

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 Pr Catherine Metzler-Guillemain, présidente de la Fédération française des CECOS, et des Pr Nathalie Rives et Florence Eustache 2
- Présences en réunion 11

Jeudi

6 novembre 2025

Séance de 14 heures

Compte rendu n° 22

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

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



La séance est ouverte à quatorze heures cinq.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Nous avons le plaisir d'accueillir la professeure Catherine Metzler-Guillemain, présidente de la Fédération française des centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS), accompagnée des professeures Nathalie Rives et Florence Eustache.

Les demandes de PMA connaissent une croissance particulièrement forte ces dernières années. Les délais d'attente se sont fortement allongés et les parcours sont parfois encore plus semés d'embûches. Pourtant, le nombre d'enfants nés de PMA s'établit aujourd'hui à environ 4 % et l'on peut légitimement penser que le nombre de naissances issues de PMA pourrait croître de manière relativement importante dans les années à venir si nous nous dotons des moyens nécessaires pour permettre aux couples qui le souhaitent de pouvoir accéder à un centre d'assistance à la procréation médicale.

Nous serons heureux de vous entendre sur les évolutions nécessaires, ce qu'elles révèlent de l'aspiration à la parentalité aujourd'hui, ainsi que sur l'incidence des modifications récentes du cadre juridique sur votre activité.

Pr Catherine Metzler-Guillemain, présidente de la Fédération française des CECOS. Je souhaite d'abord remercier la mission d'information de nous offrir l'opportunité de communiquer et d'échanger sur des points précis qui concernent nos pratiques quotidiennes, en lien avec les nouvelles mesures prévues par la révision de la loi relative à la bioéthique de 2021.

La Fédération française des CECOS regroupe trente-trois centres répartis sur le territoire national, métropolitain et ultramarin. Ces centres ont comme cœur de métier, d'une part, la préservation de la fertilité, historiquement en contexte médical et notamment en contexte oncologique, ce qui concerne les hommes, les femmes, les adolescents, les enfants ; d'autre part, la gestion de l'assistance médicale à la procréation (AMP) avec tiers donneurs, c'est-à-dire des dons de spermatozoïdes, des dons d'ovocytes, des accueils d'embryons et des doubles dons de gamètes. Ces activités sont soumises à des autorisations spécifiques. Le réseau de la Fédération des CECOS couvre 85 % de l'activité de dons d'ovocytes en France et 95 % de l'activité de dons de spermatozoïdes et d'accueil d'embryons.

Dans ce propos liminaire, nous souhaitons souligner plusieurs points prioritaires qui font intégralement partie des questions que vous nous avez transmises : l'impact de la révision de la loi sur les centres et les principales difficultés encore présentes dans nos centres ; les limites d'âge en assistance médicale à la procréation, notamment en insémination ; la question de l'import de pillettes de donneurs de banques étrangères commerciales. Nous évoquerons également d'autres perspectives en vue d'une éventuelle évolution de la législation.

Depuis quatre ans, nous avons vécu une véritable révolution dans tous les centres autorisés à la gestion de l'AMP avec tiers donneur et à la préservation de la fertilité. Une répercussion majeure est intervenue sur l'organisation des centres : la patientèle a été multipliée par cinq à six du jour au lendemain à l'automne 2021, puis par huit à neuf à partir du printemps 2022, en ajoutant les demandes de préservation de la fertilité d'origine non médicale.

Ces changements ont nécessité un temps d'adaptation des équipes, des échanges répétés avec les professionnels et de nombreuses instances, notamment la direction générale de

la santé (DGS), l'Agence de la biomédecine (ABM) et nos directions, pour obtenir des moyens humains et matériels adaptés et conséquents permettant de répondre aux demandes. Les négociations ont parfois été très longues, alors que les demandes de recours à l'AMP ou à la conservation de gamètes hors indication médicale ont afflué dès la promulgation de la loi.

Dans le même temps, il a fallu revoir l'organisation de nos centres pour mettre en place de nouveaux parcours de soins coordonnés à destination des couples de femmes et des femmes non mariées, de nouveaux parcours de soins coordonnés pour la conservation des gamètes hors indication médicale, et les parcours de patients avec double don de gamètes, une activité précédemment non autorisée.

