

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7^e LÉGISLATURE

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 M. Jean Rosenbaum, directeur de recherche à l'INSERM 2
- Présences en réunion 7

Lundi
17 novembre 2025
Séance de 16 heures

Compte rendu n° 27

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

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



La séance est ouverte à seize heures dix.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Nous accueillons M. Jean Rosenbaum, spécialiste de biologie cellulaire et directeur de recherche à l’Institut national de la santé et de la recherche médicale – l’INSERM, premier organisme public de recherche en biologie médicale et en santé publique, qui pilote notamment des études sur l’infertilité, la santé reproductive et la prématuroté, et qui organise des campagnes de prévention en direction du grand public.

M. Jean Rosenbaum, directeur de recherche à l’INSERM. Selon l’Organisation mondiale de la santé (OMS), l’infertilité se caractérise par l’impossibilité pour un couple souhaitant concevoir un enfant d’y parvenir après un an de rapports sexuels non protégés. Elle n’est pas la cause majeure de la baisse de la natalité mais elle y contribue en bout de chaîne, en quelque sorte. Elle est simple à expliquer mais difficile à mesurer, *a fortiori* dans une population nombreuse, parce qu’il faut conduire des entretiens personnalisés pour déterminer quand chaque couple entame son projet de conception.

Les études sur le sujet sont rares. En 2023, un rapport de l’OMS a montré que le taux de prévalence mondiale était de 17,5 % – un niveau élevé –, les écarts entre régions n’étant pas aussi grands qu’attendu. Mais il est difficile de déterminer si ce taux a beaucoup évolué au fil du temps. Pour contourner l’obstacle, l’Institute for Health Metrics and Evaluation de l’université de Washington, financé notamment par la fondation Bill et Melinda Gates, a étudié l’infertilité en comparant le nombre de couples essayant de procréer pendant cinq ans et le nombre de naissances vivantes. Même si la méthodologie est différente de celle de l’OMS, il en ressort de grandes tendances : dans tous les pays, le taux de fertilité a surtout diminué entre 1950 et 1990, mais n’a presque pas évolué depuis.

Autre méthode possible : la comparaison du taux de fertilité avec la hausse du nombre de procédures utilisant des techniques d’assistance médicale à la procréation (AMP), à cette réserve près que le lien n’est pas linéaire puisque l’offre médicale augmente et les couples y recourent davantage à mesure qu’ils sont mieux informés – au point que ces techniques suscitent globalement une confiance excessive par rapport à leur modeste taux de réussite, notamment en France.

Les causes de l’infertilité sont nombreuses. Chez la femme, certaines sont bien connues. L’endométriose, par exemple, touche 10 % des femmes ; des études sont en cours pour établir combien d’entre elles sont infertiles, et d’après les registres de l’Agence de biomédecine, un quart des femmes ayant recours à l’AMP souffrent de cette pathologie. Autres facteurs possibles : le syndrome des ovaires polykystiques, qui touche une femme sur dix, et d’autres maladies plus rares – obstruction des trompes, autres anomalies de l’appareil génital, infections.

Chez l’homme, une récente méta-analyse concluant à un effondrement vertigineux de la concentration de spermatozoïdes, abondamment relayée dans la presse, a été contredite par d’autres études, mais cette discordance peut s’expliquer en partie par les différences de méthode et des séries de données parfois lacunaires. Quoi qu’il en soit, il est prématuré de parler de baisse de la qualité du sperme en France, même s’il nous faut rester vigilants.

D’autres facteurs concernent les deux sexes : traitements médicaux, chimiothérapie, interventions chirurgicales. S’y ajoutent des causes environnementales : chez la femme, les effets du tabac et de l’alcool sont indéniables, de même que ceux du surpoids, mais ceux de la

marijuana sont encore contestés. Quant à l'impact des perturbateurs endocriniens, il est difficile à caractériser : pour établir qu'une substance est reprotoxique, il faut recueillir des données probantes dans des conditions proches de l'exposition réelle. Enfin, un quart des cas d'infertilité restent incompris : d'éventuelles causes génétiques sont notamment à l'étude.

