



University of St.Gallen

Institute for International Management
and Diversity Management

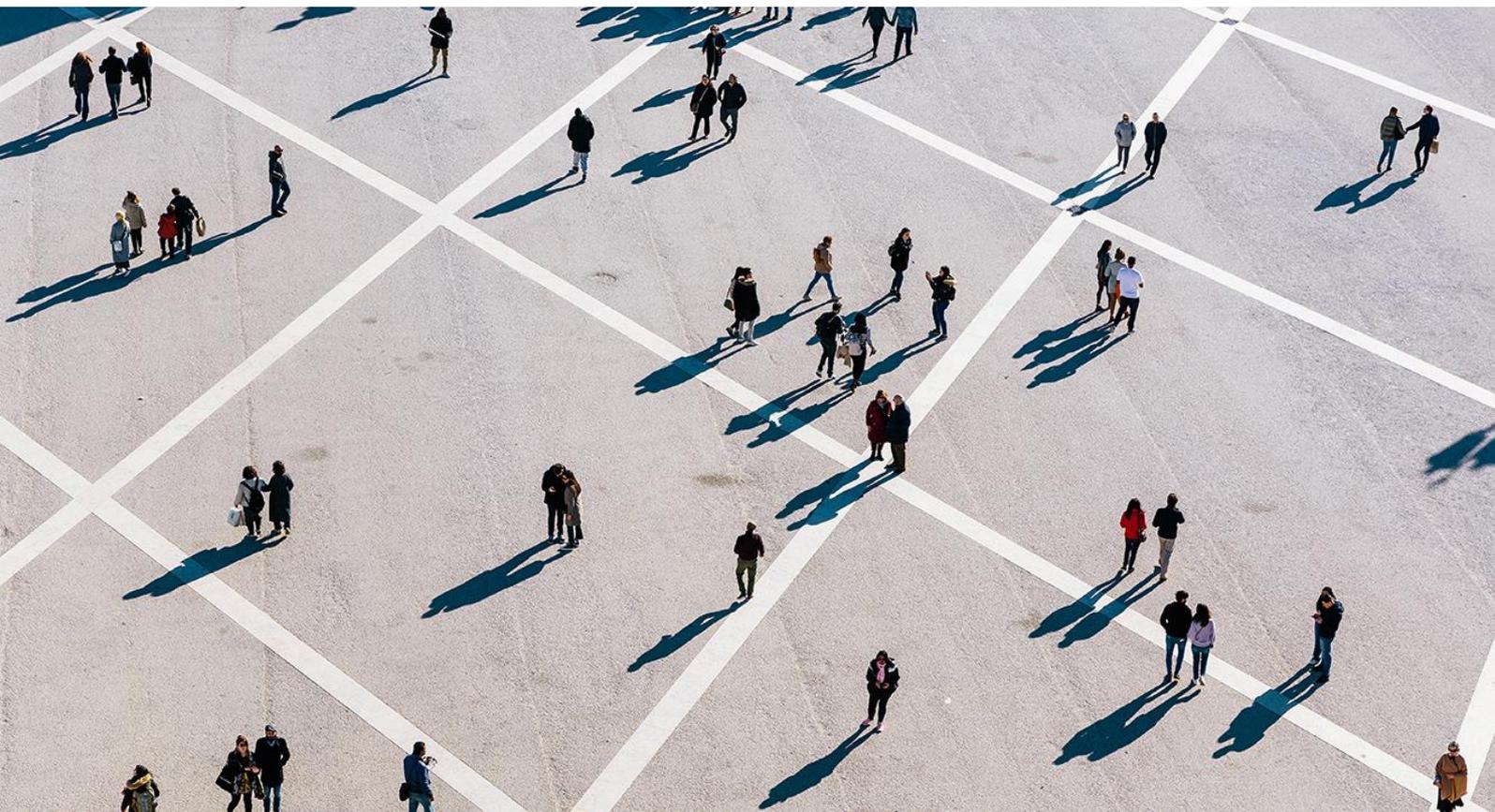
Si seulement j'avais su : politique de la fertilité et planification familiale en Suisse

Auteures (par ordre alphabétique) :

Dr. Anna Brzykcy, Dr. Nora Keller, Prof. Dr. Brigitte Leeners, Prof. Dr. Gudrun Sander

Mars 2025

Traduit de l'anglais



Sommaire

1	À propos de ce « livre blanc »	2
2	Résumé exécutif	3
3	Pourquoi cela devrait vous concerner	4
4	Pourquoi il faut agir maintenant	6
4.1	Les conséquences de l'inaction	6
4.2	Mesures nécessaires pour un changement durable	9
5	Idées reçues courantes sur la fertilité et l'infertilité	10
5.1	« L'infertilité ne me concerne pas. »	10
5.2	« En Suisse, j'ai accès aux meilleurs soins médicaux »	17
5.3	« Je peux congeler ma fertilité, mais pas ma carrière »	22
5.4	« Nous offrons déjà suffisamment de flexibilité à notre personnel. »	26
5.5	« L'infertilité est un sujet dont je préfère ne pas parler (au travail) »	31
6	Que se passerait-il si ... ?	36
	Références	37
	Annexe	41
	Base de données	41
	Approche analytique	433

1 À propos de ce « livre blanc »

Ce livre blanc intitulé *Si seulement j'avais su : politique de la fertilité et planification familiale en Suisse* est le fruit d'une coopération entre le Competence Center for Diversity, Disability and Inclusion de l'Université de Saint-Gall (CCDI) et Merck Suisse. Nos objectifs sont les suivants :

- a) Comprendre les obstacles actuels à l'accès aux traitements contre l'infertilité et à la planification familiale en Suisse, selon les perspectives des personnes concernées, des employeur·euse·s et de l'administration fédérale suisse ;
- b) Formuler des recommandations concrètes et exploitables.

Comme décrit dans les sections suivantes, nous mettons l'accent non seulement sur la situation juridique actuelle, mais aussi sur les attitudes générales et les idées fausses courantes qui influencent les décisions en matière de traitement contre l'infertilité et de planification familiale.

Notre approche analytique a été multiple : elle comprend une revue approfondie de la littérature et des politiques publiques, des analyses de données de *benchmarking* de l'Université de Saint-Gall ainsi que d'autres bases de données secondaires (par exemple les données de l'Office fédéral de la statistique), et des entretiens semi-directifs avec des représentant·e·s des trois groupes de parties prenantes.

