

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 la Dr Joëlle Belaïsch-Allart, présidente d'honneur du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), et du Pr Olivier Morel, secrétaire du CNGOF 2
- Présences en réunion 12

Jeudi

6 novembre 2025

Séance de 11 heures 30

Compte rendu n° 21

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

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



La séance est ouverte à onze heures trente-cinq.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Nous accueillons à présent le docteur Joëlle Belaïsch-Allart, présidente d'honneur du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), ainsi que le professeur Olivier Morel, secrétaire du Collège. Permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue au cours de cette audition. La profession que vous représentez est aux avant-postes pour observer les évolutions non seulement en matière de santé reproductive mais aussi en matière de comportements et d'aspirations des femmes et des couples qui souhaitent avoir un enfant. Votre audition revêt donc une importance particulière pour notre mission d'information.

Dr Joëlle Belaïsch-Allart, présidente d'honneur du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français est la société savante qui représente les gynécologues et obstétriciens français, quel que soit le secteur, libéral ou hospitalier, auquel ils appartiennent et quelle que soit leur spécialité. Au sein du bureau, nous essayons de représenter toutes les spécialités. Nous disposons de près de 2 000 membres et nous organisons tous les ans un congrès, Pari(s) Santé Femme, qui réunit à peu près 4 000 personnes. Le prochain aura lieu en décembre prochain et une séance sera consacrée à la chute de la natalité. Si vous souhaitez y assister, nous vous y inviterons avec plaisir. L'objectif du Collège concerne le développement de la gynécologie obstétrique sous toutes ses formes ; il représente la société auprès des pouvoirs publics.

La baisse de la natalité en France est un fait bien établi. Nous sommes passés de 888 000 naissances en 1973 à 663 000 naissances en 2024, soit un quart de naissances en moins. Les conséquences immédiates sont visibles, qu'il s'agisse des fermetures de classes, des fermetures de crèches, des réorganisations de maternité. Les conséquences plus lointaines nous inquiètent ; le Gouvernement doit réagir.

Le nombre d'enfants qui naissent chaque année est fonction du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité. Puisque le nombre de femmes en âge de procréer est stable depuis quelques années, il faut donc s'intéresser à la fécondité. Les démographes parlent d'infécondité volontaire pour parler du non-désir d'enfant et d'infécondité involontaire si elle est due à des causes médicales. L'infécondité dite volontaire, le non-désir d'enfant, touche de plus en plus de femmes. D'après une enquête de l'IFOP de 2022, 13 % des femmes faisaient part de ce non-désir, contre 2 % en 2006. En clair, les femmes osent dire qu'elles ne veulent pas d'enfants. Ce chiffre s'élève même à 23 % chez les femmes qui se disent écologistes et à 25 % chez celles qui se disent très féministes.

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), dont je suis membre, vous a exposé l'avis 149 par la voix de son président. Dans son rapport, le comité souligne que le non-désir d'enfant n'est pas toujours volontaire et qu'il faut bien distinguer le véritable non-désir d'enfant de l'enfant empêché par les conditions socio-économiques et sociales. Vous devez absolument vous pencher sur cette problématique de l'enfant empêché et la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle. Il est important d'opérer cette distinction : des politiques pro-nataliste n'ont aucun effet en cas de non-désir d'enfant.

Le CCNE agit de la sorte, en distinguant également la baisse de la natalité liée à la baisse de la fécondité volontaire ou empêchée, de la baisse de la natalité liée à la baisse de la fertilité. Nous ne disposons pas de réponse définitive sur la part respective de chacun, ni de chiffres à vous transmettre, en l'absence d'études scientifiques dans ce domaine. À ce titre,

l'avis 149 recommande la réalisation d'études sociologiques permettant de mieux comprendre les raisons d'une telle chute de la natalité.

Le désir tardif d'enfant est devenu une des causes majeures d'infertilité, même s'il ne faut pas oublier les causes environnementales ou médicales. Lorsqu'il est question du désir tardif d'enfant, les femmes sont toujours placées sur le banc des accusés ; on leur reproche leur carrière, de pratiquer des IVG... La fertilité chute de façon très importante chez la femme avec l'âge. Il en va de même chez les hommes après 45 ans, mais le sujet demeure assez tabou.

