



HAL
open science

Des enfants toujours plus tard ?

Elise de La Rochebrochard, France Prioux

► **To cite this version:**

Elise de La Rochebrochard, France Prioux. Des enfants toujours plus tard?. Ined. Dictionnaire de Démographie et des sciences de la population, Armand Colin, pp.171-175, 2011, 978-2200347444. hal-02342781

HAL Id: hal-02342781

<https://hal.science/hal-02342781>

Submitted on 1 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La Rochebrochard Elise (de), Prioux France, **2011**, « Des enfants toujours plus tard ? », in: France Meslé, Laurent Toulemon, Jacques Véron (sous la direction de), **Dictionnaire de Démographie et des sciences de la population**, Editions Armand Colin – Ined, p. 171-175.

Des enfants toujours plus tard ?

Elise de La Rochebrochard, France Prioux

Depuis la fin des années 1970, l'âge des parents au moment de la naissance de leurs enfants n'a cessé d'augmenter. De 26,5 ans en 1978, l'âge moyen des mères s'est élevé progressivement pour se rapprocher aujourd'hui de 30 ans (29,9 en 2006), et celui des pères a suivi une évolution presque parallèle, de 29,6 à 32,7 ans (**figure 1**). Cette tendance, qui est principalement due à un retard de l'âge à la première naissance, est commune à tous les pays occidentaux et, de manière plus générale, à tous les pays développés, l'âge moyen des parents y étant parfois plus élevé qu'en France. Tous les calendriers de « passage à l'âge adulte » sont en effet retardés (Corijn et Klijzing, 2001) : terminer ses études, quitter ses parents, avoir un emploi et vivre en couple stable sont des étapes franchies de plus en plus tard, ce qui contribue à retarder la naissance des enfants.

En France, l'allongement de la durée des études et les difficultés d'insertion sur le marché du travail participent largement à ce retard (Meron et Widmer, 2002), car les femmes sont entrées massivement sur le marché du travail et souhaitent de plus en plus s'y maintenir. D'autre part, les ruptures d'union ayant beaucoup augmenté (Prioux, 2005a), les remises en couple sont plus fréquentes, et sont parfois l'occasion d'une nouvelle naissance à un âge relativement tardif (Toulemon, 2005). Notons qu'à cet égard, les hommes disposent d'un certain « avantage » sur les femmes, s'ils se remettent en couple avec une femme plus

jeune qu'eux. Ce recul de l'âge à la maternité et à la paternité s'inscrit dans un nouveau champs de possibles ouvert par la forte médicalisation des sociétés occidentales (Aïach et Delanoe, 1998).

L'apport de la médecine : entre toute puissance et impuissance

Le XX^{ème} siècle est marqué par une forte médicalisation de la vie reproductive dans les pays occidentaux. Les méthodes médicales de contrôle des naissances, pilule, stérilet, préservatif, se sont développées avec un recours à ces méthodes désormais quasiment universel (à 92%) parmi les femmes françaises en âge reproductif, sexuellement actives et ne désirant pas d'enfant (Leridon *et al.*, 2002). Dans le même temps, les interruptions volontaires de grossesse sont devenues des actes médicaux depuis leur légalisation en 1974, leur fréquence restant stable depuis 30 ans, de l'ordre de 14 avortements pour 1 000 femmes de 15-49 ans (Bajos *et al.*, 2004).

En parallèle, se sont développées des méthodes d'assistance médicale à la procréation (AMP) permettant de répondre aux problèmes d'infécondité involontaire. Ces méthodes ont pris un essor important en trente ans avec, en 2003, 5% des naissances françaises obtenues à la suite d'une intervention médicale (Vilain *et al.*, 2005). Dans la moitié des cas, il s'agit « simplement » d'une stimulation hormonale, mais dans un tiers des cas (1,7% des naissances), une technique reposant sur une fécondation en éprouvette a été nécessaire.

Cette médicalisation de la reproduction donne souvent l'image d'une reproduction désormais parfaitement « contrôlée » avec la possibilité de ne pas avoir d'enfant tant qu'on le souhaite pas et celle d'en avoir quand on le souhaite. Cette image d'une « toute puissance » de la médecine dans le domaine reproductif prend sa forme la plus extrême dans les annonces, très médiatisées, de naissances obtenues par AMP chez des femmes

socialement en âge d'être grand-mère : en janvier 2005, une Roumaine devient mère à 67 ans, en juillet 2006, une Anglaise à 62 ans.