Nous remercions sincèrement les nombreux·ses expert·e·s du domaine d'avoir partagé leurs connaissances. La recherche a été dirigée et rédigée par Dr Anna Brzykcy et Dr Nora Keller, et éditée par Prof. Dr Gudrun Sander et Prof. Dr Brigitte Leeners.

2 Résumé exécutif

La Suisse vient d'enregistrer le taux de natalité le plus bas de son histoire : 1,3 enfant par femme. Ce chiffre est inférieur à la moyenne de l'Union européenne, qui s'élève à 1,46 naissance vivante. En Suisse, un couple sur sept rencontre des problèmes de fertilité (c'est-à-dire qu'aucune grossesse ne survient après douze mois de rapports sexuels réguliers et non protégés), et ce nombre est en augmentation. De plus en plus de couples seront également confrontés à l'infertilité secondaire, car l'âge auquel ils prévoient une seconde grossesse sera encore plus avancé. L'âge moyen pour fonder une famille est désormais supérieur à 31 ans, voire plus tard chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé, ce qui aggrave encore l'infertilité liée à l'âge.

Alors que ce sujet concerne un nombre croissant d'adultes (jeunes et moins jeunes), 57 % des personnes âgées de 20 à 26 ans (la Génération Z) et 27 à 37 ans (les *Millennials*) déclarent ne rien connaître ou presque aux facteurs qui influencent leur propre fertilité, aux problématiques associées (comme les menstruations ou la ménopause), ou aux traitements contre l'infertilité les plus courants. Cela s'explique en partie par le fait que l'infertilité est rarement abordée ouvertement et reste entourée de nombreux préjugés et d'idées reçues.

Peu de gens réalisent que la Suisse, souvent perçue comme une démocratie progressiste et libérale, est mal préparée à faire face aux défis de la planification familiale tardive et aux problèmes de fertilité. L'une des raisons principales est qu'elle dispose de l'un des cadres juridiques les plus restrictifs et discriminants en matière de fertilité, avec des coûts à la charge des patient·e·s extrêmement élevés : trois cycles de fécondation *in vitro* (FIV), l'un des traitements les plus répandus, peuvent représenter jusqu'à 55 % du revenu annuel disponible d'un ménage suisse. Parallèlement, la Suisse manque de politiques de soutien familial progressistes, ce qui rend la décision de fonder une famille bien plus difficile qu'elle ne devrait l'être.

Dans ce « livre blanc », nous avons utilisé des données issues de sources multiples afin d'identifier les idées fausses les plus répandues à propos de la fertilité (et de l'infertilité) en Suisse (par exemple : « l'infertilité ne me concerne pas », « en Suisse, j'ai accès aux meilleurs soins médicaux ») et de mieux comprendre les obstacles actuels à la planification familiale et aux traitements de fertilité. Sur cette base, nous avons formulé des recommandations d'action à destination des personnes concernées (ou susceptibles de l'être), des employeur·euse·s et de l'État fédéral. Chacun de ces acteurs a un rôle essentiel à jouer, mais c'est leur action commune qui peut réellement faire bouger les choses. Le changement législatif est une voie indispensable, mais il nécessite un travail de fond important : sensibiliser, combler les lacunes en matière de connaissances et changer les mentalités autour de la fertilité. En Suisse, où la démocratie directe donne un rôle central aux citoyen·ne·s et aux groupes d'intérêt public, cet engagement est d'autant plus crucial. Dans le contexte d'une pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée, les employeur·euse·s sont également fortement incités à mieux soutenir leurs employé·e·s. En résumé : une coalition d'acteurs (voire un nouveau contrat social) est nécessaire pour relever ensemble le défi de la fertilité et de la fondation d'une famille.

3 Pourquoi cela devrait vous concerner

En 2024, la Suisse a enregistré le taux de natalité le plus bas de son histoire : 1,3 enfant par femme. Pour mettre ce chiffre en perspective, en 1876, chaque femme avait en moyenne 4,4 enfants (OFS, 2024h). Alors que le reste de l'Europe connaît également une baisse des taux de fécondité, la Suisse est en dessous de la moyenne de l'UE, qui se situe à 1,46 enfant vivant par femme. C'est ainsi que la Suisse vit ce qu'un quotidien suisse a récemment qualifié de « tournant dans l'histoire de l'humanité » : l'entrée dans l'ère de la « dépopulation » (Ferber, 2025).

Comment cela affecte-t-il concrètement la vie des gens ? Un couple sur sept en Suisse est confronté à l'infertilité. Au total, 1 557 500 personnes en Suisse vivront, vivent ou ont vécu une situation d'infertilité au cours de leur vie (OMS, 2023). Ce qui est encore plus inquiétant, c'est que de nombreuses personnes – notamment les jeunes – n'en ont aucune idée : 57 % des membres de la Génération Z et des *Millennials* vivant en Suisse ont peu ou pas de connaissances sur les facteurs qui influencent la fertilité (Switzerland Report, 2024).

Avec un âge moyen de plus de 31 ans, les mères suisses ayant leur premier enfant comptent parmi les plus âgées d'Europe. Cela s'explique en partie par les normes conservatrices de la Suisse en matière de répartition du travail (notamment les tâches de soins). Beaucoup de femmes (et certains hommes) estiment devoir d'abord stabiliser leur carrière avant de fonder une famille. Les mères prennent encore en charge la grande majorité du travail domestique. Les étapes professionnelles importantes se concentrent dans la tranche d'âge restreinte de 31 à 40 ans, et le travail à temps partiel réduit considérablement les chances de promotion. L'État ne garantit pas le soutien nécessaire aux parents : les crèches abordables et les congés parentaux équitables font défaut. Résultat : de nombreuses personnes retardent leur projet familial ou hésitent à avoir des enfants.

Cet âge élevé au moment du premier enfant explique en partie pourquoi de plus en plus de personnes ont recours aux traitements de fertilité. Chaque année, entre 6000 et 7000 femmes en Suisse suivent un traitement de fécondation *in vitro* (FIV). Malheureusement, la Suisse fait partie des pays européens les plus restrictifs en matière d'accès aux traitements de fertilité (Atlas européen des politiques de traitement de la fertilité, 2024). C'est aussi le seul pays d'Europe de l'Ouest où aucune partie de la FIV n'est prise en charge par l'assurance maladie de base obligatoire. Cela exclut de nombreux couples qui n'ont pas les moyens de payer les traitements ou les pousse à chercher des solutions moins coûteuses à l'étranger. Pour une démocratie libérale qui valorise son système de vote direct, qui est à la pointe de la recherche biomédicale et qui offre d'excellents soins médicaux, cette position particulièrement restrictive en matière de fertilité est d'autant plus choquante.