Les études pointent également l'ignorance de la chute de la natalité, qui est nette chez les femmes, encore plus chez les femmes les plus diplômées. Cette ignorance est évidente chez les hommes, aussi bien pour leurs conjointes que pour eux-mêmes. Nous recevons fréquemment des femmes en consultation qui nous expliquent qu'elles étaient prêtes à avoir des enfants au préalable, mais que leurs conjoints leur répondaient à l'époque qu'ils avaient le temps. À titre personnel, je constate que ce déni est vivace. Je suis toujours interrogée par de multiples médias féminins sur la chute de la fertilité avec l'âge ; mais sur les mille interviews que j'ai pu effectuer, aucune ne l'a été à l'initiative d'un média masculin.

Au-delà de ce déni de la chute de la fertilité, je déplore la glorification excessive des grossesses tardives dans les médias, qui oublient toujours de préciser que ces grossesses résultent de dons d'ovocytes ; qu'il ne s'agit en aucun cas de grossesses spontanées. Je défends l'assistance médicale à la procréation (AMP), dont j'ai été une des pionnières. Néanmoins, je regrette la confiance excessive entourant l'AMP. Nous ne possédons pas de baguette magique. En outre, le taux de succès reste limité, autour de 20 % d'accouchements, 30 % en intégrant les embryons congelés.

Sociologiquement, le recul des désirs d'enfants est également dû à l'allongement de la durée de la vie. Des sociologues – je pense en particulier à Irène Théry – l'ont d'ailleurs très bien montré : tout a changé ; on est jeune à tout âge. Auparavant, la tranche d'âge 20-30 ans correspondait à la période où les adultes s'engageaient dans la vie, sentimentalement, professionnellement, en tant que parents. Désormais, cette période a été repoussée, l'âge moyen de la maternité est passé à 31 ans.

Il est satisfaisant que la durée de la vie ait été allongée, mais il convient d'en tenir compte. Si nous voulons lutter contre la dénatalité, il faut s'attaquer aux deux types d'infécondité : le non-désir d'enfant et l'enfant empêché. Il est essentiel de respecter le choix réel de ne pas avoir d'enfant, toute politique pro-nataliste est vouée à l'échec, en plus d'être mal vécue par les femmes. En revanche, il faut agir contre l'enfant empêché en favorisant la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, l'égalité hommes-femmes, l'amélioration des conditions économiques pour les jeunes enfants et une meilleure intégration de l'enfant dans la société.

En matière d'infertilité, deux solutions sont envisageables. La première consiste à informer, comme l'a proposé le plan national fertilité du professeur Samir Hamamah, dont je faisais partie des dix-sept experts. La réunion d'un comité de suivi devait avoir lieu en juillet avec Catherine Vautrin. Malheureusement, quatre réunions successives ont été annulées.

La deuxième vise à faciliter l'accès à l'AMP. La loi de bioéthique de 2021, que nous avons saluée, a élargi les limites, suscitant l'augmentation des demandes de femmes seules ou de couples de femmes et des autoconservations ovocytaires. En revanche, le nombre de centres n'a pas augmenté.

L'augmentation de l'AMP peut provoquer un effet, certes limité, sur la natalité. Une étude publiée en 2007 indiquait que cette année-là, 4 % des naissances provenaient d'AMP au Danemark, contre 1,4 % en Angleterre. L'étude établissait ensuite que si l'Angleterre connaissait autant de fécondations *in vitro* (FIV) que le Danemark, le taux de natalité passerait de 1,64 à 1,68 enfant par femme.

Le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population souligne dans une analyse très sérieuse publiée en 2019 que dans la situation réelle, l'accessibilité de l'AMP n'aura peut-être qu'un léger effet sur les correcteurs, mais que son importance peut augmenter à l'avenir avec l'autoconservation ovocytaire, afin de compenser le désir d'enfants de plus en plus tardif.

L'autoconservation ovocytaire, que j'ai défendue bien avant la loi, dans ces mêmes murs, consiste pour une femme à congeler ses ovocytes au moment où la fertilité est optimale pour pouvoir les réutiliser plus tard, quand elle a la possibilité matérielle et sentimentale de le faire. L'autoconservation ovocytaire pourrait donc permettre de lutter contre la chute de la fertilité liée à l'âge, à l'allongement de la durée de la vie.

