économiques déjà présentes dans la société ? Cette interrogation rejoint directement la problématique de la précarité. En élargissant cette réflexion, comment pouvons-nous nous assurer que cet accès élargi à la PMA ne perpétue pas les disparités socio-économiques entre celles qui y ont accès et celles qui en sont exclues ? Comment éviter la création de parcours différenciés selon les ressources des patientes, comme l'illustre l'exemple mentionné par la présidente concernant l'accès aux soins ?

Mme Élise de La Rochebrochard. Je tiens tout d'abord à préciser que ma remarque relative à l'effet négligeable concernait exclusivement l'impact de l'infertilité sur la baisse de natalité que nous observons actuellement. Le recours à la procréation médicalement assistée représente aujourd'hui 4 % des naissances, ce qui commence à constituer un chiffre significatif. Toutefois, s'agissant de la thématique que vous développez autour des causes et des conséquences de la baisse de la natalité, j'estime que l'infertilité apparaît davantage comme une conséquence que comme une cause de cette évolution, puisqu'elle résulte du recul de l'âge de la parentalité, qui engendre une augmentation des situations d'infertilité. Cette dernière ne résulte donc pas d'une absence d'effet, mais doit être envisagée comme une conséquence induite par l'existence de facteurs socio-économiques majeurs, qui influencent très fortement la baisse de la natalité, comme cela vous a été exposé.

Concernant le lien entre précarité et accès à la PMA, je suis en mesure de vous présenter quelques résultats, bien que cette question reste difficile à documenter en raison du manque de données collectées dans les centres d'assistance médicale à la procréation. L'enquête que j'ai menée dans huit de ces centres m'a montré que nous ne disposons pas de suffisamment d'informations sur les caractéristiques sociales des patientes pour traiter rigoureusement cette problématique. Plus récemment, j'ai abordé cette question à partir des données de l'assurance maladie, en utilisant l'affiliation à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) comme indicateur de précarité. Nous avons comparé les parcours des femmes bénéficiaires de la CMUC et ceux des femmes qui ne l'étaient pas, en nous intéressant aux interruptions de traitement. Nous avons examiné l'ensemble des femmes ayant reçu un traitement de première intention contre l'infertilité, hors parcours de PMA, et nous avons calculé la part de celles qui, n'ayant pas eu d'enfant grâce à ce traitement, ont accédé par la suite à la PMA. Les résultats sont sans appel puisque parmi l'ensemble de ces femmes n'ayant pas obtenu de grossesse, 65 % n'accèdent jamais à la PMA, cette proportion atteignant 87 % chez les femmes bénéficiaires de la CMUC. Cela signifie que la quasi-totalité des femmes en situation de précarité, bien qu'ayant déjà franchi le seuil d'entrée dans un parcours de soins, ne bénéficient jamais d'un recours à la PMA. Et nous n'avons, par ailleurs, aucune donnée sur celles qui n'entrent même pas dans le parcours, probablement très nombreuses. Ces chiffres attestent clairement de l'existence d'un obstacle majeur à l'accès à la PMA pour les personnes en situation de précarité, et il est probable que ce phénomène s'inscrive dans un gradient social qui traverse l'ensemble de l'échelle socio-économique, même si nous ne disposons pas encore d'outils permettant de le mesurer précisément.

La question des inégalités d'accès à la PMA est longtemps restée dans l'ombre, sans doute en raison de l'illusion quelque peu naïve selon laquelle la prise en charge intégrale des traitements par l'assurance maladie suffirait à garantir un égal accès pour toutes et tous. Il devient donc aujourd'hui indispensable de développer des travaux spécifiques pour comprendre les mécanismes à l'origine de ces inégalités, sur lesquels plusieurs hypothèses peuvent être formulées. L'accès physique et géographique constitue une première barrière significative, car les distances n'ont pas le même impact selon les conditions sociales, dans la mesure où elles supposent des capacités de mobilité inégalement réparties. Or la proximité géographique revêt une importance centrale en matière de PMA, puisque les patientes doivent se rendre à un nombre particulièrement élevé de rendez-vous pour accéder aux traitements. À cela s'ajoutent les délais qui, comme vous l'avez souligné, contribuent probablement à accentuer ces disparités.