Face à cette image d'Epinal, quelques chiffres permettent de saisir une autre réalité : malgré la très forte couverture de la contraception médicale, un tiers des grossesses françaises surviennent alors qu'elles n'étaient pas "prévues" (Bajos *et al.*, 2004), par ailleurs, les taux de succès des techniques d'AMP restent de l'ordre de 15-20% de naissances par tentative (Andersen *et al.*, 2006). Plus précisément, les taux de succès en FIV baissent après 35 ans et de manière très nette après 37 ans (**figure 2**). Si des naissances peuvent être obtenues chez des femmes de soixante ans grâce à des FIV avec don d'ovocytes, les techniques médicales restent peu performantes dans le cadre de FIV sans don d'ovocytes lorsque les effets naturels de l'âge apparaissent. A partir d'un modèle de simulation, ces limites de l'AMP ont été estimées: face à un décalage d'un projet de maternité de l'âge de 35 à 40 ans, l'AMP échouerait à compenser l'effet délai dans les deux tiers des cas (Leridon, 2004). Ces quelques données mettent en évidence les limites de la médecine face aux effets de l'âge sur la fonction reproductrice, les contraintes naturelles restant une réalité à prendre en compte.

Des enfants après 35 ans ? Regards croisés du médecin, de l'épidémiologiste et du démographe

Confronté aux demandes d'aide médicale des femmes de plus de 35 ans n'arrivant pas à concevoir, le médecin vit dans son quotidien les difficultés d'une prise en charge faite dans l'urgence ou devenue impossible lorsque la femme dépasse la quarantaine. Soulignant la douleur de ces femmes « sortant en larmes de [leurs] consultations » (p.735) (FIVNAT *et al.*, 2004), il demande des campagnes d'information alarmant les femmes sur le vieillissement reproductif : pour illustration citons cette fiviste « rêvant » qu'un jour soit inscrit sur les boîtes de pilules : « *attention, l'abus de contraception est dangereux pour la*

reproduction. Mesdames, pendant que vous prenez la pilule vos ovaires vieillissent et vos chances de procréer diminuent. » (p.734-735) (FIVNAT *et al.*, 2004).

Le point de vue de l'épidémiologiste est basé sur la notion de risques. Les recherches épidémiologiques en reproduction humaine ont essentiellement visé à estimer l'augmentation du risque de ne pas parvenir à mettre au monde l'enfant désiré en fonction de l'âge auquel cette naissance est recherchée. Ainsi, à partir d'une simulation, le risque d'échec reproductif a été estimé à 6% à 30 ans, 14% à 35 ans et 35% à 40 ans (Leridon, 2004). Cet effet de l'âge est lié à la fois à une diminution des chances de concevoir et à une augmentation des risques de décès du fœtus *in utero* et de décès dans la période périnatale.

Le démographe regarde, quant à lui, du côté des naissances. Bien qu'observant une nette hausse de la fécondité des femmes âgées de 35 ans ou plus depuis une trentaine d'année, les démographes ont montré, à partir des statistiques historiques, que la fécondité après 35 ans pouvait être beaucoup plus élevée qu'elle ne l'est aujourd'hui (Prioux, 2005b) (**figure 3**) : au début des années 2000, les femmes âgées de 35 ans ou plus ont une fécondité moyenne d'environ 0,3 enfant par femme, alors qu'à la fin du XIXème siècle aux Pays-Bas, on enregistrait une fécondité supérieure à 2 enfants par femme à ces âges ! Si les tendances récentes mettent en évidence une nette hausse de la fécondité après 35 ans, celle-ci apparaît donc néanmoins très limitée dans une perspective historique : la fécondité « tardive » actuelle est bien loin d'atteindre un maximum historique !

Dans son cabinet le médecin les échecs de conception ; le démographe, lui, s'intéresse aux naissances : comment s'étonner que le point de vue divergent ? En se plaçant à la croisée des chemins, la fécondité après 35 ans apparaît comme un événement parfaitement banal mais marqué par un risque d'échec augmentant très rapidement et contre lequel la médecine reste peu efficace.

40 ans : un tournant dans la vie reproductive ?

