



L'infertilité et les spectres de l'hétérosexualité

**Contre le « réarmement démographique »
2/2**

Armelle Andro
Paru sur AOC – Janvier 2026

Présentée comme une réponse à la « crise démographique », la lutte contre l'infertilité déployée par le gouvernement transforme un problème de santé en outil de politique nataliste. Cette approche occulte les véritables déterminants du phénomène et reconduit une vision normative de la parentalité, centrée sur le couple hétérosexuel.



Dans ce contexte¹ qualifié de « crise démographique » où la baisse du nombre des naissances s'accompagne de préoccupations grandissantes concernant l'avenir des équilibres démographiques, la ministre de la santé, Stéphanie Rist, a été auditionnée le 15 décembre 2025 par la mission d'information parlementaire sur la baisse de la natalité. Après avoir abordé les enjeux liés aux conditions concrètes d'exercice de la parentalité, depuis le suivi de grossesse jusqu'à l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle, elle a annoncé la mobilisation de son ministère autour de la question de l'infertilité, désormais érigée en priorité nationale.

S'appuyant sur le chiffre de 3,3 millions de Français concernés, la ministre a évoqué la pluralité des facteurs explicatifs du phénomène – médicaux, environnementaux et sociétaux – avant de présenter un plan national de lutte contre l'infertilité articulé autour de quatre axes : la prévention, la recherche, la prise en charge et la sensibilisation. Parmi les mesures annoncées figure notamment un dispositif d'information « précoce », prévoyant l'envoi par l'Assurance maladie, dès l'âge de 29 ans, d'un message portant sur la santé reproductive. La ministre a conclu son intervention en précisant que « ce n'est certes pas à l'État de demander aux familles de faire des enfants, mais c'est son rôle de créer les conditions pour qu'elles le puissent ». Ces déclarations interviennent deux ans après la conférence de presse du 16 janvier 2024 au cours de laquelle le Président de la République avait annoncé qu'« un grand plan de lutte contre ce fléau sera engagé » au nom du « réarmement démographique ».

¹ Armelle Andro, *Remettre la démographie à sa place*, AOC, 13 janvier 2026
<https://aoc.media/analyse/2026/01/12/remettre-la-demographie-a-sa-place/>
Aussi publié sur tarage :
<https://tarage.noblogs.org/remettre-la-demographie-a-sa-place-armelle-andro/>

Le vocabulaire martial et la causalité suggérée entre ces deux phénomènes avaient été accueillis très froidement par les médecins et les chercheurs spécialistes de la santé reproductive, qui n'ont cessé, depuis, de rappeler que cette équation simplificatrice qui fait de l'infertilité la cause directe de la baisse des naissances, est scientifiquement bancale et politiquement problématique. Elle déploie une forme de natalisme insidieux qui s'appuie sur un problème réel de santé publique, éprouvé de façon intime par toutes celles et ceux qui ne parviennent à concrétiser un projet de parentalité, pour en faire un levier de mobilisation démographique. L'infertilité est un objet à double fond. Elle est, simultanément, une expérience intime, une condition biomédicale, un marché de technologies, et un terrain de gouvernement des conduites. Cette deuxième dimension oblige plutôt à regarder comment la cause de l'infertilité est *fabriquée* par l'action publique : quels mots l'installent dans l'espace public, quels instruments sont mobilisés et surtout quels publics sont considérés comme concernés et donc rendus légitimes.

Une position minoritaire dans le contexte européen

Malgré la mise à l'agenda partout de la « crise démographique », ce cadrage centré sur l'infertilité demeure minoritaire en Europe et il est d'autant plus incongru que la France n'est pas, au regard des niveaux de fécondité, le pays le plus concerné sur le continent. La prise en charge de l'infertilité varie beaucoup d'un pays européen à l'autre², non seulement en termes de techniques et d'encadrement légal, mais elle varie aussi en termes de régimes de justification. Dans la plupart des pays européens, c'est une logique de santé et de droits qui prévaut. L'infertilité y est comprise comme une condition médicale aux causes multiples qui sont à la fois biologiques et sociales. La prise en charge relève de l'équité, de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

² Atlas interactif (en anglais) à propos de la santé sexuelle et reproductive. Il permet d'explorer et comparer les politiques publiques en termes de contraception, cancer du col de l'utérus, avortement, aide à la procréation etc.
<https://fertility.srhrpolicyhub.org/>

A contrario, dans un petit groupe de pays européens, le registre de justification de l'action publique s'est récemment explicitement inscrit dans une logique démographique et l'infertilité y est lue au prisme de la baisse du nombre des naissances. La Hongrie (de Viktor Orbán) et l'Italie (de Giorgia Meloni) ont été les premiers à mettre en œuvre des politiques de population dans lesquelles l'infertilité devient un opérateur de politique démographique assumé. Le gouvernement italien a publié un document-cadre explicitement intitulé *Piano Nazionale per la Fertilità*, adossé à une journée de mobilisation publique (*Fertility Day*) et à une philosophie de prévention qui entend agir sur les comportements et les calendriers de vie. La Hongrie a quant à elle mis en œuvre une politique de médecine reproductive proactive et explicitement au service de la « souveraineté démographique » du pays. Avec l'inscription du plan de lutte contre l'infertilité dans le récit du « réarmement démographique », la France semble malheureusement rejoindre ce groupe.