Les modalités d'accueil et les pratiques médicales semblent également jouer un rôle important dans l'accès aux soins. Les professionnels spécialisés en PMA peuvent rencontrer des difficultés à instaurer un dialogue avec les patientes en situation de précarité, et peinent parfois à projeter la mise en œuvre d'un traitement médical lourd dans un contexte de fragilité sociale. Il est donc essentiel d'engager une réflexion approfondie sur ce point, en se demandant comment mieux accompagner les couples précaires dans ces parcours complexes et en s'interrogeant sur le rôle réel de la précarité comme frein à l'engagement dans les traitements. Ces interrogations appellent une exploration rigoureuse.

Par ailleurs, des travaux conduits à l'étranger mettent en évidence des biais implicites qui conduisent les soignants, souvent de manière inconsciente, à projeter sur les patients des barrières qui ne correspondent pas à des obstacles réels mais traduisent plutôt leurs propres représentations sociales. Ces biais, qui touchent l'ensemble de la population, concernent également les médecins et participent à la reproduction d'inégalités. Le champ d'étude reste vaste, mais l'existence de barrières spécifiques pour les personnes en situation de précarité, et vraisemblablement pour d'autres groupes sociaux également discriminés, apparaît déjà comme un fait incontestable.

La conciliation entre un parcours de PMA et la vie professionnelle constitue une autre barrière structurelle, puisque le suivi des traitements suppose une disponibilité importante pour honorer les multiples rendez-vous médicaux. Or, si les personnes dont la situation professionnelle permet une certaine flexibilité bénéficient d'un avantage manifeste pour suivre ces protocoles, les salariées dont la présence physique est requise se heurtent en revanche à des obstacles considérables lorsqu'il s'agit de négocier une absence, ce qui rend leur engagement dans le parcours particulièrement difficile.

Certes, un dispositif légal autorise les femmes à s'absenter de leur travail pour les rendez-vous liés à la PMA, mais nos premières observations indiquent que ce droit est très peu mobilisé. Il serait utile de chercher à en comprendre les raisons, mais une première hypothèse plausible réside dans la difficulté, pour de nombreuses femmes, à informer leur employeur de leur situation. Nous savons déjà que l'annonce d'une grossesse peut, dans certains contextes professionnels, constituer un moment délicat du fait de ses répercussions potentielles sur la carrière. Dès lors, faire état d'un parcours de PMA, qui implique la perspective d'une grossesse future, représente une démarche que les femmes appréhendent. Les représentations sociales de la maternité dans le monde du travail tendent donc sans doute à alourdir encore ces trajectoires déjà complexes.

S'agissant de l'impact démographique de la PMA, il faut considérer que, dans un contexte marqué par le recul de l'âge à la parentalité et par la difficulté à inverser cette tendance, un nombre croissant de personnes souhaiteront devenir parents à un âge plus avancé et seront, de ce fait, confrontées à des problèmes d'infertilité. La question de l'accompagnement et de l'offre de traitements adaptés à leur projet parental prendra ainsi une importance croissante dans les années à venir. Le fait que 4 % des enfants soient aujourd'hui conçus par PMA témoigne déjà de l'importance croissante de cette technique. Si l'accès à la PMA s'élargit et si nous parvenons à améliorer l'accompagnement proposé aux couples et aux femmes seules, en réduisant notamment le taux d'abandon et en permettant à un plus grand nombre de projets parentaux d'aboutir, l'impact démographique de la PMA augmentera nécessairement, même s'il m'est aujourd'hui impossible d'en estimer précisément la portée.