Les travaux sur l'infertilité – et sur la santé des femmes – ont toujours été le parent pauvre de la recherche médicale. Aux États-Unis, le NIH (National Institutes of Health) ne consacre que 28 millions de dollars, soit 0,06 % de son budget, à la recherche sur l'endométriose, qui touche pourtant une femme sur dix. En France, l'Agence nationale de la recherche (ANR) n'a financé que huit études sur cette maladie entre 2015 et 2022, et en vingt ans d'existence, seuls 150 des quelque 28 000 projets qu'elle a financés ont porté sur l'infertilité, soit sept par an. Il reste beaucoup à faire.

Heureusement, dans le cadre du plan France 2030, l'État a chargé l'INSERM de piloter un PEPR – programmes et équipements prioritaires de recherche – à la suite du rapport Hamamah-Berlioux sur les causes de l'infertilité et du rapport Zacharopoulou proposant une stratégie nationale contre l'endométriose. Ce programme, que je coordonne et auquel est consacré un budget de 25 millions d'euros, a déjà permis de lancer plusieurs projets importants, dont une étude épidémiologique sur l'endométriose dotée de 6 millions d'euros qui devrait éclairer les risques pouvant causer cette maladie, sur laquelle travaille par ailleurs un consortium de douze équipes. Un autre consortium interdisciplinaire de vingt-cinq équipes a été constitué sur l'infertilité. Ajoutons-y les écoles thématiques pour jeunes chercheurs, le financement de thèses et d'études postdoctorales, et les travaux en lien avec les associations de patientes.

Ce PEPR est une très bonne chose mais avons encore une marge de progression : l'Australie, dont la population ne dépasse pas 40 % de la nôtre, consacre environ 50 millions à la recherche sur l'endométriose, et le Danemark, plus de dix fois moins peuplé que la France, vient de lancer un plan pour la santé des femmes doté de plus de 20 millions.

M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur. Comment mieux informer les futurs parents sur les problèmes d'infertilité ? Faut-il envisager une consultation ou un dépistage obligatoires ?

M. Jean Rosenbaum. Le rapport Hamamah-Berlioux préconise d'informer régulièrement le public, dès le collège et tout au long de la vie, sur la physiologie de la reproduction, le déclin de la fertilité avec l'âge, les limites des techniques d'assistance médicale à la procréation et les facteurs de risque d'infertilité. Il propose également des consultations ciblées pour détecter une potentielle altération de la fertilité chez les jeunes couples, ainsi qu'une première consultation médicale approfondie dès l'adolescence.

Mme la présidente Constance de Pélichy. La fertilité peut varier avec l'âge, dans un sens comme dans l'autre. De telles consultations ne risquent-elles pas d'imposer une pression indue ?

Autre chose : il existe un tabou autour de la fertilité masculine en général et de son lien avec le vieillissement en particulier. Qu'en pensez-vous ?

L'éducation à la vie affective et relationnelle et à la sexualité (EVARS) vous paraît-elle un bon moyen de sensibiliser les jeunes dès le collège ?

Un mot sur les techniques d'AMP qui, en effet, suscitent une confiance parfois excessive, comme du reste la congélation ovocytaire. Peut-on expliquer que certains de nos voisins obtiennent un meilleur taux de succès de l'AMP par le fait qu'ils autorisent des techniques que nous interdisons ? Ou est-ce parce que la prise en charge est si généreuse en France que ces procédures sont proposées à des couples présentant de forts troubles de la fertilité qui, ailleurs, en auraient été exclus parce qu'elles sont beaucoup plus chères ?

Enfin, que pensez-vous des moyens alloués aux centres de procréation médicalement assistée (PMA) et de l'accueil qui y est dispensé ?

M. Jean Rosenbaum. Que l'accès à la PMA soit plus étendu en France que chez nos voisins, c'est indéniable. Il se peut donc que les populations concernées n'aient pas la même répartition qu'ailleurs.