Parallèlement, il nous a fallu répondre aux demandes rétroactives d'accès aux origines des adultes majeurs conçus par dons, appliquer les modalités de recrutement des donneurs dits « nouveau régime », gérer les stocks de paillettes de spermatozoïdes de donneurs et la transition entre les anciens et les nouveaux donneurs, mais également nous organiser pour honorer et accueillir les candidatures de donneurs et de donneuses de gamètes afin de répondre au mieux à l'augmentation des demandes.

Cela a donc exigé une mobilisation exceptionnelle des professionnels face à un niveau d'activité inégalé. Je tiens très sincèrement à rendre hommage à tous les professionnels qui ont été impliqués. Actuellement, un certain nombre de difficultés demeurent pour répondre au niveau de demandes de recours au tiers donneur dans un délai raisonnable. Les demandes sont nombreuses, dont certaines sont difficiles à gérer, notamment concernant des femmes non mariées en situation précaire, par exemple en situation de handicap.

Il nous faut aussi répondre rapidement aux candidatures de donneuses et donneurs de gamètes, puis organiser avec bienveillance un parcours de soins coordonnés, qui nécessite du personnel dédié. Il nous faut répondre aux demandes de préservation de la fertilité hors indication médicale, essentiellement féminines, dans un délai raisonnable, et absorber l'augmentation d'activité en lien avec toutes les nouvelles mesures, tout en maintenant nos activités d'AMP et de préservation de la fertilité d'indication médicale. En outre, nous devons convaincre nos directions d'établissement de l'importance d'adapter les politiques – qui sont aujourd'hui très restrictives, compte tenu du fonctionnement des hôpitaux – à l'opportunité que représentent ces nouveaux parcours de patients rendus possibles par la révision de la loi.

Le deuxième point concerne les limites d'âge, notamment pour les inséminations. Un certain nombre de centres ont fixé des limites d'âge pour des prises en charge plus restrictives que ce que prévoit la loi. Il existe de fait des disparités entre les centres. Les limites d'âge sont fixées en fonction de l'ampleur de la demande, du type de don, des ressources du centre en gamètes de donneurs ou en embryons cessibles, et en fonction des taux de grossesse et de naissance par tentative selon l'âge de la patiente.

La principale difficulté concerne l'âge limite pour les inséminations, qui a été fixé à 44 ans inclus par le législateur, une décision qui divergeait de l'avis des professionnels. La progression en âge induit des répercussions importantes sur la fonction ovarienne et la qualité des ovocytes. Les chiffres montrent des résultats au-delà de 40 ans nettement inférieurs en taux de grossesse et en taux d'accouchement qu'avant 40 ans. Les derniers chiffres de l'Agence de la biomédecine sur l'activité 2023 montrent ainsi un taux d'accouchement par tentative de 19 % avant 30 ans, contre 5,6 % entre 40 et 42 ans.

En fonction des délais de rendez-vous, de la rareté des paillettes, de la faiblesse des chances de succès, les centres établissent donc des limites d'âge. Nous souhaitons que cette mention d'âge concernant les inséminations disparaisse des textes réglementaires, afin que les praticiens décident de la prise en charge en fonction des données médicales des patientes. Il existe en effet un décalage trop important entre l'attente sociétale et la réalité médicale. Les femmes pensent malheureusement souvent que le droit doit supplanter le médical.

Le troisième point concerne l'import des paillettes de donneurs de banques étrangères commerciales. Depuis 2024, nous avons eu connaissance de l'autorisation donnée par l'ABM à l'import de paillettes de donneurs venant de banques étrangères qui commercialisent des gamètes. Cette décision nous semble être en désaccord avec la loi, qui prévoit que si l'import est possible, il doit exclusivement être destiné à la poursuite d'un projet parental ou une restauration de la fertilité, à l'exclusion de toute finalité commerciale.

Nous avons adressé au mois de mai dernier un courrier au ministère expliquant la situation et les discordances entre le fonctionnement de ces banques commerciales et les exigences de la loi qui nous sont imposées. En tant que professionnels, nous souhaitons que l'import de paillettes de donneurs soit soumis exactement aux mêmes règles que le don de gamètes en France. Cela implique pour nous soit l'arrêt de toute importation de paillettes de spermatozoïdes de ces banques qui proviennent de structures étrangères ne respectant pas les principes législatifs, éthiques et scientifiques en vigueur en France, soit une modification de la loi française. Ce choix ne peut intervenir qu'après un débat général non seulement sur le don de gamètes, mais également le don de tout type d'élément du corps humain.