S'agissant des parcours de PMA engagés pour une seconde naissance, je ne dispose pas de données statistiques précises mais l'enquête que nous avons menée dans huit centres de PMA faisait apparaître une part non négligeable de patientes s'engageant dans un second projet. Cela peut, d'une certaine manière, être comparé à ce qui s'observe après un accouchement : malgré la difficulté de l'épreuve, nombreuses sont les personnes qui décident de revivre l'expérience. Les obstacles rencontrés au cours d'un parcours de PMA tiennent en grande partie à l'incertitude, à la lenteur des réponses médicales et administratives, mais également au sentiment de violence ressenti par certaines femmes et certains hommes, qu'il s'agisse de paroles maladroites ou de gestes intrusifs. Même si ces épisodes douloureux marquent de façon particulièrement forte les personnes dont le parcours n'aboutit pas à une naissance, notre enquête a démontré que de nombreuses personnes ayant réussi à concevoir continuent à faire état d'une extrême souffrance dans leur parcours. Cela n'empêche toutefois pas les personnes de revenir pour un second projet d'enfant.

Enfin, pour répondre à votre question sur la reproduction des inégalités sociales par le biais de la PMA, je dirais qu'elle tend à les amplifier. Pour les personnes qui ne peuvent pas avoir d'enfant et qui rencontrent des obstacles dans l'accès au parcours de soins en raison de leur situation sociale, l'exclusion de la parentalité constitue une forme de sanction particulièrement sévère, sans doute l'une des plus difficiles à vivre, surtout lorsque le désir d'enfant est profondément enraciné. Être en situation de vulnérabilité et constater que cette vulnérabilité ferme les portes de la PMA, comme le montrent les données issues de l'assurance maladie, revient à amplifier encore les inégalités qui traversent notre société.

Mme la présidente Constance de Péligny. S'agissant de la campagne italienne sur le vieillissement reproductif que vous évoquiez, bien qu'elle ait suscité un rejet massif en raison de sa forme, ne conviendrait-il pas d'envisager, avec une stratégie de communication plus adaptée et respectueuse, des actions permettant d'inciter les jeunes femmes à effectuer précocement un bilan de fertilité ? Une telle démarche leur offrirait la possibilité de faire des choix reproductifs pleinement éclairés, notamment en envisageant, si elles le souhaitent, la congélation de leurs ovocytes, dont l'efficacité est bien plus élevée lorsqu'elle est réalisée à 25 ans qu'à 35 ans.

Vous avez par ailleurs souligné que la France se distingue comme le pays le plus généreux de l'OCDE en matière d'accompagnement et de prise en charge de la PMA. Cette générosité se traduit-elle concrètement dans nos données démographiques ? Les pays de l'OCDE ayant adopté des politiques plus restrictives en la matière présentent-ils des taux d'enfants nés par PMA significativement inférieurs à notre proportion nationale de 4 %, qui, vous l'avez rappelé, est loin d'être marginale ?

En ce qui concerne les difficultés d'accès à la PMA pour les personnes issues des catégories socioprofessionnelles les plus précaires, vous avez mentionné, à juste titre, les obstacles liés à la conciliation entre la vie professionnelle et les exigences du parcours de soins, ainsi que la difficulté, pour les patientes, à évoquer leur situation avec leur employeur. Au-delà de la représentation souvent peu valorisante de la maternité dans le monde du travail, ne pourrions-nous pas parler d'un véritable tabou entourant les problématiques de fécondité ? Ne gagnerions-nous pas à promouvoir une communication à destination du grand public sur ces sujets, afin d'en favoriser la compréhension et l'acceptabilité ? Cette action ne relève pas exclusivement de l'État et les médias ainsi que les réseaux sociaux commencent d'ailleurs à s'en emparer, contribuant ainsi à faire émerger ces problématiques dans l'espace public. L'objectif serait alors de faire sortir ces questions douloureuses du seul registre de l'intimité et de briser le silence qui entoure encore trop souvent les parcours difficiles vers la parentalité.