La vie reproductive des femmes est bornée par la ménopause survenant en moyenne à 50 ans. Cependant, la décennie pré-ménopausique est marquée par une très forte altération du fonctionnement de l'appareil reproducteur avec en particulier une dérégulation de la fonction ovarienne apparaissant dès 37 ans (Faddy *et al.*, 1992). Ce vieillissement ovarien serait le principal facteur expliquant la faible aptitude à concevoir des femmes après 40 ans. Chez l'homme, le vieillissement se fait également sentir (La Rochebrochard (de) *et al.*, 2003), mais probablement de manière plus tardive et sans borne équivalente à la ménopause, malgré l'utilisation trompeuse du terme d'andropause dans la littérature scientifique.

Les données démographiques montrent que c'est effectivement en-dessous de 40 ans que la fécondité augmente le plus (**figure 4**) : en 2005, la fécondité des femmes âgées de 35-39 ans a retrouvé le même niveau qu'au début des années 1960, alors que la fécondité des femmes de plus 40 ans a augmenté de manière beaucoup plus modérée. Aujourd'hui, ces dernières contribuent pour un total de 0,05 enfant à la fécondité totale, soit 5 fois moins que les femmes de 35-39 ans (0,25). Pour les hommes, dont la fécondité tardive a aussi beaucoup augmenté, c'est un peu plus tard, vers 45 ans, que semble se situer la barrière : malgré l'augmentation des recompositions familiales, qui pourraient être un facteur puissant d'augmentation de la fécondité très tardive des hommes, s'ils se remettent en couple avec des femmes plus jeunes, leur fécondité après 45 ans ou plus a stagné durant les années 1990, et augmente timidement depuis les années 2000 (**figure 4**). Pour eux aussi, la fécondité à ces âges était beaucoup plus élevée dans le passé : au début du XX^e siècle, elle était au moins 3,5 fois plus forte qu'aujourd'hui (p.180) (Daguet, 2002).

Au-delà de ces données biologiques et démographiques, 40 ans apparaît comme une borne sociale à la vie reproductive des femmes. Ainsi, en 1998, 45% des personnes interrogées dans une enquête de l'Ined sur les intentions de fécondité estimaient que 40 ans

est la limite à laquelle il n'est plus souhaitable pour une femme d'avoir des enfants, en ajoutant ceux qui indiquaient un âge inférieur, c'est 68% des personnes interrogées qui déclaraient une limite inférieure ou égale à 40 ans (Toulemon et Leridon, 1999). Les raisons avancées pour expliquer cette borne sociale à la vie reproductive relèvent à la fois d'arguments médicaux (risques de problèmes pendant la grossesse, risques de malformation pour l'enfant), et d'arguments touchant les liens intergénérationnels (supporter la fatigue d'un bébé, difficultés pour se comprendre, ...).

L'âge de 40 ans apparaît comme un tournant dans la vie reproductive des femmes aussi bien dans les données biologiques, démographiques que sociales.

Références bibliographiques

AIACH P., DELANOE D. 1998. *L'ère de la médicalisation*, Anthropos (Paris), 251 pages.

ANDERSEN A.N., GIANAROLI L., FELBERBAUM R., DE MOUZON J., NYGREN K.G., 2006, " Assisted reproductive technology in Europe, 2002. Results generated from European registers by ESHRE ", *Human Reproduction*, 21 (7), p. 1680-1697.

BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M., 2004, " Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? ", *Population et Sociétés*, 40(7), p. 1-4.

CONSEIL DE L'EUROPE 2006. *Évolution démographique récente en Europe 2005*, Éditions du Conseil de l'Europe (Strasbourg), 152 pages.

CORIJN M., KLIJZING E. (editeurs), 2001, *Transitions to adulthood in Europe*, Kluwer Academic Publishers (Boston), 340 pages.

DAGUET F. 2002. *Un siècle de fécondité française: caractéristiques et évolution de la fécondité de 1901 à 1999*. INSEE Résultats, Société n°8, INSEE (Paris), 305 pages.

FADDY M.J., GOSDEN R.G., GOUGEON A., RICHARDSON S.J., NELSON J.F., 1992, " Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause ", *Human Reproduction*, 7 (10), p. 1342-1346.

FESTY P. 1979. *La fécondité des pays occidentaux de 1870 à 1970*. Travaux et documents, 85, INED & PUF (Paris), 401 pages.

FIVNAT, BELAISCH-ALLART J., DE MOUZON J., BACHELOT A., DE VECCHI A., RENON C., 1997, " Age et PMA ", *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 25 (7-8), p. 503-506.

FIVNAT, BELAISCH-ALLART J., DEVAUX A., AVEL J.P., DE MOUZON J., 2004, " La femme de 40 ans et plus en FIV et en ICSI: données FIVNAT ", *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32 (9), p. 730-736.