Aujourd'hui, les quarante-quatre centres autorisés référencés par l'Agence de la biomédecine (ABM) croulent sous les demandes. Dans mon centre, en dépit de tous les efforts, le délai d'attente est d'un an. Face à cette situation, l'ABM ose nous rétorquer « qu'il n'y a qu'à les envoyer à l'étranger, l'assurance maladie payera ». Au demeurant, l'assurance maladie verse dans ce cas 947 euros si elles ont moins de 37 ans, ainsi que 300 euros pour le voyage. Il s'agit là d'un scandale qui doit être réparé. Il faut non seulement autoriser tous les centres, privés ou publics, mais surtout les obliger à pratiquer l'AMP.

L'accès à l'AMP avec sperme de donneur constitue un deuxième scandale. En la matière, nous n'avons pas la même opinion que les centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS), que vous auditionnez ultérieurement. Au sein du collège, nous faisons, Olivier Morel et moi-même, partie d'une nouvelle association, l'Association nationale pour le don d'engendrement (ANDDE), qui prône la réorganisation du don de sperme en France. Les dernières données de l'ABM font mention d'un délai d'attente de dix-sept mois avant qu'une femme ne puisse obtenir du sperme, qui n'est aujourd'hui délivré que dans les 33 CECOS, quand il existe 104 centres d'AMP.

Naturellement, des accompagnements spécifiques sont également nécessaires pour l'infertilité liée aux facteurs environnementaux, aux causes médicales. Ces éléments sont repris dans le plan national de fertilité, qui doit absolument être réalisé.

En conclusion, il faut redonner l'envie aux femmes et aux hommes de faire des enfants.

Pr Olivier Morel, secrétaire du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Mon propos se concentrera sur la mission d'obstétricien au regard de la baisse de la natalité. Notre collège étudie notamment les liens entre la baisse de la natalité et la crise majeure que traverse notre système de santé, notamment les maternités françaises. En effet, mon rôle ne se résume pas à prendre en charge les femmes une fois qu'elles ont été enceintes et qu'elles arrivent en fin de grossesse.

Tout d'abord, nous ne disposons pas de données épidémiologiques solides qui permettraient d'analyser l'impact des dysfonctionnements de notre système de santé, qui sont multiples, et d'établir un lien avec la baisse de la natalité. En revanche, il existe des arguments

indirects très puissants qui nous permettent d'affirmer clairement que la sécurité des soins à l'accouchement pose souci en France. Ces chiffres préoccupent les professionnels de santé, mais aussi les femmes et les couples.

Les premières causes de renoncement à la grossesse sont la peur de l'accouchement et la peur du handicap. La grande majorité des maternités en France correspondent à des critères du XX^e siècle ; il est par exemple impossible de transfuser une femme qui saigne. Environ 80 % de la mortalité maternelle en France est toujours jugée évitable, c'est-à-dire que des soins inadaptés ont conduit à la mort des femmes, soit un décès par jour.

La surmortalité s'accompagne d'une surmorbidity. Les femmes ou les couples français ont parfaitement raison d'avoir peur du handicap. Les morbidités pour les mères peuvent concerner la morbidité périnéale, la morbidité à la suite d'une hystérectomie d'hémostase conduisant à des stress post-traumatiques catastrophiques, la morbidité en raison d'un accouchement mal vécu, un mauvais suivi en post-natal. Pour le fœtus, la morbidité concerne notamment les acidoses, les asphyxies à la naissance, dont les taux sont dix fois supérieurs à ceux des pays nordiques, en Finlande et en Suède.

De nombreuses femmes de 40 à 45 ans que je reçois au CHU de Nancy m'indiquent qu'elles ont fait le choix de cet hôpital d'envergure parce que leur dernier accouchement s'est très mal déroulé ou que leur suivi de grossesse dans un centre non adapté a été extrêmement compliqué. Le stress post-traumatique suscité par ces mauvaises expériences a ainsi mis fin à l'envie – pourtant réelle – d'avoir d'autres enfants.