Aperçu des traitements de fertilité les plus courants :

Insémination intra-utérine (IIU) : La croissance des follicules ovariens (petits sacs remplis de liquide dans les ovaires contenant un ovocyte immature) est stimulée par des injections. Le sperme est introduit directement dans l'utérus peu avant l'ovulation.

Fécondation *in vitro* (FIV) : La croissance des follicules est également soutenue par des injections. Lorsqu'ils atteignent une taille adéquate, une dernière injection permet leur maturation, puis les ovocytes sont prélevés. Les ovocytes matures sont ensuite fécondés avec du sperme en laboratoire. Un ou parfois deux embryons sont transférés dans l'utérus deux à cinq jours après le prélèvement (ils peuvent aussi être congelés et conservés jusqu'à dix ans). Une grossesse survient si l'un des embryons s'implante dans la muqueuse utérine.

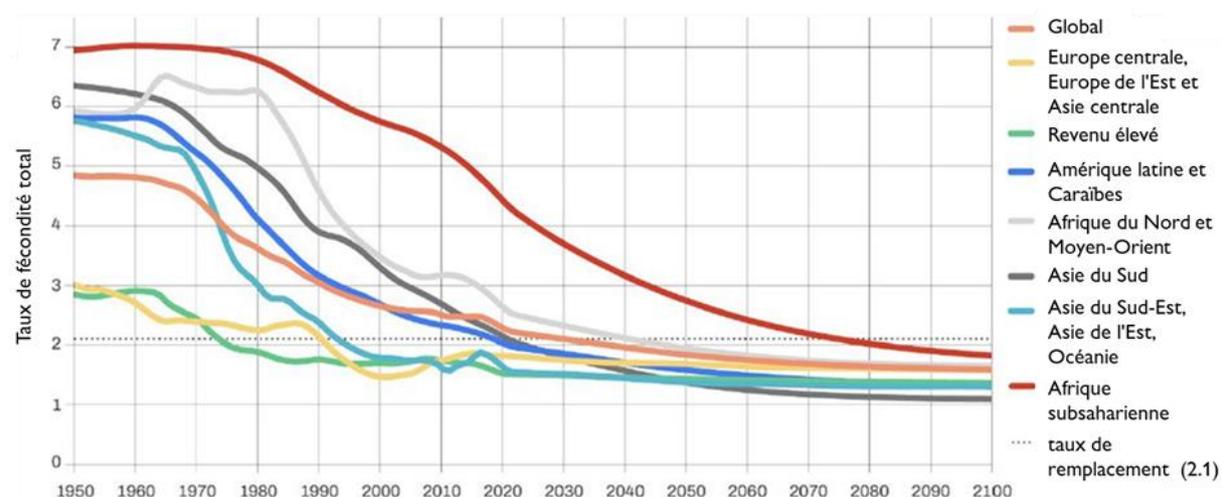
Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) : Variante de la FIV utilisée en cas d'infertilité masculine (par exemple : faible nombre ou faible mobilité des spermatozoïdes). Un spermatozoïde mobile est injecté directement dans le centre de chaque ovocyte mature afin de favoriser la fécondation.

4 Pourquoi il faut agir maintenant

4.1 Les conséquences de l'inaction

Comme le dit l'adage : « le privé est politique ». Les conséquences de l'inaction ne concernent pas uniquement les individus, mais l'ensemble de la société, de l'économie et du système politique. À l'échelle individuelle, l'écart de fertilité, c'est-à-dire la différence entre le nombre d'enfants souhaité et celui effectivement mis au monde, se creuse : bien que la majorité des personnes en Suisse rêvent d'une famille avec deux enfants, ce souhait reste inaccompli pour beaucoup. Depuis les années 1960, les études européennes sur le nombre d'enfants idéal montrent une baisse constante dans les intentions ou attentes en matière de parentalité (The Economist Group, 2024).

Figure 1. Taux de fécondité total, 1950-2100, par super-région GBD et dans le monde entier.



Source : Bhattacharjee et al. (2024) ; GBD = Global Burden of Disease (charge globale de morbidité)

Les répercussions politiques et sociales de ces changements démographiques auront des conséquences profondes. Pour l'Europe de l'Ouest¹, divers modèles prévoient un déclin de la population de 12 % d'ici à 2100. Des pays comme l'Italie ou l'Allemagne devront respectivement faire face à une baisse de 41 % et de 16 %. La Suisse se situera probablement quelque part entre les deux.

La Suisse dépend de plus en plus de l'immigration pour compenser la baisse des naissances nationales. Sans immigration, la population active diminue depuis 2020, et cette tendance va se poursuivre

¹ Les prévisions fondées sur des données pour la Suisse reposent sur des chiffres obsolètes (avant la pandémie de Covid-19) et se rapportent à un taux de fécondité de 1,51. Cette valeur étant désormais très éloignée de la réalité, les projections de l'Office fédéral de la statistique n'ont pas été prises en compte ici (OFS, 2020).

(Economiesuisse, 2023). Le problème est que d'autres pays européens sont également confrontés à la baisse de leur taux de natalité. Cela pourrait inciter davantage de personnes à rester dans leur pays d'origine, ce qui réduirait la pression migratoire vers la Suisse. Un déclin démographique généralisé est attendu en Europe à partir des années 2030, après avoir atteint un pic de sa population.