Les États européens ont toujours eu des politiques familiales³ adossées à une forme de natalisme soft coexistant avec l'extension des droits sexuels et reproductifs. Mais l'infertilité va jouer ici un rôle de passerelle : elle autorise un discours centré sur l'aide et le soin, tout en rendant possible le retour d'une grammaire démographique sans avoir à assumer frontalement le mot *natalisme*. La prise en charge de l'infertilité devient ainsi un terrain privilégié où se rejoue, sous des formes modernisées, le vieux dilemme des politiques reproductives qui imbrique les expériences intimes et les objectifs collectifs.

Focaliser sur certaines causes de l'infertilité...

Les déclarations du président de la République prenaient appui sur les conclusions du *Rapport*⁴ *sur les causes d'infertilité : Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité*, publié en février 2022 et qui proposait alors un ensemble de recommandations en matière de prévention, d'information et de prise en charge des causes de l'infertilité

³ Armelle Andro, *Remettre la démographie à sa place*, op. cit.

⁴ Samir Hamamah, Saolmé Berlioux, 2022, *Rapport sur les causes d'infertilité Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité*
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sur_les_causes_d_infertilite.pdf

identifiées par les études épidémiologiques. Si les auteurs du rapport insistaient bien sur le fait que ces causes sont multiples, ils mettaient particulièrement l'accent sur la question de l'âge : plus on attend pour mener à bien un projet d'enfant et plus la probabilité de rencontrer des difficultés de conception augmente.

Les études cliniques ont en effet démontré depuis longtemps qu'il existe une diminution de la fertilité avec l'âge quand de leur côté, les démographes ont montré que le recul de l'âge au premier enfant constitue, sauf changement dans la temporalité des naissances⁵, une explication mécanique de la baisse de la fécondité. Ces deux corpus de travaux scientifiques entrent en résonance avec le lieu commun de l'« horloge biologique », qui fonctionne, comme l'a montré Charlotte Debest⁶, comme un registre d'injonction essentiellement adressé aux femmes, les enjoignant à se conformer à un calendrier reproductif socialement prescrit. Au cœur de l'ordre social nataliste, ce poncif opère en concentrant la pression temporelle sur la fertilité féminine et en instillant la « peur du regret », transformant la maternité en échéance naturalisée. Parmi les préconisations formulées par ce rapport, on trouve une véritable instrumentalisation des enseignements d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS) à des fins ouvertement natalistes dès l'adolescence. Cette approche véhicule ainsi un impératif très problématique sur la nécessité de ne pas différer son projet parental.

Dans une perspective de santé publique, la prévention et le dépistage peuvent certes améliorer la santé préconceptionnelle et réduire les pertes de chance, mais ils sont aussi susceptibles, selon le cadrage politique adopté, de glisser vers une hiérarchisation morale des projets parentaux en fonction de leur légitimité présumée. Ce glissement normatif produit des effets tangibles au niveau du registre de justification de l'intervention publique qui ne repose plus uniquement sur la reconnaissance d'un impératif de réduction des inégalités d'accès à la parentalité, mais qui poursuit une finalité nataliste. Il modifie très sensiblement la tonalité de l'action publique : la prévention se

⁵ Bongaarts, John, and Griffith Feeney. "On the Quantum and Tempo of Fertility." *Population and Development Review*, vol. 24, no. 2, 1998, pp. 271–91.
<https://doi.org/10.2307/2807974>

⁶ Charlotte Debest, *Elles vont finir seules avec leurs chats*, 2025, Editions La Meute.
<https://leseditionslameute.com/>

teinte d'injonction, la démarche pédagogique de culpabilisation, l'information de moralisation.

Ce qui a particulièrement retenu l'attention des spécialistes dans les recommandations de ce rapport, c'est l'affirmation d'un besoin de renforcer la recherche sur les déterminants de l'infertilité. Le débat public tend à privilégier les facteurs les plus mesurables et aisément convertibles en recommandations comportementales individuelles comme l'âge, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) ou certaines substances toxiques (tabac, alcool, cannabis) qui s'inscrivent dans un répertoire de prévention solidement établi.