Au sujet des consultations, l'essentiel est que les jeunes soient mieux informés, non seulement de la physiologie mais aussi des risques d'exposition. Une consultation obligatoire permettrait aussi d'enfoncer le clou sur les risques liés au tabac, à l'alcool, aux substances récréatives, au surpoids. Quant à l'opportunité d'étendre systématiquement les consultations fertilité à tous les couples, je ne saurais vous répondre ; la question est plutôt d'ordre médical. Il en va de même pour l'accueil dans les centres de PMA : c'est un sujet spécialisé sur lequel je ne peux me prononcer.

S'agissant de la PMA, justement, il est vrai que certains pays voisins obtiennent de meilleurs résultats, mais il existe aussi des écarts importants entre régions françaises, qu'on peut expliquer en partie par les caractéristiques des populations concernées, mais aussi par les compétences techniques de grands centres expérimentés – cela vaut naturellement pour bien d'autres disciplines médicales.

Le tabou de l'infertilité masculine est davantage un problème de société, mais il serait utile d'y sensibiliser très tôt les jeunes.

M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur. L'INSERM participe activement à la lutte contre la désinformation. Quelles sont les fausses informations qui circulent concernant l'infertilité et comment les combattre ?

M. Jean Rosenbaum. En matière de santé reproductive, tout circule. Le désespoir pousse parfois les couples qui n'arrivent pas à avoir d'enfant à écouter des voix qui n'ont guère de valeur scientifique, par exemple sur le caractère magique de certaines substances et de pratiques douteuses voire dangereuses censées améliorer la fertilité. Il faut donc tenir le discours le plus clair, ce que fait l'INSERM depuis longtemps par ses campagnes de diffusion d'informations fiables auprès du grand public sur les causes de l'infertilité – qu'il s'agisse du syndrome des ovaires polykystiques ou de l'endométriose, par exemple – et sur les techniques d'aide médicale à la procréation. Ces campagnes prennent la forme de dossiers thématiques publiés sur le site de l'Institut ; nous avons aussi un « Canal détox » qui contrecarre des rumeurs insistantes et néfastes.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Avez-vous des exemples concrets de fausses informations sur la fertilité ? Les préconisations que nous formulerois dans le rapport pourraient contribuer à les déconstruire.

M. Jean Rosenbaum. Il circule sur les réseaux sociaux des messages encourageant la consommation d'aliments censés favoriser la fertilité – l'ananas, l'huile d'olive ou les sardines, par exemple –, qui ne reposent évidemment sur aucune preuve scientifique. Le traitement de l'endométriose donne aussi lieu à toutes sortes de recommandations : le « féminin sacré » ou d'autres théories qui n'ont aucun sens mais qui peuvent trouver une oreille attentive chez des personnes fragiles ou désespérées. Tout n'est pas dangereux pour la santé, quoique souvent bien plus pour le portefeuille. Surtout, cette désinformation détourne de l'accès à de véritables solutions – comme ce fut le cas pour le cancer.

Mme la présidente Constance de Pélichy. L'INSERM met souvent en garde contre l'impact de substances comme les perturbateurs endocriniens sur la spermatogenèse. Êtes-vous en mesure de nous alerter sur certaines d'entre elles en particulier, par exemple le bisphénol A, et peut-on confirmer un lien de causalité ? Estimez-vous que le cadre réglementaire français et européen – notamment le règlement REACH – protège suffisamment les populations contre les risques d'infertilité que présentent ces substances, ou préconisez-vous de le modifier ?

M. Jean Rosenbaum. La réglementation européenne classe les substances reprotoxiques en trois catégories : dans la catégorie 1A, le caractère reprotoxique est avéré ; dans la catégorie 1B, il est probable ; dans la catégorie 2, il est avéré ou probable chez l'animal.

Les substances classées dans la catégorie 1A sont peu nombreuses, parce qu'il est très difficile d'aboutir au niveau de preuve suffisant et que l'élaboration de la réglementation est longue et fait intervenir de nombreux acteurs. Néanmoins, de nombreuses substances figurant dans la catégorie 1B finiront par être classées 1A ; il faut donc les envisager avec la plus grande vigilance. Le bisphénol, par exemple, n'est pas encore 1A bien qu'on soit certain qu'il est reprotoxique ; idem pour les phtalates, dont les effets anti-androgéniques et l'impact sur la spermatogenèse sont avérés. De plus, des expériences consistant à exposer certains animaux à de faibles concentrations de phtalates similaires à celles qu'on observe dans le sang de personnes ont montré que leur spermatogenèse s'en trouve altérée, avec des effets anti-androgéniques. En revanche, je ne peux pas dire avec certitude qu'il y a une incidence sur la fertilité.