La séparation de la mère et de l'enfant à l'accouchement pose un problème récurrent. Aujourd'hui, nous n'avons aucune solution pour qu'une femme souffrant d'une prééclampsie, dont l'enfant prématuré est né avec un retard de croissance, puisse être avec lui, tout le temps. Nous sommes obligés de « bricoler », de créer des alcôves en salle de réveil pour les césariennes, afin que les couples puissent être ensemble. Bien évidemment, de telles solutions sont presque cachées à l'Agence régionale de santé (ARS). L'État investit des millions d'euros dans un nouvel hôpital à Nancy, la maternité actuelle datant d'une centaine d'années, mais aucune solution n'a été envisagée dans ce domaine.

Au-delà de ces problèmes à l'accouchement, il existe des difficultés majeures d'accès aux soins et de qualité. Une véritable médecine à deux vitesses se développe de plus en plus rapidement sur le territoire. Les jeunes médecins français diplômés en gynécologie obstétrique s'installent quasi exclusivement dans les grandes maternités, positionnées à proximité des grandes villes pour des raisons démographiques. Quand nous essayons de placer des internes dans de petites maternités, où il existe encore une possibilité d'encadrement, ceux-ci reviennent en nous disant qu'ils ne peuvent plus travailler au XXI^e siècle dans des conditions qui sont identiques à celles du siècle précédent.

En conséquence, rares sont les anesthésistes dédiés à l'obstétrique. Par exemple, certains anesthésistes ne savent pas prendre en charge une hémorragie *post partum*. Un nouveau-né qui naît en état d'asphyxie n'a pas les mêmes chances selon que sa mère accouche au CHU de Nancy, où des pédiatres de néonatalité dorment sur place, ou dans une petite maternité dont le pédiatre a parfois vingt ou trente minutes de trajet pour rejoindre l'établissement. Ce risque est bien plus grave que celui du risque d'accouchement extra-hospitalier, qui est souvent brandi par les élus locaux. Dans les pays dont les maternités sont bien plus concentrées qu'en France, le nombre d'accouchements extra-hospitaliers est plus faible qu'en France.

En résumé, les jeunes gynécologues obstétriciens français, que l'État français accompagne financièrement pendant toutes leurs études, refusent de travailler dans des petites maternités, pour des raisons de sécurité. Les conditions de travail ne sont pas celles qu'ils attendent d'un établissement de leur temps. En outre, on aggrave la situation de cette médecine à deux vitesses par le recrutement médical dans ces petites maternités de praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), dont certains viennent souvent d'assez loin.

Finalement, les maternités de proximité présentent une très faible activité, une sécurité non assurée, un manque de stabilité dans les effectifs, des diplômés de qualité discutable, des PADHUE issus de cultures médicales différentes, notamment dans la relation avec les patients, une absence de garde, d'anesthésie dédiée, de stocks de sang.

Le coût en ressources humaines de la permanence des soins est majeur pour l'État français, soit cinq à sept équivalents temps plein (ETP), d'autant plus de nombreux personnels sont des « mercenaires », non statutaires. Des fortunes sont dépensées dans la permanence des soins pour des motifs d'affichage politique. Ces sommes pourraient être investies autrement, y compris en termes d'emploi et de revitalisation des territoires, dans des centres de suivi.

En miroir, la baisse de la natalité accroît la fragilisation du système. Les petites maternités souffrent d'une moindre activité et donc d'un moindre entraînement, d'une moindre attractivité pour les médecins français. En conséquence, l'insécurité y est plus grande.

Ce modèle survit grâce à deux leviers totalement délétères : d'une part, le recours au mercenariat médical, en grande partie assuré par des médecins à diplômes non européens ; d'autre part, le non-respect du temps de travail des médecins. Sachez que 50 % des gynécologues obstétriciens français ont déjà renoncé à la pratique de l'obstétrique à 45 ans, c'est-à-dire que leur durée d'exercice est plus courte que la durée de leur formation assumée par l'État français. Le rythme et les conditions de travail sont devenus inacceptables ; 80 % des gynécologues obstétriciens jugent leur métier peu compatible avec une vie familiale.