Mais cette focalisation produit toutefois un effet d'écran en construisant un récit simplifié qui opère un déplacement de la responsabilité vers les individus et invisibilise ce qui relève de dimensions plus complexes à traiter. C'est précisément ce que souligne Stéphane Viville lorsqu'il rappelle, dans *Le Monde*⁷, que « la première des préventions est politique et éducative » : prendre au sérieux la notion de déterminants de l'infertilité implique d'aborder frontalement la question des expositions environnementales notamment à travers l'exposition aux pesticides, aux perturbateurs endocriniens, aux polluants atmosphériques et plus insidieusement à l'alimentation ultra transformée, autrement dit des facteurs qui renvoient directement à la réglementation, aux normes de production et aux choix collectifs. Sans ce déplacement du regard, l'appel à la recherche de ce plan national à venir risque de se réduire à un exercice tautologique : confirmer ce qui est déjà établi, tout en laissant intacte la dimension la plus structurale du problème.

... sans vraiment connaître l'ampleur de l'infertilité dans la population.

Selon la définition de l'OMS, « l'infertilité est une maladie du système reproducteur (masculin ou féminin). Elle est définie par le fait de ne pas parvenir à obtenir une grossesse après 12 mois ou plus de

⁷ Pascale Santi, Stéphane Viville, chercheur : « Face à l'infertilité, la première des préventions est politique et éducative », *Le Monde*, premier janvier 2026.
https://www.lemonde.fr/societe/article/2026/01/01/stephane-viville-chercheur-face-a-l-infertilite-la-premiere-des-preventions-est-politique-et-educative_6660226_3224.html

rapports sexuels réguliers non protégés et sans utiliser de méthode de contraception c'est-à-dire avec une exposition répétée à une possible conception ». Un point de vocabulaire complique souvent la discussion, y compris dans la littérature scientifique : en français, on distingue assez clairement la fécondité (au sens démographique, c'est-à-dire les naissances observées, les taux et calendriers de naissance) et la fertilité (au sens biomédical, la capacité à concevoir).

En anglais, en revanche, le terme *fertility* recouvre fréquemment les deux registres, tandis que *fecundity*, plus technique – est réservé à certaines traditions démographiques ou épidémiologiques pour désigner la capacité biologique. Cette asymétrie lexicale n'est pas anodine : elle peut brouiller la lecture des résultats, surtout quand on mobilise des travaux internationaux et qu'on passe sans cesse d'indicateurs de *fertility rates* (fécondité) à des mesures d'*infertility* (fertilité/fécondabilité). Autrement dit, la confusion terminologique conduit parfois à faire une analogie entre un constat sur les comportements reproductifs et les calendriers de naissance, d'une part, et une interprétation en termes de pathologie ou de déclin biologique, d'autre part, avec des effets directs sur la manière dont on sélectionne, compare et interprète les preuves scientifiques.

Malgré la visibilité croissante de la médecine de la reproduction et des discours publics sur l'existence d'une crise de la fertilité, il reste difficile d'affirmer, sur des bases de recherches *evidence-based*, que l'infertilité augmente nettement en population générale. L'OMS⁸ souligne en effet que les estimations disponibles reposent sur des sources hétérogènes qui mobilisent des définitions variables et sont peu comparables en termes de populations et de périodes observées ou encore de dispositifs d'enquête. Cet état des recherches limite fortement la capacité à documenter des tendances temporelles robustes à long terme. Pour autant, plusieurs signaux convergent et entretiennent l'hypothèse d'une progression pour une partie des couples hétérosexuels souhaitant avoir des enfants.

Il y a bien une hausse du recours aux services de médecine procréative dans plusieurs pays mais l'enjeu est précisément de renforcer les

⁸ *Infertilité*, Novembre 2025

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

mesures populationnelles comparables afin de distinguer ce qui relève d'une évolution des risques biologiques de ce qui relève des transformations sociales et institutionnelles de la procréation. En France comme ailleurs, on dispose de peu de données récentes et directement comparables pour mesurer l'infertilité⁹ en population générale, ce qui explique que le débat public s'appuie souvent sur quelques enquêtes phares et, le plus souvent, sur des indicateurs de recours aux soins. Il est, dans les faits, très difficile de mesurer l'ampleur du phénomène. Tout dépend en effet de ce que l'on entend par « mesurer l'infertilité ».

La première façon est de tenter de mesurer son ampleur dans l'ensemble de la population c'est-à-dire de compter le nombre de personnes concernées par des délais de conceptions « anormaux » ou plus indirectement, le recours aux soins. Si l'on se limite aux mesures objectivées à l'échelle nationale fondées sur le délai de conception, les principaux repères français sont l'Enquête Nationale Périnatale de 2003 (14 187 femmes venant d'accoucher) qui permet une estimation indirecte centrée sur les naissances et l'enquête Obseff (2007–2008), basée sur un échantillon aléatoire national de 867 couples n'utilisant pas de contraception qui est souvent mobilisée pour estimer l'« infécondité involontaire » après 12 ou 24 mois. Mais on voit bien qu'il est impossible de mesurer l'infertilité des personnes qui n'ont pas essayé d'avoir des enfants.