Figure 2. Différence annuelle entre les personnes âgées de 65 et 20 ans

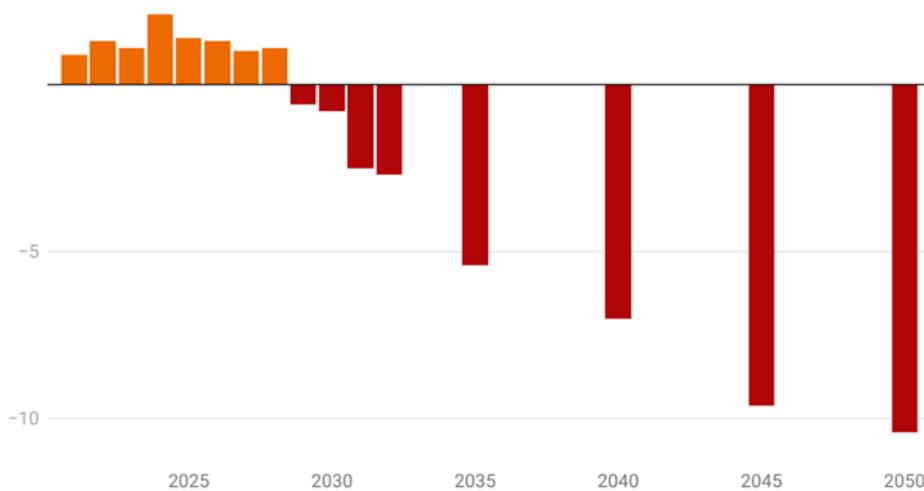


Source : *Economiesuisse (2023)*

Cette situation exerce une pression considérable sur l'économie et la fourniture de services publics, car la différence entre la population active et les retraité·e·s s'accroît plus en plus. Dès 2029, le nombre de personnes entrant à la retraite dépassera de plus de 30 000 celui des nouveaux entrants sur le marché du travail. Au cours des dix prochaines années, le nombre de retraité·e·s augmentera de 26 %, alors que la population active ne progressera que de 2 % (Minsch & Saurer, 2024).

En 1948, la Suisse comptait 6,5 personnes actives pour un·e retraité·e. En 2020, ce rapport était déjà tombé à 3,3:1. En 2050, le taux de dépendance des personnes âgées chutera à 2,2:1. Cela représente un défi colossal pour le système de répartition de l'AVS (1^{er} pilier), dans lequel les pensions des retraités sont directement financées par la population active. Même selon les scénarios les plus optimistes en matière d'immigration, l'Office fédéral de la statistique prévoit qu'un déficit annuel de 10 milliards de francs menacera le système de retraite d'ici à 2050 – à moins que des réformes profondes ne soient engagées.

Figure 3. De l'excédent au déficit de l'AVS (en milliards de francs)



Source : *Economiesuisse* (2023)

Le taux de natalité en baisse aggrave la pénurie de personnel qualifié déjà existante. D'ici à 2040, un déficit de 431 000 personnes est attendu sur le marché du travail suisse, soit environ 8 % de la population active actuelle (Economiesuisse, 2023). En outre, un recul du PIB par habitant est probable dès la fin des années 2020, même si les salaires réels pourraient continuer à croître. D'ici à 2050, le revenu disponible des ménages pourrait baisser de 9 %, et de 16 % d'ici à 2080 (Buchmann, 2021).

« Mais si ces chiffres continuent de baisser, des écoles vont fermer. Des maisons de retraite vont ouvrir, des villages vont disparaître, etc. Car lorsqu'une école ferme dans un village, c'est tout le village qui est condamné. Et puis, il y a un autre aspect à considérer : l'allongement de l'espérance de vie, tel un arbre qui cache la forêt. Autrefois, on avait un équilibre entre naissances et décès. Aujourd'hui, il y a moins de naissances et moins de décès, mise à part la période du COVID. » - Professeur en médecine de la reproduction

En résumé : quels sont les risques liés à la baisse de la natalité en Suisse ?

- **Population active en baisse et pénurie de main-d'œuvre qualifiée** : même si l'immigration évolue selon les prévisions les plus optimistes, le marché du travail suisse devrait connaître un manque d'environ 431 000 personnes d'ici à 2040, soit près de 8 % de la population active actuelle.
- **Forte dépendance liée à l'âge (moins de jeunes pour soutenir les personnes âgées)** : d'ici à 2050, le taux de dépendance des personnes âgées tombera à 2,2, ce qui pourrait entraîner un déficit annuel pouvant atteindre 10 milliards de francs suisses dans le système de retraite (AVS).
- **Pression croissante pour augmenter l'immigration** : la Suisse sera de plus en plus dépendante de l'immigration dans les décennies à venir. Or, la tendance politique évolue dans le sens contraire. L'UDC a déjà rassemblé les signatures pour une initiative visant à plafonner la population à 10 millions. En 2024 et début 2025, les partis d'extrême droite ont gagné du terrain dans presque toutes les élections européennes.
- **Tensions et conflits socio-politiques croissants** : ces évolutions entraîneront probablement des tensions sociales croissantes, dues à la pression économique, au ressentiment envers une population vieillissante, à une pression accrue sur les actifs, et à l'écart entre la nécessité d'accueillir des migrants et le rejet croissant de cette idée.

4.2 Mesures nécessaires pour un changement durable

Pour donner à chacun-e la possibilité de fonder la famille qu'il/elle souhaite, nous devons agir dans deux domaines : (1) renforcer la sensibilisation, briser les mythes et changer les mentalités des acteurs clés – notamment les personnes concernées par l'infertilité ou susceptibles de l'être, les entreprises et le gouvernement fédéral – et (2) améliorer l'accès aux traitements contre l'infertilité. Chacun de ces trois acteurs joue un rôle essentiel dans cette transformation profonde.

Démystifier les idées reçues : alors que l'infertilité touche ou touchera de nombreuses personnes, peu de gens en Suisse comprennent bien leur propre fertilité, l'augmentation de l'infertilité ou les possibilités et limites de la procréation médicalement assistée (PMA). Quelles sont ces idées reçues et en quoi sont-elles trompeuses ou erronées ?

- « *L'infertilité est un problème de femmes.* » – Les hommes sont tout aussi souvent concernés.
- « *La médecine moderne peut toujours résoudre l'infertilité.* » – Les chances de succès diminuent avec l'âge. Avec des taux de réussite qui baissent avec l'âge, la FIV offre des opportunités pour une parentalité plus tardive, mais ne peut compenser les effets de l'âge. En réalité, en moyenne, un traitement par FIV aboutit à une naissance vivante pour une patiente sur trois (voir le nombre approximatif de patientes traitées chaque année à la figure 8).
- « *L'infertilité est une affaire privée.* » – Le silence accroît le stress psychologique et empêche l'accès au soutien social. Garder ses problèmes de fertilité pour soi peut accentuer le stress et entraîner des conséquences psychologiques néfastes. Cela empêche également les personnes concernées de recevoir le soutien dont elles ont besoin, par exemple de la part de personnes ayant vécu des expériences similaires, d'ami-e-s ou de collègues.
- « *Peu de personnes sont concernées.* » – Les problèmes de fertilité concernent près de 20 % de la population mondiale. Le sujet est simplement tabou.