Pour rappel, la règle du temps de travail est de 48 heures en Europe ; mais elle n'est absolument pas respectée en France. Les gynécologues obstétriciens ne méritent pas d'être soumis à une forme d'esclavage, ils ne devraient pas travailler plus de vingt-quatre heures d'affilée. Sept ETP sont nécessaires pour chaque ligne de garde. J'ajoute que les personnels hospitaliers ne sont pas accompagnés pour leur vie de famille, pour l'accès de leurs enfants en crèche. J'ajoute un élément particulièrement symbolique : les femmes gynécologues obstétriciennes subissent un fort surrisque de complication de leur grossesse.

En conclusion, quel que soit l'angle adopté, il est impératif de réformer en profondeur l'offre de soins des maternités. Il faut développer une approche territoriale raisonnée en regroupant les plateaux techniques pour limiter le coût RH et améliorer la qualité. En revanche, la « sécurité par la proximité » est un non-sens. La sécurité réside en réalité dans le regroupement des compétences et l'accessibilité, ce qui est très différent de la proximité. Il ne faut absolument pas abandonner la population. J'en parle d'autant plus facilement que j'ai grandi et vis toujours à la campagne. Nous avons besoin de suivi et de prévention en proximité, pas de plateaux techniques.

Il faut privilégier l'accompagnement au domicile en postnatal, redimensionner les équipes pour les stabiliser et renforcer la bientraitance dans les soins, un sujet primordial pour l'obstétrique du XXI^e siècle en France. En résumé, il importe de réorienter les dépenses vers l'accompagnement global à la parentalité.

Je ne viens pas vous réclamer de l'argent. Je vous dis au contraire qu'il faut en dépenser moins sur les plateaux techniques et le répartir autrement pour mieux accompagner. Encore une fois, ce constat est partagé par toutes les sociétés savantes et tous nos interlocuteurs, notamment à la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Dr Joëlle Belaïsch-Allart. Proximité ne rime pas avec qualité. Il faut absolument réussir à transmettre ce message.

M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur. Notre mission d'information poursuit l'objectif d'identifier les moyens de relancer la natalité.

Comme le Dr Belaïsch-Allart l'a souligné à juste titre, nous assistons à une rupture anthropologique, marquée par un décalage des âges de la vie humaine. Aujourd'hui, on devient parent plus tardivement que par le passé. De votre point de vue, faut-il accompagner ces grossesses tardives ou décalées et par conséquent mettre en place des réponses aux difficultés que ce décalage peut entraîner, particulièrement en termes d'infertilité ?

Face à ce décalage de presque une décennie, faudrait-il porter des mesures pour favoriser l'arrivée d'un premier enfant plus tôt ? Certaines personnes auditionnées recommandent par exemple de réduire la durée des études afin d'accélérer l'entrée dans la vie active et la survenue du premier enfant.

Ensuite, les différents types de congés – congé parental, congé de maternité, congé de paternité – ne sont guère lisibles pour nos concitoyens. Faudrait-il que la France mette en place un congé de maternité long et un congé parental court ; ou plutôt un congé de maternité assez court, mais un congé parental, comme au Canada ou en Suède ?

Comment, d'un point de vue sanitaire ou de santé publique, concilier les besoins physiologiques des femmes qui viennent d'accoucher et un impératif d'égalité hommes-femmes puisque la répartition des charges et des tâches entre les parents se détermine dans les premiers mois de la vie de l'enfant ? Faut-il doubler le congé de maternité pour passer de seize à trente semaines ?

Dr Joëlle Belaïsch-Allart. Je ne pense pas que l'on puisse revenir en arrière concernant l'âge de la maternité, tout en apportant deux bémols. Premièrement, il faut que les couples qui veulent des enfants tôt puissent être accompagnés. Deuxièmement les Français, et particulièrement les Françaises, doivent être conscients que les grossesses tardives portent des risques. Elles ne doivent pas être encouragées. L'âge où il est facile d'être enceinte se situe entre 30 et 40 ans ; et l'autoconservation ne constitue pas une solution miracle. Conserver dix à quinze ovocytes autour de 35 ans offre au maximum 50 % à 70 % de chances de naissance vivante par la suite.

L'essentiel consiste bien à informer. Je vous ai parlé des articles de la presse féminine qui glorifient les grossesses tardives sans préciser qu'elles sont le fruit de dons d'ovocytes de la part de femmes plus jeunes.