Un autre point est relatif à la réception des ovocytes de la partenaire (ROPA) au sein de couples lesbiens. Il existe plusieurs types de ROPA. Elle concerne principalement des couples lesbiens cisgenres dans lequel une femme va porter l'embryon conçu par fécondation *in vitro* (FIV) avec les ovocytes de sa partenaire, mais elle peut également s'appliquer à un couple hétérosexuel formé d'un homme trans et d'une femme cisgenre dans lequel la femme cisgenre va porter l'embryon conçu par FIV avec les ovocytes de son partenaire.

Les motivations sont de divers ordres. Certaines se fondent sur un partage de parentalité, d'autres sur une indication médicale pour pallier une problématique gestationnelle ou ovocytaire. Les indications médicales peuvent être connues soit d'emblée, soit au cours des examens réalisés dans le cadre du projet parental.

Nous pensons qu'il faut distinguer d'une part les situations où le couple sollicite finalement le recours à la fécondation *in vitro* alors qu'une insémination serait peut-être la réponse la plus simple à un projet parental, et d'autre part les situations relevant de l'indication médicale. En effet, actuellement, lorsqu'une insuffisance ovarienne est diagnostiquée chez la femme qui veut être enceinte, nous ne pouvons pas utiliser les ovocytes de sa partenaire et nous sommes contraints d'orienter le couple vers un double don de gamètes ou un accueil d'embryons. Cela revient donc à utiliser des ovocytes d'une donneuse alors que des ovocytes sont présents chez la conjointe, ou à utiliser des embryons destinés à l'accueil. Ce phénomène accentue une tension déjà majeure sur le don d'ovocytes et l'accueil d'embryons. Nous serions donc favorables au partage d'ovocytes de la conjointe, dans ces situations.

Pour l'avenir, il est important que le cadre légal prévoie une personne fléchée à la coordination du don dans chaque centre autorisé afin de répondre rapidement, efficacement et dignement à chaque candidature de donneuse ou de donneur. Nous souhaiterions également une

clarification des modalités d'utilisation des gamètes conservées en contexte trans, notamment en termes de filiation.

Enfin, nous sollicitons une évaluation médico-économique des pratiques d'assistance médicale à la procréation, notamment une analyse du rapport entre l'investissement et le retour pour les patients et la société, aussi bien en AMP avec don de gamètes ou d'embryons qu'en préservation de la fertilité.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Derrière la question de l'accès à l'AMP se pose la question sous-jacente du droit à l'enfant. Est-il souhaitable de revendiquer ce droit à l'enfant ? Cette interrogation est d'ordre philosophique, mais il est nécessaire de la discuter dans le cadre du fléchage de nos moyens sur des politiques publiques. Il s'agit également d'un devoir de transparence et de clarté à l'égard de nos concitoyens.

Ce matin, le Dr Joëlle Belaisch-Allart, présidente d'honneur du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), déplorait que les médias valorisent des grossesses extrêmement tardives de célébrités après 45 ans, sans jamais mentionner qu'il s'agit en fait de dons d'ovocytes. Elle regrettait que ce genre de message cultive l'idée qu'il est possible de laisser filer le temps car la médecine fournira les solutions, ce qui est erroné. Avez-vous des recommandations à formuler dans ce domaine ? Considérez-vous au contraire que ces éléments sont en dehors de votre champ d'intervention ?

Ce sujet soulève également la question de l'accès aux centres d'AMP, qui a représenté un défi majeur ces cinq dernières années compte tenu du changement législatif, même si cette évolution était attendue et considérée comme légitime. L'afflux de demandes subséquent, cet « appel d'air », ne semble pas avoir été suffisamment anticipé. Vous évoquez les efforts réalisés pour s'adapter à cette nouvelle situation. Mais aujourd'hui, dispose-t-on de moyens suffisants et bien répartis sur le territoire français ? Observe-t-on des disparités clairement établies, par exemple entre les grandes métropoles et les petites villes de province ?