Sans un changement préalable des mentalités, aucune réforme juridique ou politique ne pourra produire d'effet durable.

Améliorer l'accès : Le cadre juridique restrictif de la Suisse exclut de nombreuses personnes. Par exemple, le don d'ovocytes reste interdit, la FIV n'est pas couverte par l'assurance de base ni par un fonds public, et il n'existe pas d'égalité en matière de congé parental ou de garde d'enfants. Cela retarde les projets de famille et aggrave la crise actuelle.

« L'infertilité est une maladie comme une autre, ni plus ni moins. En Europe, 40 millions de personnes sont concernées, 300 millions dans le monde entier. Comme il s'agit d'un sujet intime (la famille, la politique, la religion), on en parle peu. » - Professeur en médecine de la reproduction

« La société suisse ne prend pas conscience que l'infertilité est une maladie reconnue. » - Chercheuse spécialisée dans les traitements et soins liés à la fertilité

5 Idées reçues courantes sur la fertilité et l'infertilité

Pourquoi la Suisse est-elle si mal préparée pour faire face à la baisse des taux de natalité ? Une raison centrale : il existe de nombreuses idées reçues profondément ancrées et des lacunes de connaissances sur la fertilité et l'infertilité. Cela entraîne les conséquences suivantes :

- Les femmes ignorent quand il est judicieux de préserver leur fertilité ;
- Les couples ne bénéficient pas du traitement optimal ; l'entourage n'a pas conscience des difficultés rencontrées ;
- Les employeur·euse·s n'offrent pas de soutien adéquat ;
- Les décisions politiques appropriées ne sont pas prises ;
- La société civile n'utilise pas son pouvoir d'influence.

Dans un pays comme la Suisse, qui dispose d'une démocratie directe, la société civile peut jouer un rôle central dans la législation.

Taux de fécondité total : nombre moyen d'enfants qu'une femme mettrait au monde au cours de ses années de reproduction si elle était soumise aux taux de fécondité par âge d'une période donnée et qu'elle vivait jusqu'à la fin de sa période reproductive.

Infertilité : maladie du système reproducteur masculin ou féminin, définie comme l'incapacité de concevoir une grossesse après douze mois ou plus de rapports sexuels réguliers et non protégés.

Grâce à des entretiens avec des expert·e·s, des employeur·euse·s, des responsables politiques et des personnes concernées, ainsi qu'à une analyse complète de la littérature et des données, cinq idées reçues fondamentales ont pu être identifiées. Dans les sections suivantes, nous montrons comment ces idées préconçues influencent les comportements – et ce que les individus, les employeur·euse·s et l'État peuvent mettre en œuvre pour faire évoluer les mentalités.

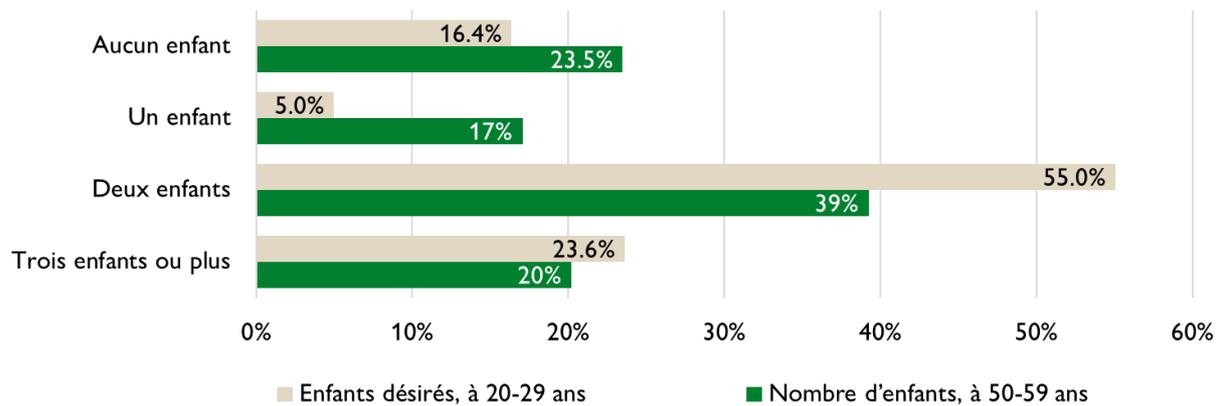
5.1 « L'infertilité ne me concerne pas. »

Les chiffres racontent une autre histoire : environ 20 % de la population en Suisse sera confrontée à des problèmes de fertilité au cours de sa vie (Blöchinger & Mertens, 2024). Pourtant, peu de personnes sont conscientes qu'elles pourraient être elles-mêmes concernées.

Fonder une famille : entre désir et réalité

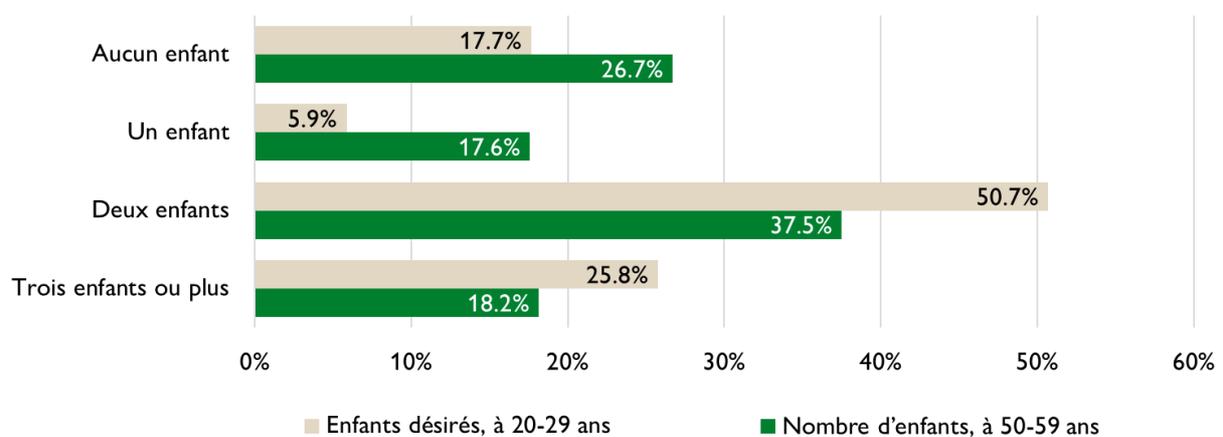
En Suisse, un couple sur cinq ne voit pas son souhait d'avoir un enfant se réaliser (USZ, 2024). Plus de 50 % des femmes et des hommes souhaitent avoir deux enfants, mais en réalité, seuls 38 % environ y parviennent. On parle donc d'un « écart de fécondité » d'environ 12 % (OFS, 2024a). En d'autres termes, il est devenu courant que les couples aient moins d'enfants qu'ils ne le souhaiteraient. De plus, ce n'est pas parce qu'un couple a conçu un enfant qu'il n'aura pas de difficultés à en concevoir un deuxième. En fait, 6,5 % des adultes en Europe souffrent d'infertilité secondaire, c'est-à-dire qu'ils rencontrent des difficultés à concevoir un deuxième enfant (OMS, 2023).