En ce qui concerne l'expérience douloureuse de la PMA que vous avez décrite, je m'interroge sur le niveau d'information réellement délivré aux patients par les professionnels de santé au sujet du caractère profondément intrusif des procédures et des effets secondaires potentiellement lourds qu'elles impliquent. Ne tendons-nous pas à réduire cette souffrance à sa seule dimension psychologique, liée à l'attente ou au non-aboutissement du projet parental, en occultant trop souvent la réalité physique des traitements ? Dans les enquêtes que vous avez pu mener, le co-parent – et, plus particulièrement, dans le cas des couples hétérosexuels, le conjoint masculin – est-il suffisamment impliqué et inclus dans l'ensemble du parcours pour accompagner de manière adéquate la personne directement soumise aux traitements ? Il me semble en effet que la charge mentale émotionnelle et physique liée à la PMA repose aujourd'hui, dans bien des cas, quasi exclusivement sur les épaules d'une seule personne au sein du couple. Les traitements hormonaux, en particulier, provoquent des effets secondaires lourds qui demeurent largement tabous alors même qu'ils entraînent des répercussions considérables sur la vie conjugale. Ne conviendrait-il pas de poursuivre et d'approfondir la réflexion sur cet aspect encore trop peu exploré du parcours de PMA ?

M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur. S'agissant de l'information délivrée aux parents et de l'exemple italien que vous avez mentionné, j'aurais plutôt tendance à souligner une réelle insuffisance de communication quant aux risques liés au vieillissement reproductif. Nous transmettons parfois aux jeunes générations une impression trompeuse selon laquelle la conception d'un enfant interviendra immédiatement dès lors qu'elles en auront le souhait, alors que la réalité se révèle bien plus complexe. L'information relative à ces enjeux demeure lacunaire et l'éducation à la sexualité intègre encore trop peu ce message pourtant essentiel qui est que concevoir un enfant n'est ni automatique ni aisé, et que cette difficulté croît avec l'âge. Il ne s'agit nullement d'ériger de nouvelles injonctions, mais bien de prolonger les propos de Mme la présidente.

Serait-il envisageable de quantifier de manière précise l'impact de la PMA sur notre indice conjoncturel de fécondité ? Quelle est la part exacte de la PMA dans le taux actuel, qui s'établit à 1,6 enfant par femme et, si l'ensemble des femmes qui le souhaitent pouvaient effectivement accéder à la PMA, quelle progression pourrions-nous raisonnablement espérer ?

Vous accompagnez de nombreux parents confrontés à une entrée tardive dans la parentalité liée au vieillissement reproductif. Selon vous, quelles sont les causes principales de ce phénomène ?

Enfin, pour prolonger également les interrogations formulées par la présidente, considérez-vous qu'il serait nécessaire de faire évoluer notre cadre juridique ? Les dernières

lois de bioéthique adoptées vous paraissent-elles suffisantes en l'état et conviendrait-il de prendre le temps d'en évaluer pleinement les effets avant toute modification ? Ou bien estimez-vous, au contraire, que ces lois sont déjà partiellement dépassées au regard des réalités sociales et médicales actuelles et qu'une évolution législative s'impose ?

Sans que cela vous oblige à répondre, je serais également intéressé par votre position personnelle sur la gestation pour autrui (GPA).

Mme Élise de La Rochebrochard. Si j'estime que la question de l'information constitue un enjeu central dans ce débat, la difficulté majeure réside dans l'identification du public réellement concerné par une telle campagne. Il ne s'agit manifestement pas de viser les personnes dont la situation personnelle ou professionnelle n'est pas encore stabilisée mais qui nourrissent néanmoins un désir d'enfant au sein d'un couple : il serait absurde de leur suggérer d'accélérer leur parcours de vie sous prétexte qu'elles vieillissent. Ces personnes risqueraient de percevoir le message comme une forme de violence, comme cela a pu se passer en Italie ou aux États-Unis lors de précédentes campagnes. Pour ces personnes déjà confrontées à des situations complexes, entendre que leurs ovaires vieillissent pendant qu'elles tentent simplement de stabiliser leur existence constitue un message douloureux.

Une campagne de ce type pourrait également heurter les femmes qui ne souhaitent pas d'enfant et qui, même lorsqu'elles bénéficient d'une situation stable, font déjà l'objet d'une importante pression sociale à concevoir. Une étude de l'INED sur les femmes françaises ayant eu recours à la congélation ovocytaire en Espagne avant la dernière réforme de la loi de bioéthique montre qu'une part significative de ces femmes ne souhaitait pas d'enfant mais engageait néanmoins cette démarche onéreuse dans le seul but qu'on les laisse en paix. Elles congelaient leurs ovocytes afin de pouvoir opposer à leur entourage un argument dissuasif expliquant qu'en cas de regret ultérieur, une solution avait été anticipée, rendant ainsi inutile toute pression supplémentaire sur la question de la maternité. La pression sociale à la procréation s'avère donc omniprésente, qu'elle émane de la famille, de l'entourage ou du milieu professionnel, et ce sont précisément ces personnes qui risqueraient de réagir le plus négativement à une campagne de communication mal ciblée.