Comment se gère l'accès à l'AMP, aujourd'hui ? Il me semble avoir lu que, dans le cadre de l'accès à l'AMP, il n'est pas possible de répondre de la même façon et avec la même rapidité à toutes les demandes. À un certain moment, il faut donc établir une forme de hiérarchisation des situations. Mais comment cette hiérarchie est-elle établie ? Faut-il donner la priorité aux couples infertiles qui rencontrent des échecs depuis longtemps, ou bien favoriser un accès plus rapide aux femmes célibataires et aux couples lesbiens ? Comment ce processus est-il organisé ?

En dernier lieu, je souhaiterais pouvoir revenir sur la question spécifique du don de gamètes.

Pr Catherine Metzler-Guillemain. La question du droit à l'enfant est extrêmement large, pratiquement d'ordre philosophique, et va bien au-delà de nos champs d'activité. Mes propos concernaient plutôt la technique : le législateur ne peut imposer l'usage d'une telle technique jusqu'à un certain âge sans tenir compte d'aucun paramètre médical.

Tout le monde a-t-il un droit à l'enfant ? Je ne suis pas sûre de pouvoir répondre à cette question. Néanmoins, nous devons logiquement pouvoir prendre en charge les femmes pour lesquelles nous disposons de solutions, à condition que cette prise en charge intervienne dans un contexte médical cadré.

Par ailleurs, nous avons également dû subir l'utilisation de termes relayés par la presse, telles que « la PMA pour toutes ». Car cela est faux : la PMA n'est pas envisageable dans toutes les situations ; au-delà du droit, chaque cas médical est spécifique.

Pr Nathalie Rives. Il y a quelques années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait souhaité définir l'infertilité comme un handicap. En reliant la définition de l'infertilité au handicap, l'OMS insistait sur la possibilité de définir un droit à avoir un enfant. En réalité, le seul droit existant est celui de décider de souhaiter ou non d'avoir des enfants. Il n'existe pas de droit systématique à obtenir cet enfant.

J'étais présidente de la Fédération française des CECOS lors de la révision de la loi de bioéthique précédente. Je constate qu'au fur et à mesure des révisions de cette loi, le droit supplante l'autonomie de la décision médicale. Je ne connais pas d'autre spécialité médicale où le droit impose que tel ou tel patient doit ou non bénéficier de telle thérapeutique, en fonction de son âge.

Il est nécessaire d'établir un cadre légal pour définir la population qui peut bénéficier du recours à l'AMP. Mais les décisions médicales doivent ensuite être dirigées par les recommandations des experts dans le domaine. Nous déplorons donc le caractère de plus en plus intrusif de la loi de bioéthique sur la décision médicale.

La loi n'autorise pas la hiérarchisation, qu'elle considère comme une discrimination. En fonction des centres, l'organisation s'est établie différemment pour assurer une prise en charge équitable, égale entre les différents types de populations, entre les couples infertiles, les couples de femmes et femmes non mariées. Il faut également respecter le rang d'arrivée tout en prenant compte la rapidité avec laquelle ces demandeurs initient leur parcours.

En résumé, j'insiste sur la nécessité de respecter l'autonomie de la décision médicale, en sachant que, dans tous les centres, elle s'effectue dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire entre différents praticiens.

Pr Catherine Metzler-Guillemain. Je confirme la mauvaise anticipation de l'appel d'air. Pour y faire face, les équipes se sont mobilisées de manière exceptionnelle. Encore une fois, je tiens à les saluer ; elles ont permis, dans un délai raisonnable, de répondre à toutes ces nouvelles demandes. La bienveillance doit s'exercer à l'égard des patients, naturellement, mais aussi des équipes professionnelles, extrêmement mobilisées depuis de nombreuses années.

Les disparités territoriales existent effectivement. Elles sont liées aux régions, aux structures, à la manière dont les crédits sont réceptionnés au sein des CHU puis distribués aux centres d'AMP. Cette disparité doit susciter une vigilance accrue et il convient d'aider les professionnels à récupérer les crédits qui leur sont destinés, afin de répondre à une telle demande.

Nous ne hiérarchisons pas les receveurs en tiers donneurs. Nous tenons compte du flux d'arrivée des personnes en consultation. Par exemple, nous n'avons pas les moyens de recevoir et de programmer toutes les demandes de préservation de la fertilité pour raisons non médicales. En conséquence, nous les répartissons sur les années à venir, ce qui provoque plusieurs années d'attente dans de nombreux centres. De fait, nous devons remplir des missions spécifiques de réponse à des indications d'AMP, de préservation de la fertilité de tiers donneurs. Nous différons ce qui peut l'être, comme les préservations de la fertilité d'indication sociétale.