Figure 4. Souhait d'enfants et nombre réel d'enfants chez les femmes en Suisse



Source : OFS (2024a)

Figure 5. Souhait d'enfants et nombre réel d'enfants chez les hommes en Suisse



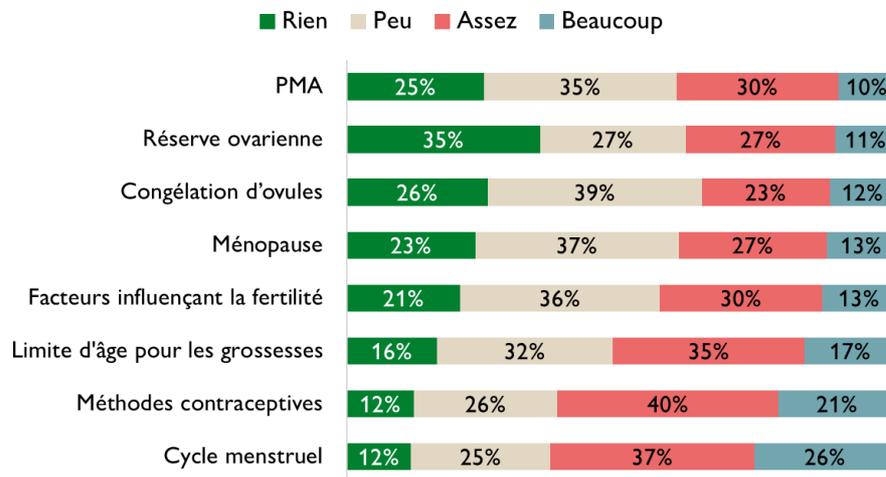
Source : OFS (2024a)

Une des raisons est l'âge élevé des parents lors de la première naissance. En Suisse, il est supérieur à 31 ans. À partir de 35 ans, la fertilité diminue fortement, les grossesses après 40 ans sont nettement plus difficiles, et après 45 ans extrêmement rares, car les ovocytes présentent de plus en plus de mutations génétiques (Leeners et al., 2013).

La plupart des membres de la Génération Z et des *Millennials* n'ont pas conscience de la forte prévalence de l'infertilité et du désir non réalisé d'avoir un enfant, et sont peu au courant de leur propre fertilité. Un sondage réalisé auprès de 623 jeunes en Suisse a montré que beaucoup ne connaissaient presque

rien de la diminution de la fertilité liée à l'âge ou du nombre d'ovocytes restants (réserve ovarienne) (Switzerland Report, 2024).

Figure 6. Que savez-vous des sujets suivants ?



D'après le Switzerland Report (2024) incluant les données de 623 membres de la Génération Z et des Millennials vivant en Suisse. Voir l'annexe pour des informations plus détaillées concernant la base de données ; PMA = procréation médicalement assistée

Cela n'a rien de surprenant : l'éducation sexuelle en Suisse se concentre presque exclusivement sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles (OFSP, 2024a). Nombreuses sont les personnes qui déclarent par la suite qu'elles auraient souhaité, notamment entre 25 et 30 ans, être mieux informées pour pouvoir prendre plus tôt des décisions en matière de famille ou des mesures pour préserver leur fertilité.

« Il manque dans la société une conscience que l'infertilité est une maladie reconnue. Beaucoup de personnes pensent qu'elles pourront facilement avoir des enfants plus tard, mais se rendent compte que c'est plus difficile que ce qu'elles imaginaient. Ces personnes auraient aimé en être informées plus tôt, mais entre 25 et 30 ans, personne ne vous le dit. » - Chercheuse spécialisée dans les traitements et soins liés à la fertilité

« Une femme sur six a des difficultés à tomber enceinte. Mais si l'on tient compte de l'âge, le risque est encore plus élevé : à 30 ans, la probabilité d'être infertile est d'un sur quatre ; elle est d'un sur trois à 35 ans, et d'un sur deux à 40 ans. » - Professeur en médecine de la reproduction

L'infertilité reste un sujet tabou. Dans une enquête menée auprès de 1564 adultes en Allemagne, 46 % ont déclaré parler ouvertement de sexualité, mais seulement 37 % parleraient de leurs problèmes de fertilité (Fertility Survey, 2024). Les hommes éprouvent encore plus de difficultés que les femmes à en parler. Beaucoup perçoivent l'infertilité comme une honte ou une atteinte à leur virilité et à leur estime de soi.

« La fertilité n'est pas uniquement une affaire de femmes, mais aussi d'hommes. Alors que les femmes ont l'habitude de consulter régulièrement des médecins, ce n'est souvent pas le cas chez les hommes. À cela s'ajoutent la honte et le doute de soi : suis-je encore un vrai homme ? Est-ce que je veux vraiment avoir des enfants dans ces conditions ? Dans de nombreuses cliniques de fertilité, je constate que ce sont les femmes qui

gèrent toute l'organisation, même lorsque le problème est masculin. » - Psychothérapeute pour patient-e-s en parcours de fertilité

Un sujet tabou, même chez le médecin : 60 % des femmes parlent rarement, voire jamais, de leur fertilité avec leur gynécologue. Inversement, les médecins abordent peu ou pas activement le sujet (Lienhard et al., 2024) ou se contentent de recommandations vagues, comme « *Essayez encore un peu* »².