Si je parviens donc assez clairement à identifier qui serait heurté par un tel message, j'ai davantage de mal à cerner qui pourrait en être le destinataire pertinent. À qui s'adresserait concrètement un message consistant à conseiller de faire des enfants plus tôt en raison du vieillissement reproductif ? À des individus dont la situation est déjà stable et qui choisiraient délibérément de retarder leur projet parental pour « profiter de la vie » pendant quelques années ? Ce profil existe probablement, mais il ne me semble pas représenter une réalité sociale majoritaire. Dès lors, je doute fortement que nous puissions fonder une campagne de santé publique sur un segment aussi étroit de la population. C'est pourquoi je vous invite à faire preuve de prudence face à ce type d'initiative, qui peut sembler pertinente parce qu'elle est techniquement faisable, budgétairement modeste et potentiellement visible, mais dont les véritables enjeux se situent dans le public visé et la finalité concrète.

Quant à la proposition d'un bilan de fertilité à 30 ans, j'ai eu l'occasion d'aborder cette question en participant, il y a deux ans, à la commission sur les causes de l'infertilité. Les spécialistes entendus à cette occasion ont souligné les limites de cette pratique, insistant sur le fait qu'un tel bilan ne constitue qu'une photographie ponctuelle, assortie d'un intervalle de variation, sans fournir de certitude quant à l'évolution future. En d'autres termes, il ne renseigne pas sur la fertilité de la personne trois ou quatre ans plus tard et cette limite majeure en réduit considérablement la portée. Pire encore, notre groupe s'est interrogé sur le risque d'effet contre-

productif : en cas de bilan sans anomalie, certaines personnes pourraient conclure à tort qu'elles peuvent sans risque différer leur projet parental jusqu'à 37 ans, ce qui produirait l'effet inverse à celui recherché.

La question de l'éducation sexuelle apparaît en revanche comme un levier bien plus efficace. Un réel impact peut être envisagé dans ce domaine, car les connaissances relatives à la fertilité sont encore très peu diffusées. Si cette lacune n'avait que peu d'effet il y a cinquante ans, à une époque où les projets parentaux intervenaient plus précocement, elle devient aujourd'hui problématique, dans une société où la parentalité est fréquemment différée. Ces informations doivent désormais faire partie du socle commun de connaissances, transmises à tous les collégiens et lycéens dans le cadre des cours de sciences de la vie et de la Terre consacrés à la reproduction. Au sein de la commission, nous avons d'ailleurs souligné la nécessité de revoir les programmes scolaires pour donner à cette thématique une visibilité réelle et lui conférer un réel statut. Dispenser ces connaissances à l'adolescence présente deux avantages majeurs : d'une part, il s'agit d'une période favorable à l'ancrage durable d'informations susceptibles d'accompagner l'individu tout au long de sa vie et, d'autre part, cet âge précède l'émergence des préoccupations liées à la parentalité, ce qui neutralise tout sentiment de pression. Les élèves n'interpréteront pas ces informations comme une injonction, mais les intégreront comme une connaissance élémentaire. Ce positionnement revêt une importance décisive car, à l'heure actuelle, l'éducation sexuelle dispensée dans le système scolaire demeure insuffisante, mettant l'accent sur la prévention des infections sexuellement transmissibles ou, plus récemment, sur le consentement, mais laissant de côté l'ensemble de la santé reproductive.