L'autre manière d'appréhender le phénomène est de l'analyser à travers le recours à la médecine procréative. Ce sont les sources données les plus disponibles et de fait la connaissance statistique du phénomène repose davantage sur ces données de prise en charge. En France, des travaux récents¹⁰ ont exploité notamment les données de l'Assurance Maladie (2008–2017) pour documenter le recours annuel aux traitements de l'infertilité, ce qui mesure alors les parcours de soins et qui n'est pas la prévalence biologique en population.

⁹ *Infertilité*, Septembre 2019

<https://www.inserm.fr/dossier/infertilite/>

¹⁰ Khaoula Ben Messaoud, Jean Bouyer, and Elise de La Rochebrochard (2020), *Infertility Treatment in France, 2008–2017: A Challenge of Growing Treatment Needs at Older Ages*, *American Journal of Public Health* 110, 1418–1420, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305781>

Enfin, pour l'aide médicale à la procréation, il existe des séries statistiques plus anciennes¹¹, comme le registre FIVNAT (à partir de 1986), mais ces sources décrivent là encore l'activité médicale plutôt que l'infertilité dans la population générale. Les spécialistes¹² ont d'ailleurs proposé de ne pas s'intéresser uniquement à l'infertilité comme diagnostic médical mais aussi à l'infertilité ressentie, c'est-à-dire telle qu'elle est vécue et déclarée dans des enquêtes : le sentiment d'avoir rencontré un problème pour concevoir un enfant peut augmenter indépendamment d'une hausse réelle des échecs reproductifs, et dépend aussi des attentes, des normes et des temporalités sociales qui entourent la procréation. Dès lors, analyser l'infertilité par le prisme du ressenti permet de saisir la manière dont l'expérience de l'attente, les parcours de consultation et la médicalisation contribuent à définir ce qui est perçu comme un problème de fécondité.

Mais au-delà de cette critique basée sur le manque de résultats scientifiques récents et solides sur la mesure de l'infertilité, ce récit qui lie la natalité à l'infertilité est extrêmement problématique dans ses implicites. Le tournant nataliste de la prise en charge de l'infertilité réactive le vieil ordre du genre. Ce déplacement, après celui de la « crise démographique », achève de remettre en selle, dans les catégories de l'action publique comme dans les imaginaires qu'elle légitime, des approches hétéronormatives qui continuent de gouverner la reproduction, en naturalisant un modèle de filiation et de sexualité comme horizon implicite de la parentalité.

Mettre la question de l'infertilité au premier plan relègue au second plan les enjeux, pourtant décisifs, des projets parentaux tels qu'on les a analysés précédemment¹³. Or au-delà de l'âge, c'est la diversité des trajectoires biographiques et intimes, les inégalités socio-économiques et de genre et les barrières à l'accès aux soins de santé

¹¹ Elise de La Rochebrochard (2018), *1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France*, Population et sociétés, n°556, juin 2018
<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/1-enfant-sur-30-concu-par-assistance-medecale-a-la-procreation-en-france/>

¹² Elise de La Rochebrochard, Henri Leridon (2005), *L'extension du recours à l'aide médicale pour procréer s'accompagne-t-elle d'un sentiment croissant d'infertilité dans la population française ?* XXVe Congrès International de la Population (UIESP) – Tours 18-23 juillet 2005
<https://ipc2005.popconf.org/papers/51269>

¹³ Armelle Andro, *Remettre la démographie à sa place*, op. cit.

sexuelle et reproductive qui structurent et conditionnent concrètement le désir de parentalité.

L'hétérosexualité comme infrastructure fantôme

L'ensemble des analyses scientifiques et politiques qui mettent en récit les questions d'infertilité repose sur une infrastructure rarement explicitée parce que considérée comme allant de soi : l'organisation hétérosexuelle de la reproduction. Le terme « hétérosexuelle » doit ici être entendu dans son acception la plus extensive, comme désignant une organisation sociale qui articule à la fois l'orientation sexuelle en tant qu'identité sociale et les pratiques sexuelles en tant que scripts encadrant la sexualité. Cette organisation postule un certain type de conjugalité, de temporalités sociales, de sexualité et de filiation à partir duquel l'infertilité acquiert son intelligibilité en tant que problème public.

En effet, en posant comme principe que l'infertilité relève d'abord et avant tout d'une question d'âge, on la réduit à des causes strictement biologiques et on évacue sa dimension sociale. Cette lecture s'appuie généralement sur la définition biomédicale standard c'est à dire l'absence de grossesse après « douze mois de rapports sexuels réguliers sans contraception », définition qui renvoie à un problème de fécondabilité, c'est-à-dire de probabilité de concevoir suite à un rapport hétérosexuel avec une pénétration pénovaginale. Or, cette manière de mesurer et de conceptualiser l'infertilité présuppose un cadre très spécifique : un couple hétérosexuel stable, des rapports pénovaginaux réguliers, et un projet procréatif reposant exclusivement sur la sexualité reproductive. En naturalisant ce cadre comme norme implicite, cette définition le fait disparaître en tant que construction sociale particulière.