Pr Florence Eustache. Le flux de préservation de fertilité d'indication sociétale est extrêmement important. Les autorisations de prélèvement n'ont été données qu'aux centres publics, qui se sont retrouvés très rapidement débordés. Or notre spécialité concerne d'abord l'AMP intraconjugale, la préservation de la fertilité sur indication médicale. À un moment donné, dans la région parisienne, la moitié de l'activité des centres était absorbée par la préservation sociétale. Il a donc fallu réguler les flux ; les délais d'attente sont effectivement longs, car nous ne pouvons pas répondre simultanément à toutes les demandes. Face à ce droit, nous sommes soumis à des contraintes de moyens et d'organisation.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Peut-on parler de « bombe à retardement » s'agissant de la préservation des ovocytes, si nous ne parvenons pas à gérer correctement la situation ? Certains de vos collègues plaident en faveur de l'ouverture de la possibilité de ponction des ovocytes dans tous les centres de maternité, publics et privés, de manière à décharger les quelques centres qui la pratiquent aujourd'hui. Partagez-vous ce point de vue ?

Notre mission d'information doit raisonner en termes d'efficacité des politiques publiques par rapport à la relance de la natalité. À ce titre, la PMA constitue un chemin qu'il nous faut explorer en raison du recul de l'âge du premier enfant, des facteurs d'infertilité associés accrus par les facteurs environnementaux, des autres problématiques médicales. Je pense notamment à la très forte augmentation du nombre de cancers chez des populations assez jeunes. En conséquence, si vos centres étaient dotés de moyens humains, financiers et matériels nécessaires pour faire face l'afflux de demandes, pourrions-nous envisager que le nombre d'enfants nés par PMA passe de 4 % actuellement à 5 % dans deux ans ?

Ma troisième question a trait à la banque de gamètes disponibles. Comment mieux accompagner le don en France ? À titre personnel, ayant eu des enfants récemment, j'ai beaucoup fréquenté les maternités et autres centres ou espaces de suivi de grossesse. J'ai pu me rendre compte que l'on y parlait très peu des dons, par exemple des dons de lait, et encore moins des dons d'ovocytes ou de sperme, alors même que la patientèle y est importante. De fait, très peu de nos concitoyens sont sensibilisés à ce geste.

Comment parvenir à mieux en parler ? Faut-il passer par une simple campagne d'affichage publicitaire ? Faut-il en faire une part de nos programmes à l'éducation sexuelle, à partir du lycée par exemple ? De fait, si l'on ne parvient pas à relancer le don, le vide est comblé par les banques commerciales, au risque de basculer dans une société à deux vitesses, favorable aux plus privilégiés, mais également susceptible d'accélérer la marchandisation du corps.

Pr Catherine Metzler-Guillemain. Votre première question concerne la préservation de la fertilité, les ponctions des ovocytes et le stockage. Si des moyens supplémentaires nous sont alloués, nous parviendrons naturellement à mieux répondre aux demandes de femmes qui veulent stocker des ovocytes. Cependant, nous nous heurterons très rapidement à des contraintes d'espace ; les centres sont dimensionnés pour un certain niveau d'activité.

Ensuite, il faut évaluer le bénéfice de ce type de pratique pour les patientes et pour la société. Vont-elles utiliser les ovocytes stockés ? Vont-elles réaliser un projet parental sans les utiliser ? On nous dit souvent que ces ovocytes stockés pourraient être réorientés secondairement en vue de dons ; mais nous doutons de la faisabilité de cette option, surtout lorsque plusieurs années s'écoulent entre le stockage et la décision de vouloir donner.

J'ignore si de telles mesures permettront d'augmenter la natalité en France. En revanche, selon l'Agence de la biomédecine, alors que la part des enfants nés en AMP avec tiers donneur était de 5 % en 2019, elle est maintenant de 12 %, soit une hausse de 140 %. J'ignore si ces taux pourront encore s'apprécier. Je rappelle à titre de comparaison que le total des accouchements toutes AMP confondues s'est accru de 5 % sur la même période.