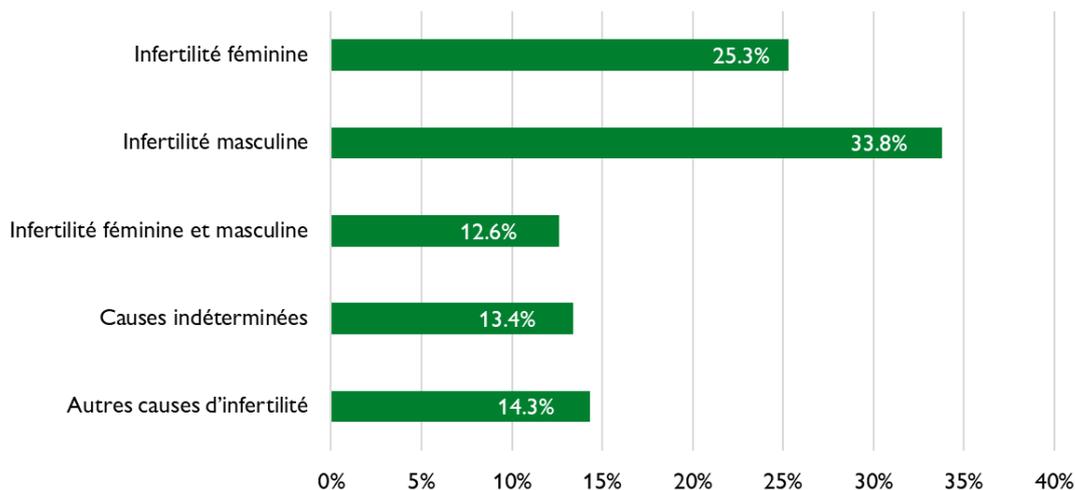
« Les médecins et les généralistes devraient poser la question sans détour : « Avez-vous réfléchi à votre projet de famille ? » À partir d'un certain âge, il est crucial que les patient-e-s connaissent leurs options dès le départ – notamment les façons de préserver leur fertilité. » - Patiente ayant suivi un traitement de FIV

Parler plus ouvertement de la fertilité et de l'infertilité peut enclencher un cercle vertueux : cela incite d'autres à réfléchir aux limites de la fertilité et à l'importance d'agir tôt. En effet, les personnes dont les ami-e-s ou les membres de la famille ont évoqué leurs expériences en matière de fertilité font bien plus souvent un test de fertilité préventif, contrairement à celles qui ne connaissent personne ayant vécu cela (Fertility Survey, 2024). Lorsque ces dernières sont elles-mêmes confrontées à l'infertilité plus tard dans la vie, elles manquent souvent de connaissance sur le sujet et se sentent seules dès le début de leur « parcours de fertilité ».

L'infertilité ne touche pas que les femmes

Les troubles de la fertilité masculine sont aussi courants que ceux de la fertilité féminine et constituent même plus souvent la cause principale d'un traitement par fécondation *in vitro* (FIV) (USZ, 2024).

Figure 7. Raisons d'un traitement FIV



Fondé sur des données secondaires de l'Office fédéral de la statistique entre 2007 et 2022 (plus de détails en annexe). FIV = fécondation *in vitro*

Un nombre croissant d'études scientifiques indique qu'il existe également chez les hommes une « horloge biologique » (Muncey et al., 2025 ; Ku et al., 2025). La quantité et la qualité des spermatozoïdes

² Extrait de l'interview d'un expert en matière de traitement et de soins de la fertilité.

diminuent avec l'âge (Zhang et al., 2022). Le délai nécessaire à la conception s'allonge avec l'âge, car la fertilité des deux partenaires diminue (Ford et al., 2000). Comme l'a exprimé une ancienne patiente FIV : « L'infertilité ne concerne jamais qu'un seul membre du couple. Le couple est infertile, indépendamment de la cause médicale. »

« Si je ne tombe pas enceinte, je ferai une FIV. »

Lorsqu'il s'agit de fertilité, beaucoup de personnes surestiment les capacités de la médecine moderne et sous-estiment ses limites.

« Les célébrités qui tombent enceintes à la cinquantaine ans ne disent pas toujours qu'elles ont eu recours à un don d'ovocytes. Cela crée de faux espoirs. Les connaissances sur la fertilité restent très limitées. » - Médecin et chercheuse en médecine de la reproduction

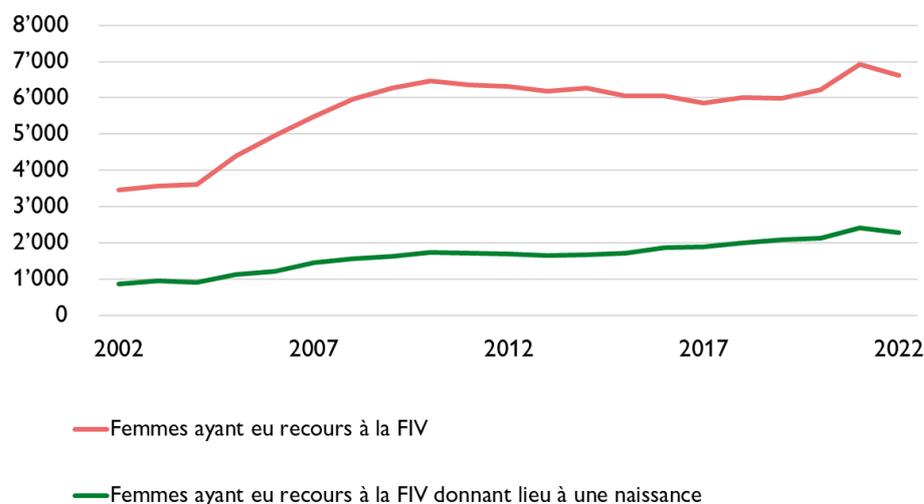
« J'ai parlé avec de nombreuses femmes instruites qui me disaient : "Si ça ne marche pas, je ferai une FIV." Elles ne savent pas combien de fois cela échoue. C'est parce que nous ne parlons pas de toutes les tentatives infructueuses, mais uniquement des réussites. » - Chercheuse spécialisée dans les traitements et soins liés à la fertilité

Certaines femmes considèrent la FIV comme une solution simple pour fonder une famille plus tard dans la vie. Les traitements de fertilité comme la congélation d'ovocytes ou la FIV sont souvent associés à des femmes âgées et carriéristes, alors que beaucoup ignorent que 40 % des femmes qui débutent une FIV ont 34 ans ou moins (OFSP, 2024b). De plus, les patientes FIV semblent plus âgées car elles doivent souvent suivre plusieurs cycles – et donc vieillissent pendant le processus.