Ce faisant, elle occulte systématiquement d'autres situations dans lesquelles on peut se trouver infertile au sens pratique et expérientiel du terme, non par défaut de capacité biologique à concevoir, mais parce que l'on n'est pas inscrit dans la configuration sociale et conjugale rendant la conception sexuée possible. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'on est en couple de même sexe où l'infertilité n'est

pas liée à un dysfonctionnement physiologique mais à l'absence structurelle de gamètes complémentaires, lorsqu'on est célibataire et que l'on souhaite devenir parent sans partenaire sexuel, ou encore lorsqu'on est engagé dans des formes de conjugalité où la procréation ne transite pas par le coït (couples ne souhaitant pas ou ne pouvant pas avoir de rapports sexuels pénétratifs pour des raisons médicales ou autres).

Dans l'ensemble de ces situations, l'infertilité n'est pas seulement un phénomène corporel ou médical mais elle est également, et de manière centrale, le produit d'un ordre social et institutionnel qui conditionne l'accès à la parentalité en le réservant implicitement à un modèle conjugal et sexuel spécifique. Autrement dit, ce qui apparaît comme une limite biologique individuelle relève en réalité d'une organisation collective qui détermine qui peut concevoir, dans quelles conditions, et selon quelles modalités légitimes.

D'abord, le sujet implicite des récits de l'infertilité reste le couple hétérosexuel. Les autres configurations (couples de femmes, personnes seules, parcours trans, projets parentaux hors coït) sont alors traitées comme des cas à part qui n'entrent dans l'espace public que par le droit, l'éthique, la gestion administrative, plus que par la définition même de l'infertilité. L'hétérosexualité n'est pas proclamée et elle sert de référence muette qui structure ce que l'on mesure, ce que l'on dépiste, ce que l'on priorise.

Cet implicite hétérosexuel est profondément structuré par le genre. La norme de la sexualité « naturelle » est non seulement hétérosexuelle mais elle repose également sur une division genrée et asymétrique des responsabilités. Lorsque l'âge, la prévention et l'anticipation sont érigés en principes directeurs, la charge de la conformité reproductive pèse prioritairement sur les femmes : à elles revient la gestion du calendrier procréatif, la vigilance à l'égard des signaux corporels, le fardeau de la « décision éclairée » au moment adéquat.

Les hommes figurent certes dans ce récit préventif, mais le plus souvent comme variable secondaire, alors même que la santé reproductive masculine et les expositions environnementales qui l'affectent constituent des enjeux scientifiques majeurs. La place assignée aux hommes dans ce dispositif demeure certes présente, mais elle se

limite le plus souvent à une performance fonctionnelle (qualité spermatique, capacité érectile, « fonctionnement » physiologique), reconduisant ainsi un autre fondement du script pénétratif : la centralité phallique comme référent de la sexualité socialement valorisée.

La conséquence, classique, est de réinstaller, de manière implicite, la division genrée du travail reproductif : Rozée et Mazuy avaient analysé¹⁴ précisément comment les démarches de prise en charge de l'infertilité dans les couples hétérosexuels, au-delà de leur dimension strictement médicale, se constituaient en « échec » socialement situé mettant les couples à l'épreuve des normes d'entrée en parentalité et des normes de genre. Les femmes tendant à multiplier les protocoles pour accélérer l'avènement d'une grossesse et rester dans la norme, tandis que l'infertilité demeurerait moins dicible et plus fortement taboue du côté des hommes, révélant l'asymétrie genrée qui traverse ces expériences.

Or cette norme fantôme devient extrêmement problématique lorsque la reproduction est appréhendée à travers le prisme nataliste. Les parcours intimes sont alors requalifiés en paramètres d'une équation nationale, et l'on glisse insensiblement d'une politique de soutien aux projets individuels à une politique de régulation des comportements sous les oripeaux de la « prévention de l'infertilité ».

Le spectre de la « bonne sexualité » hétéropénétrative

Adossée aux outils de la clinique et de la santé publique, l'économie politique de l'infertilité conduit à opérer une double réduction : celle de la sexualité à sa fonction reproductrice et celle des parcours de vie à une trajectoire linéaire et normée. Lorsque l'action publique s'oriente vers le registre de la prévention de l'infertilité à travers l'information sur la fertilité, la promotion du « bon timing reproductif » ou le repérage précoce des difficultés, elle réactive implicitement l'idée qu'il existerait une sexualité légitime enchâssée dans une vie

¹⁴ Rozée, V. et Mazuy, M. (2012). L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l'échec. *Sciences sociales et santé*, 30(4), 5-30.
<https://doi.org/10.1684/sss.2012.0401>

de couple stable, régulière, planifiable et orientée vers l'efficacité reproductive.