Quoi qu'il en soit, nous sommes très attachés à notre mission, laquelle consiste évidemment à recevoir les personnes qui le demandent, mais aussi à être présents pour toutes les candidatures de donneurs et de donneuses. Vous nous avez demandé comment augmenter le nombre de dons. Depuis quelques années, un certain nombre de campagnes d'information ont été déployées par l'Agence de la biomédecine afin d'augmenter le recrutement des candidats aux dons. Celles-ci ont engendré des effets indéniables sur les candidatures. Malheureusement, compte tenu des engorgements, celles-ci ne sont pas toujours traitées immédiatement, alors qu'elles devraient l'être en priorité. Il faut leur répondre immédiatement, organiser un parcours pour accueillir au plus vite les donneurs et les donneuses. Il s'agit là d'un enjeu majeur à court, moyen et long terme. C'est la raison pour laquelle nous préconisons l'existence d'une personne dédiée à la coordination du don dans chaque centre autorisé. Il serait regrettable de ne pouvoir honorer les candidatures au don alors que tant de demandes affluent.

Le système français de don est extraordinaire, dans la mesure où il est basé sur l'altruisme, sur la solidarité. Les personnes que nous voyons en consultation y sont très attachées. Pour pérenniser ce système, il faut envisager tous les moyens possibles afin d'augmenter le flux des candidatures et surtout les recevoir. À ce titre, les maternités constituent une cible intéressante. Avant que l'ABM ne s'intéresse au recrutement des donneurs et des donneuses, en tant que professionnels, nous nous rendions régulièrement dans les maternités pour distribuer des *flyers* et des affiches.

Les campagnes d'information sont essentielles, elles doivent être pérennisées, améliorées, mais elles portent leurs fruits. Il convient de s'interroger sur la manière de valoriser ce don, en dehors de tout aspect pécuniaire. Les donneuses et donneurs témoignent d'un réel engagement. La société devrait *a minima* être capable de rembourser aux donneurs les frais liés à leur démarche. Selon le guide édité par l'ABM, tous les frais devraient être compensés, mais en réalité certains ne le sont pas, par exemple les frais de garde d'enfant.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Le don d'ovocytes demeure une procédure relativement lourde et intrusive. Je pense à l'impact hormonal, à la ponction, aux multiples prises de sang et autres examens éventuels. Il n'existe pas de jours de carence pour les donneurs et donneuses alors qu'un tel dispositif devrait pouvoir être mis en place assez facilement.

Pr Nathalie Rives. Les mesures relatives à la prise en charge financière des donneurs et des donneuses sont antérieures à ces nouvelles dispositions liées à la carence. Nous ne disposons pas de beaucoup d'éléments à ce sujet. La situation est variable d'un CHU à l'autre. Dans celui où je travaille, la prise en charge des frais additionnels fonctionne bien.

Néanmoins, la question des moyens est fondamentale pour une prise en charge dans des délais raisonnables. Je considère que des réflexions doivent être menées concernant la conservation des ovocytes hors indication médicale. Il faut accroître le nombre de centres pour augmenter la prise en charge de ces femmes, et simultanément mettre en place les moyens d'évaluer l'efficacité, le taux d'utilisation selon les tranches d'âge concernées.

La limite d'âge est établie à 37 ans. Dans de nombreux endroits, les femmes âgées de 35 ou 36 ans ont peu de chances d'être prises en charge pour la conservation, compte tenu du flux des patientes concernées. Je suis loin d'être convaincue que le fait d'offrir de plus en plus d'AMP aura pour conséquence de relancer la natalité, dans la mesure où l'immense majorité des enfants sont conçus en dehors d'un projet d'AMP. Les couples infertiles qui n'arrivent pas à avoir un enfant, les couples de femmes, les femmes non mariées qui viennent nous voir témoignent de cette envie. Mais dans la majorité de la population, cette envie d'avoir cet enfant diminue. Nous espérons que le taux de natalité ne continuera pas à diminuer comme dans les autres pays européens. L'enjeu consiste bien à travailler sur la manière de recréer le désir d'enfant au sein de la population.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Il s'agit bien là du cœur de notre mission. Comment lever certains freins, qu'ils soient médicaux, socio-économiques, professionnels ou sociétaux ?