Pr Olivier Morel. S'agissant de votre question sur les congés, ma réponse sera à la fois d'ordre personnel et professionnel. L'arrivée d'un enfant nécessite un accompagnement souple. Nous vivons encore sur des modèles qui s'imposent à tous, avec des durées standard de congé de maternité et de congé de paternité. En réalité, tout dépend des différents modes de vie. Certaines de mes patientes apprécient particulièrement le congé de maternité, qu'elles

souhaiteraient plus long, mais d'autres le trouvent déjà trop long. La bonne manière d'y réfléchir consisterait à se concentrer sur les besoins d'une famille, dont le modèle unique est dépassé depuis longtemps. Les modèles devraient pouvoir être ajustés, mais je concède ne pas avoir de recette magique.

Dans mon équipe, composée à 90 % de femmes, dont trois sont de jeunes mamans, nous sommes contraints de bricoler, en dehors des radars et des procédures réglementaires. Nous nous adaptons, sans en référer nécessairement la direction de l'hôpital : nous adaptons les horaires de travail, les dates de reprise. Officiellement, elles sont là, mais en réalité, nous pratiquons une forme de télétravail.

Les absences pour enfant ne sont jamais incluses dans l'organisation du travail actuel. Il faudrait que le droit du travail s'ajuste avec l'âge des collaborateurs et intègre le fait que les équipes composées de personnes en âge d'avoir des enfants seront nécessairement soumises à des phénomènes d'absentéisme absolument compréhensibles.

Dr Joëlle Belaïsch-Allart. Le collège soutient l'une des propositions du plan fertilité, qui consiste à proposer aux hommes et aux femmes une consultation fertilité systématique à l'âge de trente ans. À cette occasion, le médecin leur parlerait de la chute de la fertilité avec l'âge.

Pr Olivier Morel. Pour revenir sur le congé de maternité, il est nécessaire de mener un travail de défrichage, afin d'identifier les besoins des familles. Ceux-ci sont très différents, selon qu'il s'agit d'un premier, d'un deuxième ou d'un troisième enfant. Il faut questionner les femmes et être capable de composer bien plus « à la carte ».

Sur le plan médical, une des premières causes de mortalité des femmes en France est le suicide dans l'année qui suit l'accouchement. Or rien n'est fait pour y remédier. Aujourd'hui, toutes les femmes quittent la maternité trois jours après leur accouchement. Nous les revoyons éventuellement en consultation post-natale, mais il n'existe aucun accompagnement dans l'intervalle.

Au CHU de Nancy, nous allons commencer une expérience, le *coaching* parental, inspiré d'expériences préalables en Belgique. En fonction de l'évaluation de l'environnement familial, des professionnels – par exemple des auxiliaires de puériculture – passent au domicile de celles qui en expriment le besoin et identifient les situations où un accompagnement plus marqué est nécessaire. Pour moi, le véritable défi consiste à donner ou redonner l'envie aux femmes et aux hommes d'avoir un enfant.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Pensez-vous que les cours d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle à l'école puissent constituer un cadre, un moment pour sensibiliser progressivement les adolescents à l'évolution de nos capacités reproductives ? Il semble en effet exister un tabou majeur à ce sujet, chez les hommes bien sûr mais également chez les femmes.

Ensuite, je souhaite vous interroger sur l'AMP. Vous avez évoqué les délais d'attente concernant la banque de sperme ou l'accès à la congélation ovocytaire. Un parcours d'AMP est éprouvant, mais également très affecté par des inégalités territoriales. Quelles solutions concrètes préconiserez-vous pour faire face à ce besoin d'AMP et améliorer les parcours ? Le professeur Delfraissy nous a indiqué que si l'AMP représente 4 % de naissances annuelles en

France, cette part pourrait potentiellement tendre vers 10 % dans les vingt-cinq prochaines années.

En Suisse, le temps de travail des femmes s'adapte au fur et à mesure de la grossesse. Le même mécanisme pourrait être appliqué à la reprise du travail. Un système permettant aux femmes de reprendre à temps partiel sans subir une décote aussi importante sur leur salaire vous semble-t-il souhaitable ? Ne s'agirait-il pas d'un moindre mal dans certains cas ?