Sans nécessairement recourir à un discours moralisateur explicite, cette approche reconstruit néanmoins une norme puissante, celle d'une intimité organisée et pensée selon les critères de la performance procréative. La performance étant entendue ici dans le double sens du terme : performance comme réalisation efficace d'un objectif mesurable (concevoir un enfant) et performance comme mise en acte répétée d'un script social attendu, celui d'une sexualité reproductive hétéropénétrative. Ce cadre normatif véhicule de fait une approche archaïque de la sexualité, totalement à rebours des transformations contemporaines observées¹⁵ et qui occulte la pluralité des pratiques sexuelles, la diversité des formes de désirs, la variété des configurations conjugales et la multiplicité des temporalités intimes. Autrement dit, il invisibilise systématiquement tout ce qui, dans la vie sexuelle et affective, se situe en dehors de l'illusion de la sexualité naturelle telle que la décrit Cécile Thomé¹⁶.

Cette norme s'inscrit d'abord dans la manière même dont on définit l'objet « infertilité ». La définition standard qui, rappelons-le, est l'« absence de grossesse après 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés », présuppose le scénario du couple hétérosexuel constitué d'un homme-cis et d'une femme-cis ayant une sexualité coïtale, en attente de conception « spontanée » et d'une grossesse « naturelle » qui ne vient pas. Le vocabulaire biopolitique de l'infertilité présuppose ce scénario quand il fait appel aux notions d'essais, de perte de chance ou encore à celle de retard de diagnostic.

Autrement dit, l'infertilité n'est pas simplement pensée comme l'impossibilité d'avoir un enfant mais bien l'impossibilité d'avoir un enfant en faisant fonctionner le script sexuel traditionnel de l'hétérosexualité. Le problème public est construit comme une panne de la reproduction sexuée, et, par ricochet, comme une panne de la sexualité supposée naturellement procréative. Ce qui n'entre pas dans ce

¹⁵ Marie Bergström (dir.), *La sexualité qui vient, Jeunesse et relations intimes après #MeToo*, Editions de la Découverte, 2025

¹⁶ Thomé, C. (2022). *Dans les coulisses du désir spontané. Sexualité hétérosexuelle, travail des femmes et ordre du genre*. *Revue française de sociologie*, 63(2), 283-309.
<https://doi.org/10.3917/rfs.632.0283>

script n'est pas forcément exclu juridiquement, mais il demeure excentré : il est traité comme un parcours spécifique, une exception juridique, une variante, plutôt que comme le modèle à partir duquel on pense la réalité de la procréation.

Dans ce cadre, la sexualité hétérosexuelle et pénétrative ne se présente plus comme une modalité parmi d'autres et elle redevient le socle implicite d'une normalité sociale, celle par laquelle le corps social est censé se perpétuer. Cette instrumentalisation de l'infertilité au service d'un récit démographique décliniste réintroduit une confusion normative sur l'accès à la parentalité et elle tend à requalifier l'aide médicale à la procréation (AMP) comme réparation d'un échec dans la trajectoire hétérosexuelle, plutôt que comme un droit d'accès au projet parental.

Les paradoxes de l'aide médicale à la procréation

C'est là un point aveugle, et sans doute le plus politique. La prise en charge de l'infertilité organise ce qui relève du normal et du pathologique dans les trajectoires reproductives en catégorisant celles qui sont légitimes à être réparées et celles qui ne le sont pas/plus. La mise en œuvre attendue d'une politique volontariste sur ce problème et les récentes discussions publiques sur l'accès à l'AMP montrent qu'il reste nécessaire d'en clarifier les enjeux. Réactivent-elles, parfois implicitement, une norme procréative hétéronormée, ou permettent-elles au contraire de pluraliser réellement les manières légitimes de faire famille ? Elles révèlent ainsi une tension persistante entre une logique de réparation médicale centrée sur le couple hétérosexuel et une logique de droits reproductifs fondée sur la reconnaissance des configurations familiales contemporaines.

En 2022, 3,7% des enfants¹⁷ nés en France étaient conçus grâce à l'AMP, qui est devenue une composante minoritaire mais durable de la fécondité française. Le recours à ces dispositifs est encadré par des bornes d'âge supérieures qui varient selon les étapes du parcours de

¹⁷ Le rapport médical et scientifique 2022 est en ligne, septembre 2023
<https://www.agence-biomedecine.fr/fr/institutionnel/le-rapport-medical-et-scientifique-2022-est-en-ligne>

soin. Le prélèvement d'ovocytes est autorisé jusqu'à la veille du 43e anniversaire, tandis que le recueil/prélèvement de spermatozoïdes est possible jusqu'à la veille du 60e anniversaire. Pour la réalisation de l'AMP elle-même, la limite est fixée à la veille du 45e anniversaire pour la personne qui porte la grossesse, et à la veille du 60e anniversaire pour l'autre membre du couple. Il n'existe pas, et c'est important, de borne d'âge inférieure pour avoir le droit de recourir à l'AMP.