LA ROCHEBROCHARD (DE) E., MCELREAVEY K., THONNEAU P., 2003, " Paternal age over 40 years: the 'amber light' in the reproductive life of men? ", *Journal of Andrology*, 24 (4), p. 459-465.

LERIDON H., OUSTRY P., BAJOS N., EQUIPE COCON, 2002, " La médicalisation croissante de la contraception en France ", *Population et Sociétés*, (381), p. 1-4.

LERIDON H., 2004, " Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment ", *Human Reproduction*, 19 (7), p. 1548-1553.

MERON M., WIDMER I., 2002, " Les femmes au chômage retardent l'arrivée du premier enfant ", *Population*, 57 (2), p. 327-356.

PRIOUX F., 2005a, " Mariage, vie en couple et rupture d'union: sous l'angle de la démographie ", *Informations Sociales*, 122), p. 38-50.

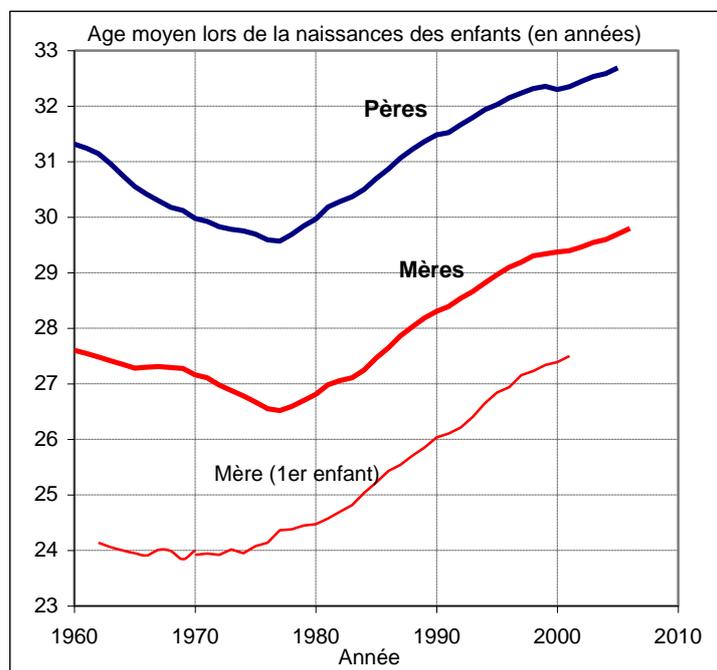
PRIOUX F., 2005b, " Late fertility in Europe: some comparative and historical data ", *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 53 Spec No 2), p. 2S3-11.

TOULEMON L., LERIDON H., 1999, " La famille idéale: combien d'enfants, à quel âge? ", *Insee Première*, 652), p. 1-4.

TOULEMON L., 2005, " Who are the late mothers? ", *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 53 Spec No 2), p. 2S13-24.

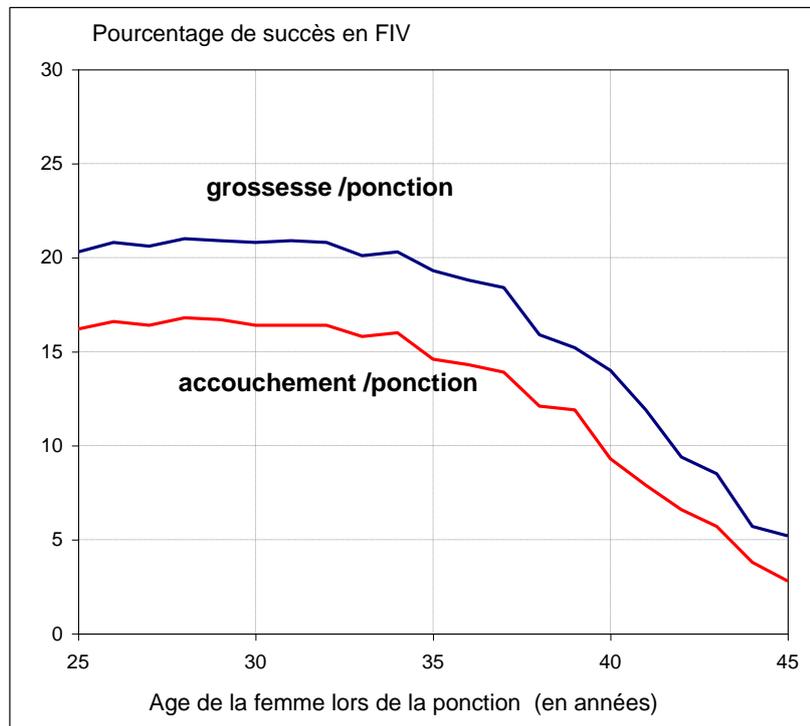
VILAIN A., PERETTI (DE) C., HERBET J.-B., BLONDEL B., 2005, " La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête Nationale Périnatale ", *Etudes et Résultats (DRESS)*, 383), p. 1-7.