Professeur Morel, j'ai bien entendu vos propos sur les petites maternités, en particulier dans le monde rural, qui sont à contre-courant de nombre de débats que nous avons pu connaître dans cette enceinte. Vous avez indiqué que la mortalité périnatale est plus élevée en France que dans d'autres pays, notamment les pays nordiques, qui sont aussi assez ouverts à l'idée de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Est-il encore tabou de parler d'accouchement à domicile en France ? Aurions-nous intérêt à explorer des ouvertures de maisons de naissance, qui permettraient d'améliorer l'expérience de l'accouchement et ainsi susciter de futures grossesses ?

Enfin, je suis effarée d'entendre que la maternité en reconstruction à Nancy privilégie la séparation de la mère et l'enfant, quand toutes les statistiques démontrent que la survie de l'enfant est en grande partie liée aux liens qu'il peut tisser avec sa mère ou avec une présence rassurante.

Dr Joëlle Belaïsch-Allart. Il est effectivement essentiel d'informer, mais à bon escient, au bon moment, s'agissant de la baisse de la fertilité avec l'âge. À ce titre, il me semble inutile de le faire au collège, mais plutôt à l'université ou en classe préparatoire. Je rappelle que le déni de la chute de la fertilité avec l'âge est le plus élevé chez les femmes les plus diplômées.

Il faut distinguer l'AMP, qui intervient généralement au terme d'un long parcours, de l'autoconservation ovocytaire. Pour cette dernière, le principal problème concerne l'accès, et par conséquent les moyens dont disposent les hôpitaux. Sans nouvelles salles de consultation et blocs, sans médecins plus nombreux, nous ne pourrions pas faire plus. Il faut distinguer d'une part la prise en charge des femmes seules et des couples de femmes, qui savent d'emblée qu'elles doivent venir en AMP pour être enceintes, d'autre part celle des couples infertiles qui peuvent effectivement avoir connu un long parcours.

Le Collège émet des recommandations pour la pratique clinique. Les recommandations pour la prise en charge du couple infertile sont formelles : il faut être pris en charge dès un an de rapports réguliers sans grossesse si l'on a moins de 35 ans et dès six mois si l'on a plus de 35 ans. Trop souvent encore, malheureusement, faute d'information, les gynécologues, les médecins traitants, les sages-femmes font attendre les couples.

Mais le problème majeur est le suivant : nous manquons de médecins dans les services d'AMP. J'ai longtemps dirigé une maternité de 3 000 accouchements. Même si je suis particulièrement attaché à l'AMP, je reconnais qu'elle demeure le parent pauvre car moins de médecins y sont affectés.

Il est effectivement possible d'accroître le nombre de naissances en AMP, et encore plus avec l'autoconservation ovocytaire, à la condition que les familles y aient accès. Or cela n'est pas le cas à l'heure actuelle en France, encore moins en Île-de-France et dans les grandes villes.

Pr Olivier Morel. Je partage naturellement les propos de Joëlle Belaïsch-Allart sur les ressources humaines. En réalité, nous ne manquons pas tant de gynécologues obstétriciens de diplôme français que d'un système qui leur donnerait envie de travailler, d'un cadre bien établi pour les congés partiels des membres des équipes médicales en âge d'être parents. Je rappelle qu'une maternité effectue 80 % d'activités non programmées. Je ne peux donc qu'être favorable à des congés « à la carte », en fonction des besoins.

Mme la présidente Constance de Pélichy. En tant que médecin, pouvez-vous prescrire à une femme enceinte ou une mère en *post-partum* une reprise en temps partiel thérapeutique ?

Pr Olivier Morel. Nous pouvons effectivement agir de la sorte, mais cet aspect relève plutôt de la médecine du travail. De nombreuses patientes sont conscientes qu'elles devraient limiter leur charge de travail mais ne veulent pas arrêter totalement leur activité professionnelle. Nous pouvons leur prescrire des congés partiels, mais leurs entreprises sont souvent réticentes, préférant soit qu'elles poursuivent leur activité à plein temps, soit qu'elles soient en arrêt de travail. Il demeure un problème culturel autour de ces questions.