Bien que l'AMP désacralise la nature en substituant une chaîne de gestes, d'actes et de dispositifs techniques à la procréation sexuelle, l'horizon qu'elle vise reste souvent mimétique de celui de cette dernière. Il s'agit historiquement de produire une parentalité qui demeure lisible dans les termes dominants de la filiation. La norme n'est plus la conception par un rapport sexuel mais elle continue d'inscrire la grossesse et la naissance dans une grammaire stable : deux sexes, des rôles reproductifs complémentaires en termes de gamètes et de gestation, une filiation inscrite dans une famille socialement reconnaissable. Autrement dit, l'AMP ne sort pas du modèle de la reproduction sexuée mais elle en propose une version « comme si », médicalisée, juridiquement encadrée, parfois plus inclusive, mais encore structurée par la même architecture symbolique.

Historiquement, loin d'avoir fait disparaître l'imaginaire sexuel qui organise la parenté, l'AMP a, au contraire, fonctionné comme une institution de rattrapage confirmant, en creux, ce qu'est le cadre de la reproduction sociale. L'encadrement des dispositifs d'AMP ont inventé une norme rénovée d'accès à la parentalité non plus centrée sur le coït mais sur un triptyque constitué du couple stable, d'un projet parental et d'une filiation biogénétique. Cet encadrement a permis d'ouvrir l'accès à des publics nouveaux tout en préservant l'idéal d'une parentalité ordonnée et compatible avec la grammaire dominante de la famille. La dé-hétéronormalisation juridique peut coexister avec une hétéronormativité sociale reconduite par la manière même dont on définit le problème et ses solutions.

Finalement cette ouverture montre comment l'institution peut intégrer une différence sans renoncer à sa grammaire. L'accès est élargi, mais la forme attendue de la parenté demeure celle d'une filiation stabilisée, organisée autour d'un projet, d'un parcours médical et d'un récit de naissance compatible avec les catégories dominantes.

L'AMP fonctionne alors comme un mécanisme d'intégration qui autorise des configurations auparavant marginalisées, à condition qu'elles soient convertibles en une parenté juridiquement et symboliquement cohérente avec l'ordre hétérosexuel. L'hétéronormativité ne s'exprime plus forcément par l'exclusion brutale mais par conditions de lisibilité.

Réservée jusqu'à très récemment aux couples hétérosexuels en âge d'avoir des enfants, la loi de bioéthique¹⁸ du 2 août 2021 a ouvert l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules, en l'inscrivant de manière plus explicite comme une réponse à un projet parental quelques soient les arrangements conjugaux dans lesquels il se construit. La loi a aussi harmonisé les conditions de prise en charge et réformé le régime du don de gamètes. L'extension des droits et l'ouverture de la PMA sont venus fissurer l'évidence hétérosexuelle de la conception et c'est un acquis majeur. Des projets de parentalités auparavant illégitimes deviennent accessibles et pensables car l'AMP ne se contente pas d'ouvrir des voies d'accès, elle redessine plus largement l'ordre du genre et du possible.

Mais le périmètre de l'AMP française continue d'exclure les couples d'hommes et les hommes seuls. La parentalité pleinement institutionnalisée reste celle qui peut s'adosser à une gestation, c'est-à-dire à un corps assigné féminin. La frontière n'est pas seulement bioéthique, elle est normative et marque la persistance de l'ordre où l'enfant reste pensé comme venant d'une complémentarité sexuelle même si cette complémentarité est désormais assistée par des dispositifs techniques. La même frontière apparaît dans des restrictions plus techniques. L'interdiction de certaines pratiques comme le partage de maternité biologique dans les couples de femmes (*i.e* réception d'ovocyte de la partenaire, ROPA) protège une certaine représentation de la bonne biologie de la parenté.

Autrement dit, et quelques soient les registres de justification, l'AMP permet d'« aménager la nature », mais pas jusqu'à brouiller trop nettement la distribution symbolique des places. De même, l'indexation persistante de l'accès et des parcours sur les catégories

¹⁸ Loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique

<https://www.vie-publique.fr/loi/268659-loi-2-aout-2021-bioethique-pma>

« homme/femme » de l'état civil rappelle que l'institution peine encore à penser la reproduction à partir des capacités (porter une grossesse, produire des gamètes) plutôt qu'à partir de la binarité des sexes. Or cette binarité est l'un des piliers de l'imaginaire hétérosexuel : elle organise non seulement le désir, mais la parenté, le droit, la transmission.

L'AMP rend possible des projets parentaux, réduit une part des discriminations, rend visible le caractère socialement construit de la reproduction. Mais elle le fait en consolidant souvent la norme de la filiation biogénétique et de la reproduction comme projet à réussir, mesurable, pilotable, administrable. On passe d'une hétérosexualité centrée sur l'acte sexuel à une hétéronormativité centrée sur l'infrastructure : couple, filiation, biologie, catégories d'État. La médicalisation de la reproduction¹⁹ ne vient pas saper la norme mais elle est l'un de ses modes contemporains de sa stabilisation.