Concernant l'impact démographique observé dans d'autres pays, les données disponibles ne permettent pas de tirer des conclusions fiables, tant les contextes nationaux diffèrent. Prenons l'exemple de l'Espagne, où le nombre de naissances issues de la PMA est élevé, mais qui accueille également de nombreux patients venus d'autres pays européens. Les bases de données ne précisent pas l'origine des patients, ce qui compromet toute analyse comparative rigoureuse. Il m'est donc difficile de répondre précisément à votre question, car nous ne disposons que de données d'activité, et non de données d'impact sur la population. Le chiffre de 4 % d'enfants conçus par PMA en France provient d'ailleurs exclusivement des procédures réalisées sur le territoire national et n'intègre pas les traitements suivis à l'étranger par des ressortissants français. En l'absence de données adaptées, nous ne sommes pas en mesure de formuler une évaluation pertinente du lien entre la prise en charge financière et l'effet démographique.

Je n'ai pas non plus procédé à un calcul précis de la contribution de la PMA à l'indice conjoncturel de fécondité, mais la vraie question porte selon moi sur l'évolution future de cet impact, dans un contexte de recul constant de l'âge de la parentalité. Les 4 % que j'évoquais ne sont nullement négligeables, d'autant qu'ils suivent une courbe d'augmentation remarquablement régulière. Peu de phénomènes démographiques présentent une évolution aussi linéaire. Depuis vingt ans que je travaille sur ce sujet, nombreux sont les collègues qui, déjà à l'époque, prédisaient l'imminence d'un plateau. Il surviendra peut-être mais, pour l'heure, la progression se poursuit avec constance. Cela dépendra largement de l'offre de soins qui, à ce jour, atteint déjà ses limites. Les centres de PMA fonctionnent à pleine capacité et rencontrent des difficultés croissantes pour accueillir les patients dans des conditions satisfaisantes, sans disposer, à ce stade, d'une marge de manœuvre suffisante pour étendre leur capacité d'accueil. Une orientation politique explicite devra donc être arrêtée quant au développement ou non de cette offre. Dans cette perspective, la question de l'accès à la PMA avec tiers donneur jouera un rôle central, d'autant que les taux de réussite diminuent fortement

avec l'avancée en âge. La possibilité d'utiliser des ovocytes jeunes, qu'ils proviennent d'un don ou d'une autoconservation antérieure, apparaîtra dès lors comme un levier déterminant.

La question du tabou mérite également d'être abordée, particulièrement concernant l'infertilité masculine, qui demeure largement occultée dans notre société. Nous avons mené une enquête comparant les réponses d'hommes et de femmes issus d'échantillons représentatifs de la population française afin de mieux comprendre leur vécu de l'infertilité, les bilans réalisés et les traitements éventuellement suivis. Notre hypothèse initiale, selon laquelle les hommes seraient dans l'incapacité de déclarer leur parcours d'infertilité, s'est révélée infondée puisque les réponses masculines étaient étonnamment similaires à celles des femmes, ce qui nous a rassurés sur la fiabilité des données recueillies. Les hommes se montraient tout à fait capables d'évoquer leur expérience, y compris les examens subis par leur conjointe. La seule variable qui se distinguait nettement était le spermogramme. De façon surprenante, les femmes déclaraient beaucoup moins souvent que leur conjoint avait réalisé cet examen, alors même que les hommes en faisaient mention de manière bien plus fréquente. Nous n'avons pas pu approfondir cette divergence, mais notre hypothèse est que l'infertilité masculine demeure un tel tabou qu'il conduit certaines femmes à protéger leur partenaire, préférant faire peser sur elles-mêmes la responsabilité de l'infertilité plutôt que de révéler une origine masculine encore trop souvent associée dans l'imaginaire collectif à l'impuissance sexuelle.

Concernant la place accordée aux hommes dans les parcours de PMA, une collègue ayant travaillé sur cette question a mis en évidence une dynamique d'effacement progressif du conjoint masculin. Dans la pratique, la femme construit le projet d'enfant dans une relation principalement nouée avec le médecin. Le parcours médical s'organise autour de ce binôme, dans un échange soutenu entre la patiente et le praticien, l'homme ne retrouvant véritablement sa place qu'au moment de l'interruption du traitement. C'est souvent lui, en effet, qui fixe la limite et intervient pour dire que la situation devient destructrice, tant pour sa partenaire que pour leur relation, et qu'il devient nécessaire d'envisager une vie sans enfant. Une recherche universitaire est en cours sur le vécu masculin dans les parcours de PMA, car cette dimension reste largement négligée et le monde médical ne conçoit toujours pas de manière satisfaisante la place que l'homme devrait occuper dans ces trajectoires, alors qu'il serait pourtant essentiel de le réintégrer.