La difficulté de telles expériences tient au fait que les animaux doivent être exposés pendant longtemps à de faibles doses, et dans l'idéal non pas à une seule substance mais à un cocktail, comme nous le sommes, à quoi il faudrait associer le surpoids et l'exposition à d'autres risques. Des études en ce sens sont en cours dans le cadre de France 2030 – car notre pays est particulièrement actif sur ces questions – et d'autres sont conduites à l'étranger.

L'INSERM et le CHU de Rennes ont récemment publié une étude épidémiologique sur le chlordécone en Guadeloupe, qui établit une relation linéaire entre la concentration de cette substance dans le sang des femmes et la difficulté à concevoir. Elle ne fournit certes pas de preuve expérimentale mais confirme le risque accru, qu'on pouvait pressentir, entre l'exposition au chlordécone et l'infertilité.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Plus généralement, de quelles données scientifiques disposons-nous sur les risques liés à l'exposition aux pesticides et autres substances de synthèse utilisées en agriculture ?

M. Jean Rosenbaum. Des études sont en cours sur des cohortes d'agriculteurs exposés à certains produits, par exemple destinés au traitement de la vigne, mais j'ignore si

elles englobent la question de la fertilité. Vu le nombre de cohortes concernées, dont certaines concernent le couple mère-enfant, je serais étonné, cependant, que ce ne soit pas le cas.

Le règlement REACH a été une avancée majeure – on partait de rien – mais on peut encore progresser. Il faut notamment affiner la réglementation au sujet de l'exposition à des mélanges de produits – l'effet cocktail, qui n'est pas encore pris en compte. Par ailleurs, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) coordonne depuis 2022 un programme de recherche européen, le partenariat pour l'évaluation des risques liés aux substances chimiques, qui a pour but d'identifier les tests les plus pertinents pour détecter les risques que présentent les produits chimiques émergents et pour identifier les mélanges chimiques les plus préoccupants – ce qui permettra de préparer un règlement REACH 2.

Les conséquences à long terme sur la santé des enfants de l'exposition des deux parents sont assez bien documentées. Une étude de 2022 a montré que l'exposition prénatale aux perturbateurs endocriniens, à l'alcool et aux pesticides organophosphorés est associée à des troubles du développement cognitif. En Bretagne, l'étude Pélagie, qui porte sur une très riche cohorte mères-enfants, révèle que l'exposition prénatale à différents types de toxines peut augmenter le risque d'obésité et de syndrome métabolique chez l'enfant, de même que le risque d'hyperactivité et certains risques pour la santé reproductive des garçons comme des filles. En revanche, elle ne montre pas de lien avéré entre l'exposition prénatale aux polluants éternels et la santé cardio-métabolique.

En clair, nous disposons d'un nombre croissant de preuves que l'exposition des mères entraîne des risques sanitaires variés chez les enfants. Les études sont moins faciles à conduire chez les pères, mais des éléments commencent à nous parvenir.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Je vous remercie d'avoir participé à nos travaux pour nous aider à mesurer l'impact des facteurs environnementaux sur la baisse de la fertilité, donc de la natalité. Je retiens qu'ils ne suffisent pas à l'expliquer mais qu'il faudrait leur consacrer des moyens plus importants.

M. Jean Rosenbaum. En effet, les facteurs environnementaux n'expliquent pas la baisse de la natalité à travers celle de la fertilité, mais ils peuvent avoir une incidence par d'autres voies liées à l'évolution de la société.

La séance s'achève à quinze heures cinquante-cinq.

Membres présents ou excusés

Présents. — M. Jérémie Patrier-Leitus, Mme Constance de Pélichy, Mme Béatrice Piron
Mme Sophie-Laurence Roy

Excusé. — M. Thibault Bazin