Figure 1. Évolution de l'âge moyen à la paternité, à la maternité et à la première maternité en France depuis 1960



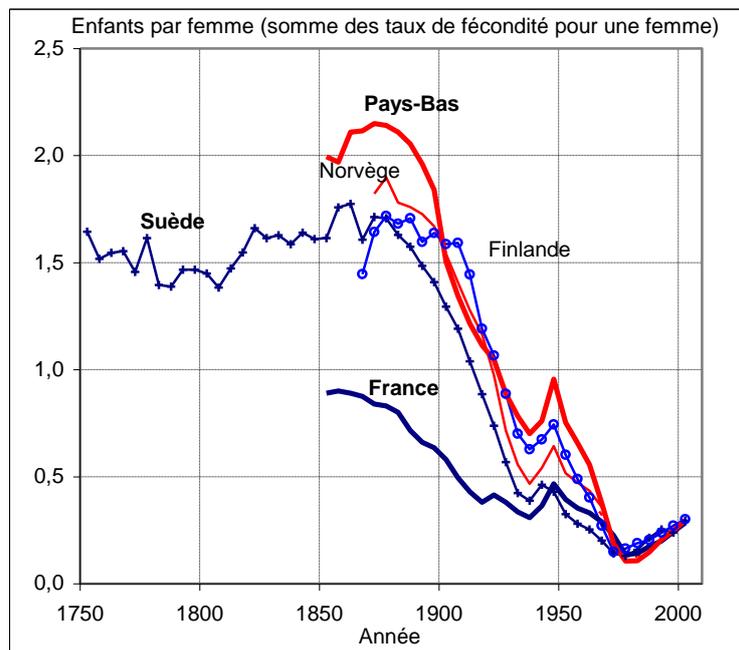
Sources : Daguet (2002) et calculs & estimations d'après enquête EHF et état civil

Figure 2. Succès en FIV selon l'âge de la femme



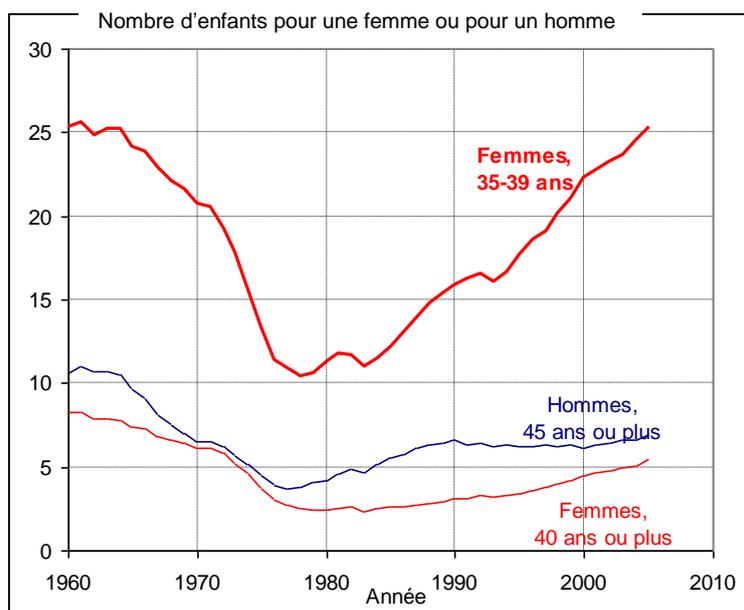
Source : enquête FIVNAT (FIVNAT *et al.*, 1997)

Figure 3. La fécondité après 35 ans en Europe depuis 1750



Sources : (Festy, 1979 ; Prioux, 2005b ; Conseil de l'Europe, 2006)

Figure 4. Évolution de la fécondité tardive en France depuis 1960



Sources : Conseil de l'Europe (2006), et, pour les hommes, estimations d'après Daguet (2002) et les statistiques de l'Insee