Je connais assez bien la question des maisons de naissance. En effet, le CHU de Nancy est le seul de France à expérimenter cette modalité, depuis le départ. Ces maisons de naissance répondent à un besoin très spécifique d'une petite partie de la population. Ce modèle doit être sécurisé pour les femmes ne souhaitant pas aller en maternité classique, mais il convient de ne pas l'imposer, dans la mesure où la majorité des femmes françaises n'en veulent pas. Pour vous donner un ordre d'idée, l'agglomération de Nancy élargie connaît un peu plus de 50 000 naissances par an. La seule maison de naissance du sud de la Lorraine, en vitesse de croisière depuis bientôt dix ans, accueille cinquante naissances par an. L'autre problématique concerne la sécurité, qui nécessite que les femmes soient informées correctement. Les maisons de naissance s'adressent à des femmes dont le risque est extrêmement faible. Au niveau national, plus de 30 % de transferts depuis les maisons de naissance interviennent en cours de travail. Il faut en avoir conscience ; ces maisons de naissance ne constituent pas une solution de grande sécurité si elles sont isolées à la campagne.

L'information doit également être fournie concernant l'accouchement à domicile. Une tentative de cadrage est intervenue de la part de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité. Mais la demande reste assez marginale ; très peu de femmes se déclarent en réalité intéressées.

Il existe moins de maternités dans toute la Finlande qu'en Lorraine. Les conditions météorologiques y sont également difficiles, pour autant les Finlandaises parviennent toujours jusqu'à la maternité. Une autre légende urbaine porte sur les prétendues « usines à bébés », c'est-à-dire des maternités qui pratiqueraient supposément trop de naissances. Je précise à ce titre qu'à Helsinki, 13 000 naissances sont enregistrées chaque année. Les femmes n'y sont pas plus mal suivies, la Finlande et la Suède font ainsi partie des pays les plus innovants en termes de bientraitance obstétrique, de droit des femmes, de droit de l'enfant.

En réalité, tout est question d'organisation et de moyens. Il est possible de réaliser un grand nombre de naissances au même endroit. Même si actuellement les plus importantes maternités françaises sont plutôt sous-dotées en personnels par rapport à leur activité, la dernière enquête nationale périnatale fait état d'un taux de satisfaction des femmes largement supérieur dans les grosses maternités que dans les plus petits établissements.

Enfin, l'architecture des maternités est soumise à plusieurs contraintes, dont certaines émanent de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Statutairement, il n'existe pas en France d'unités de soins intensifs dédiés dans une maternité.

De nombreuses reconstructions de maternités ont été planifiées, mais le dimensionnement de ces nouvelles maternités, en général les grosses maternités de demain, est totalement inadapté. Il est totalement assumé aujourd'hui par les ARS, au motif qu'on ne peut pas les surdimensionner pour planifier d'éventuelles fermetures à venir, dans la mesure où il s'agirait d'un très mauvais message à adresser à la population concernée par lesdites fermetures. Ainsi, la future maternité du CHU de Nancy, sur un territoire pourtant sous-doté en maternités, est dimensionnée exactement comme la maternité actuelle, dont les taux d'occupation sont de 85 à 90 %.

Dr Joëlle Belaïsch-Allart. Il faut également s'entourer de précautions quand on parle de la notion de « bas risque ». Ce bas risque se constate en réalité *a posteriori*, quand les femmes ne souffrent pas d'une hémorragie de la délivrance deux heures suivant l'accouchement. En compagnie des anesthésistes et les pédiatres, le Collège a quand même pris une position plutôt opposée à l'accouchement à domicile en raison des risques pour les femmes.

Pr Olivier Morel. Encore une fois, l'enjeu de l'information est capital. La presse régionale se fait souvent l'écho d'un enthousiasme démesuré pour les accouchements dans les petites maternités. En réalité, lorsque l'on compare les situations similaires, les chiffres attestent que le nombre d'épisiotomies, d'extractions instrumentales, de césariennes est plus faible dans les grosses équipes. L'encadrement y est meilleur, grâce aux psychologues, à des équipes plus stables, qui ont l'habitude de travailler ensemble. Malheureusement, ce type d'information est insuffisamment transmis à la population.

La séance s'achève à douze heures quarante.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Anne Bergantz, Mme Élisabeth de Maistre, Mme Joséphine Missoffe, M. Jérémie Patrier-Leitus, Mme Constance de Pélichy

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