Concernant les évolutions législatives récentes, et plus particulièrement la dernière loi de bioéthique, nous avons conduit une étude sur les personnes se rendant à l'étranger pour bénéficier d'une PMA. Ce travail, commencé avant la réforme, s'est prolongé jusqu'en septembre 2023, ce qui nous a permis d'observer les effets concrets de l'ouverture de la PMA aux femmes seules et aux couples de femmes. Contrairement aux attentes, cette réforme a eu un impact moins marqué que prévu. Si ces publics sont désormais moins nombreux parmi les usagers de la PMA à l'étranger, leur présence reste cependant étonnamment élevée. Ces résultats confirment les remontées de terrain transmises par les associations, qui alertent sur les difficultés d'accès persistantes pour certaines catégories de femmes, notamment les femmes seules. Si l'ouverture juridique est désormais acquise, son effectivité concrète reste donc à consolider sur le terrain.

Concernant enfin la gestation pour autrui, l'INED a mené un travail de recherche approfondi en Inde, qui a suscité de nombreuses critiques tant ces thématiques s'avèrent délicates à explorer sous un angle scientifique. Une chercheuse a passé deux années sur le terrain à interroger des femmes gestatrices, mettant en lumière un paradoxe saisissant. Ces femmes évoluaient dans un contexte fortement contraint, caractéristique du cadre indien, où leur liberté demeurerait très encadrée. Elles étaient, par exemple, tenues de résider dans des

maisons de naissance pendant toute la durée de leur grossesse afin de bénéficier d'un suivi médical. Si de telles conditions, observées depuis l'Occident, peuvent soulever des interrogations, notamment en matière d'autonomie, ces femmes faisaient pourtant preuve d'une détermination remarquable et formulaient des projets clairement définis quant à l'usage de la rémunération perçue. Elles décrivaient la manière dont cette expérience modifiait leur statut au sein de la famille, tout en leur ouvrant l'accès à des soins médicaux ou à des formations professionnelles autrement inaccessibles. Ce travail a ainsi confronté les chercheurs à une réalité complexe, certes marquée par un cadre structurant et contraint mais qui offrait également des opportunités concrètes que ces femmes s'approprièrent de manière consentie et volontaire. Ces éléments, qui correspondent à des résultats scientifiques sur le sujet de la GPA, ne concernent néanmoins pas du tout le contexte français.

Dans notre enquête sur les parcours de PMA à l'étranger, nous avons également rencontré quelques personnes ayant eu recours à la GPA, mais leur nombre était trop restreint pour construire un profil type. Il ressort toutefois de manière saillante chez ces personnes la profondeur de la réflexion préalable au projet, nettement plus intense que dans d'autres parcours de PMA. Ces individus s'interrogent longuement sur les implications éthiques, sur les limites qu'ils sont prêts à poser et sur ce qu'ils considèrent comme acceptable au regard de leurs convictions, avec la volonté de construire un récit de conception qu'ils pourront assumer devant leur futur enfant.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Je retiens de vos explications que si notre dispositif législatif s'avère actuellement suffisant pour répondre aux besoins en matière de PMA, ce sont les moyens alloués autour de l'accès qui font défaut. L'ampleur croissante qu'est appelé à prendre ce mode de procréation dans la natalité française nous impose d'améliorer substantiellement son accompagnement et de réduire les inégalités sociales qui en limitent l'accès. Nous devons également renforcer le soutien apporté au co-parent ainsi qu'aux bénéficiaires de ces procédures, tout en développant considérablement notre éducation sexuelle sur ce sujet.

La séance s'achève à seize heures vingt.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. Jérémie Patrier-Leitus, Mme Constance de Pélichy

Excusés. – M. Thibault Bazin, M. Thierry Frappé, Mme Sophie-Laurence Roy