Les ovocytes conservés sont-ils utilisés ou non ? Dans ce domaine, l'engagement financier est élevé – la procédure coûte au moins 10 000 euros, dans son ensemble. Les ponctions sont parfois refusées quand les équipes médicales estiment que la qualité ovocytaire ne survivra pas à la congélation. En outre, la durée de la congélation peut également avoir un impact sur la qualité de l'ovocyte. En la matière, quels enseignements pouvons-nous tirer de l'expérience de nos voisins européens ?

Ensuite, compte tenu des contraintes pesant sur les moyens disponibles, je m'interroge sur le niveau de prise en charge par la société. Aujourd'hui, la France est de loin le pays qui prend le plus en charge les procédures de PMA, sur les plans quantitatif et qualitatif, avec quatre FIV et six inséminations. N'est-il pas plus réaliste de mettre un terme à une forme d'acharnement chez certains couples ? Quel est votre regard sur le niveau de prise en charge en France ?

Pr Florence Eustache. Nous avons mené une enquête auprès des femmes qui viennent chez nous pour effectuer une conservation pour indication sociétale. Seules 14 % d'entre elles se déclarent certaines d'utiliser les ovocytes ; 55 % disent qu'elles ne le savent pas encore. De fait, les données internationales témoignent d'un taux d'utilisation de 15 %. Certaines femmes auront des enfants et n'utiliseront pas leur stock d'ovocytes.

On ne sait pas préserver la fertilité, on sait conserver des ovocytes. Il faut absolument transmettre ce message aux femmes. Une des femmes dont j'assure le suivi pensait qu'avec vingt ovocytes, elle allait pouvoir avoir son enfant seule ; mais cela n'a pas fonctionné ainsi.

Lorsqu'il est question du désir d'enfant, il faut cesser de n'envisager la question que sur le plan des femmes. Nous ne pouvons que constater l'augmentation spectaculaire du nombre de vasectomies, une technique de contraception masculine. Les hommes que nous recevons nous disent qu'ils n'ont pas d'envie d'enfants « dans ce monde-là ». Entre 2009 et 2021, le nombre de vasectomies a été multiplié par dix.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Il faut relever que la vasectomie avait très peu cours en France, culturellement. La véritable question est de savoir le nombre d'hommes jeunes n'ayant pas d'enfants qui choisissent la vasectomie, par opposition à ceux qui ont déjà fondé leur famille et qui souhaitent se décharger de la contraception.

Pr Florence Eustache. Les vasectomies interviennent de plus en plus tôt. L'âge moyen a reculé de trois ans.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Ce fait doit être investigué sur le plan sociétal.

Pr Catherine Metzler-Guillemain. En dix ans, les conservations avant vasectomie ont été multipliées par dix dans nos centres – et par quatre entre 2019 et 2024.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Il s'agit donc d'hommes qui ne veulent plus concevoir naturellement un enfant. La question rejoint l'idée d'un contrôle total de sa vie. Ces hommes ne veulent pas nécessairement renoncer à un enfant, mais ils ne veulent surtout pas que cet enfant s'impose à eux.

Pr Nathalie Rives. Dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique, il n'a été question que de la PMA pour toutes les femmes, en laissant de côté les hommes. Aujourd'hui, la grande majorité des hommes qui décident de pratiquer une vasectomie ne conservent pas leurs spermatozoïdes. Ce faisant, ils expriment un souhait définitif de ne plus avoir d'enfants.

Par conséquent, il ne faut pas cibler uniquement les femmes dans les messages, mais également les hommes. Je rappelle que si les demandes de conservation de spermatozoïdes hors indication médicale sont possibles, dans les faits elles sont exceptionnelles. Les femmes demandent beaucoup, les hommes pratiquement pas.

La conservation des ovocytes est maintenant possible depuis plus de trois ans. Les données de la littérature indiquent que les femmes utilisent généralement ces ovocytes dans un délai maximal de trois à quatre ans. Il sera donc nécessaire de procéder à une évaluation. Je suis également d'accord pour estimer qu'il faudra peut-être repenser nos prises en charge pour mieux cibler les populations pour lesquelles les taux d'utilisation sont élevés et les chances de succès réelles.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Vous avez raison, la solidarité nationale ne peut pas faire face à tout.

Pr Catherine Metzler-Guillemain. Je tiens à préciser que la qualité des ovocytes congelés ne s'altère pas si les conditions de conservation sont correctes.

La séance est levée à quinze heures cinq.

Membres présents ou excusés

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

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