Changer la grammaire normative de l'AMP

La mise en récit de l'infertilité ne constitue pas uniquement un champ de savoirs cliniques, thérapeutique, éthique ou encore une question de santé publique nécessitant de la prévention mais elle fonctionne aussi comme une technique de production de sens. L'enjeu politique réside, une fois encore, dans le positionnement que l'on adopte face à cette grammaire normative.

La focalisation récente sur l'âge comme cause centrale de l'infertilité n'est pas seulement un cadrage biomédical, c'est aussi une manière de politiser la question de l'accès à l'AMP. En ramenant le problème à la « baisse naturelle » de la fertilité avec le temps dans le cadre d'une sexualité hétérosexuelle, l'action publique se place sur un terrain apparemment neutre de prévention, information, responsabilisation et contourne ce que l'AMP « pour toutes » a rendu visible : l'infertilité n'est pas une incapacité biologique, mais l'effet d'un cadre social et institutionnel qui conditionne l'accès à la parentalité et la liberté de faire famille. Autrement dit, parler d'âge permet de traiter l'infertilité

¹⁹ Elise de la Rochebrochard (dir.), *De la pilule au bébé-éprouvette, Choix individuels ou stratégies médicales ?*, Collection Cahiers, INED éditions, 2008
<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/cahiers/de-la-pilule-au-bebe-eprouvette/>

comme un enjeu de calendrier individuel (anticiper, congeler, consulter plus tôt) plutôt que comme un enjeu de droits, totalement indépendant de l'âge (qui peut procréer, dans quelles configurations familiales, avec quelle reconnaissance).

Ce déplacement produit un effet de mise à distance en réinstallant, de manière implicite, une norme de la reproduction hétérosexuelle comme horizon « naturel » de la parentalité. Or on observe dans les jeunes générations une remise en question plus marquée de ce modèle, qu'il s'agisse des formes de conjugalité, des trajectoires biographiques ou des manières d'envisager la famille. C'est aussi là que se joue un enjeu majeur pour les prochaines années : comprendre la baisse des intentions de fécondité suppose de prendre au sérieux ces transformations des normes relationnelles et familiales, et pas seulement des contraintes économiques ou biologiques.

La procréation constitue l'un des grands volets de la concertation publique qui aura lieu dans le cadre des États généraux de la bioéthique 2026. Dans son Avis 149²⁰ publié en février 2025, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) met quant à lui en relation la baisse de la natalité et l'infertilité, tout en insistant sur le fait que la diminution des naissances ne peut pas être ramenée à une simple question d'âge et qu'elle est aussi articulée à des transformations plus larges. Le CCNE plaide, dans la même gymnastique que le rapport de 2022 sur l'infertilité, pour une approche qui la traite comme un enjeu de santé et d'équité d'accès, sans la convertir en instrument explicite de relance nataliste. En revanche, l'avis n'intègre pas explicitement la remise en question, dans les jeunes générations en âge de formuler des projets familiaux, du modèle hétérosexuel comme horizon souhaitable de la vie conjugale et familiale. C'est pourtant une dimension décisive pour comprendre les transformations contemporaines de la procréation.

Cette concertation publique donnera sa forme au cadrage et à la mise en discussion des arbitrages à venir dans le cycle législatif de révision de la loi de bioéthique de 2021. Il s'agira d'aborder dans ce cadre toutes les questions sur les conditions d'accès à l'AMP et la cohérence

²⁰ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2025), *Baisse de la natalité et de la fertilité : des réponses différentes, des enjeux éthiques partagés*, <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2025-03/Avis%20149.pdf>

des critères qui les justifient, mais aussi les effets juridiques et sociaux de ces choix, au premier rang desquels la filiation et la reconnaissance des différentes configurations familiales. À cela s'ajoutent les enjeux relatifs aux pratiques elles-mêmes et aux limites sur ce que l'on autorise, ce que l'on encadre, et ce que l'on exclut au nom de principes éthiques, d'équité ou de protection des personnes.

Le CCNE a déjà signalé que des sujets comme la PMA post-mortem (c'est-à-dire le recours à des gamètes ou embryons conservés d'une personne décédée) et la ROPA (réception des ovocytes de la partenaire au sein des couples de femmes) ou encore la GPA (gestation pour autrui) devraient faire partie des thèmes à approfondir. Mais le CCNE pointe aussi dans son avis que la loi ne fixe pas de limite d'âge inférieure pour accéder à l'AMP (alors qu'il existe des limites supérieures) et formule directement la question : « Faut-il créer une limite d'âge inférieure pour la prise en charge en AMP ? », notamment pour les femmes seules au motif qu'elles auraient « encore le temps de rencontrer un partenaire », posant la question, très problématique, d'une éventuelle différenciation selon leur orientation sexuelle... On voit ici qu'il est grand temps que la discussion sur l'hétéronormativité qui structure les droits, la parenté et les frontières du reproductif trouve pleinement sa place dans ces débats.