« Les gens vieillissent pendant le traitement. Celui-ci est long pour de nombreuses raisons : psychologiques (on a besoin d'une pause, on ne veut pas revoir les injections et interventions) ou pratiques (changer de méthode – d'un traitement hormonal à une FIV ou à un don d'ovocytes – prend du temps). Tout cela donne l'impression que seules les femmes âgées ont recours à la FIV. » - Psychothérapeute pour patient-e-s en parcours de fertilité

La réalité (pour beaucoup) : moins d'un tiers des femmes qui suivent un traitement par FIV donnent naissance à un enfant. À cela s'ajoutent des coûts élevés et une charge psychologique considérable avant, pendant et après le traitement : 40% des femmes ayant subi un échec de FIV (un cycle annulé, un test de grossesse négatif ou une grossesse se terminant par une fausse couche) présentent un risque accru de dépression (Holley et al., 2012). Même des décennies plus tard, les séquelles psychiques peuvent persister (Vikström et al., 2015).

Figure 8. Taux de réussite de la FIV



Fondé sur des données secondaires de l'Office fédéral de la statistique pour la période 2007-2022 (voir détails en annexe). FIV = fécondation in vitro

Que peut-on faire ?

- ✓ Pour lutter contre le déclin de la fertilité et permettre à toutes les personnes de fonder la famille qu'elles souhaitent, un effort coordonné est nécessaire pour comprendre les causes du report des projets familiaux et de l'infertilité. Afin de saisir toutes les dimensions sociales, économiques et biologiques du problème – et de mobiliser une large coalition d'acteurs (par ex. : Office fédéral de la santé publique, sociétés médicales spécialisées, acteurs de l'éducation) – la Confédération doit prendre l'initiative.
 - Cela implique de fournir des moyens supplémentaires aux programmes de recherche existants en Suisse, tout en impliquant davantage de disciplines et de chercheur-euse-s. Il convient d'accorder une attention particulière aux différences d'attitudes, de préoccupations et de défis entre les régions (par ex. : urbaines vs rurales, cantons catholiques vs protestants, régions linguistiques).
 - Existe-t-il des disparités dans l'accès aux traitements médicaux, aux services de garde ou au soutien psychologique ? L'infertilité ou la procréation médicalement assistée (PMA) sont-elles plus taboues dans certains groupes sociaux ? L'accès aux traitements diffère-t-il selon le statut social (par ex. : couples homosexuels vs hétérosexuels) ? Combien de personnes renoncent à un traitement pour des raisons financières ?

- ✓ L'Office fédéral de la santé publique devrait soutenir et financer une campagne d'information publique réunissant diverses voix et acteurs, afin de briser la stigmatisation sociale.
 - L'objectif est d'informer sur le fait que l'infertilité est un sujet concernant aussi bien les femmes que les hommes. Le lien entre âge et fertilité chez les deux sexes doit être discuté plus ouvertement. Les personnes ayant pris tôt des décisions concernant leur fertilité ou leur projet familial devraient être mises en lumière comme modèles.
 - Une discussion publique avec des modèles féminins et masculins parlant ouvertement de leur expérience de l'infertilité et des traitements (avec ou sans succès) aiderait à

démystifier le sujet. Ces témoignages devraient aborder aussi les effets secondaires physiques et psychologiques, pour déconstruire les sentiments de honte, d'isolement et d'échec.

- Des expert·e·s crédibles (par ex. des spécialistes en médecine de la reproduction) doivent fournir des informations objectives et réalistes sur les traitements de fertilité. Messages clés à transmettre : la FIV et la congélation d'ovocytes ne sont ni des « solutions miracles » ni des « assurances fertilité ». Les facteurs de risque individuels (troubles de la coagulation, maladies auto-immunes, dépression, etc.) doivent être pris en compte dans tout parcours de fertilité. Il est important de rappeler que la FIV ne concerne pas uniquement les femmes « carriéristes et tardives » : la moitié des cas est liée à l'infertilité masculine ; des causes médicales multiples rendent la FIV nécessaire ; et l'infertilité touche un couple sur sept.
- ✓ Les cantons (ou une coalition de cantons) devraient revoir l'approche de l'éducation sexuelle à l'école et fournir des informations scientifiquement fondées, accessibles à tous les âges, pour promouvoir une compréhension globale de la fertilité. Notamment...
- ... en formant les enseignant·e·s et psychologues scolaires à transmettre des informations solides et adaptées à l'âge sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles, la régulation de la fertilité et le vieillissement reproductif – avec des points d'ancrage multiples (par ex. écoles professionnelles et universités).
 - ... en proposant des formats d'information accessibles sur la sexualité, la fertilité, le consentement, etc. – notamment pour les jeunes qui n'osent pas en parler à la maison ou à l'école. Cela contribue à normaliser les discussions sur la baisse de la fertilité liée à l'âge. C'est [site web néerlandais](#) en est un excellent exemple.
 - ... en utilisant les campagnes de prévention type *Safer Sex* pour encourager une réflexion précoce sur les projets familiaux (par ex. : « Le sexe est toujours possible – la planification familiale aussi ? »).
 - ... en rendant l'information fiable sur les traitements de fertilité accessible à tou·te·s : notamment via des listes de prestataires, un cadre juridique (et où obtenir de l'aide), des centres de conseil spécialisés, des groupes de soutien et des échanges d'expérience entre particuliers. Ces ressources doivent inclure des données à jour sur les taux de réussite, les facteurs influents et les risques individuels (tels que les antécédents médicaux, la santé mentale, etc.).
- ✓ Les professionnel·le·s de la santé peuvent jouer un rôle clé pour que les patient·e·s réfléchissent tôt à leur projet familial, surtout avant les étapes biologiquement critiques (notamment l'âge de 35 ans pour les femmes). L'État devrait donc former les médecins généralistes, gynécologues et autres spécialistes en santé reproductive pour :
- ... intégrer le sujet de la planification familiale ou de la préservation de la fertilité dans les consultations. Il conviendrait d'expliquer quand une intervention comme la congélation d'ovocytes est pertinente (par ex. à 34 ans, lorsque la qualité ovocytaire est encore bonne), en ayant conscience du cadre juridique actuel (par ex. : stockage des ovocytes pendant 10 ans maximum, grossesse possible jusqu'à 40 ans).
 - ... gérer les attentes et informer clairement sur les limites et possibilités de la médecine reproductive (par ex. : l'âge ne peut être entièrement compensé). Des décisions

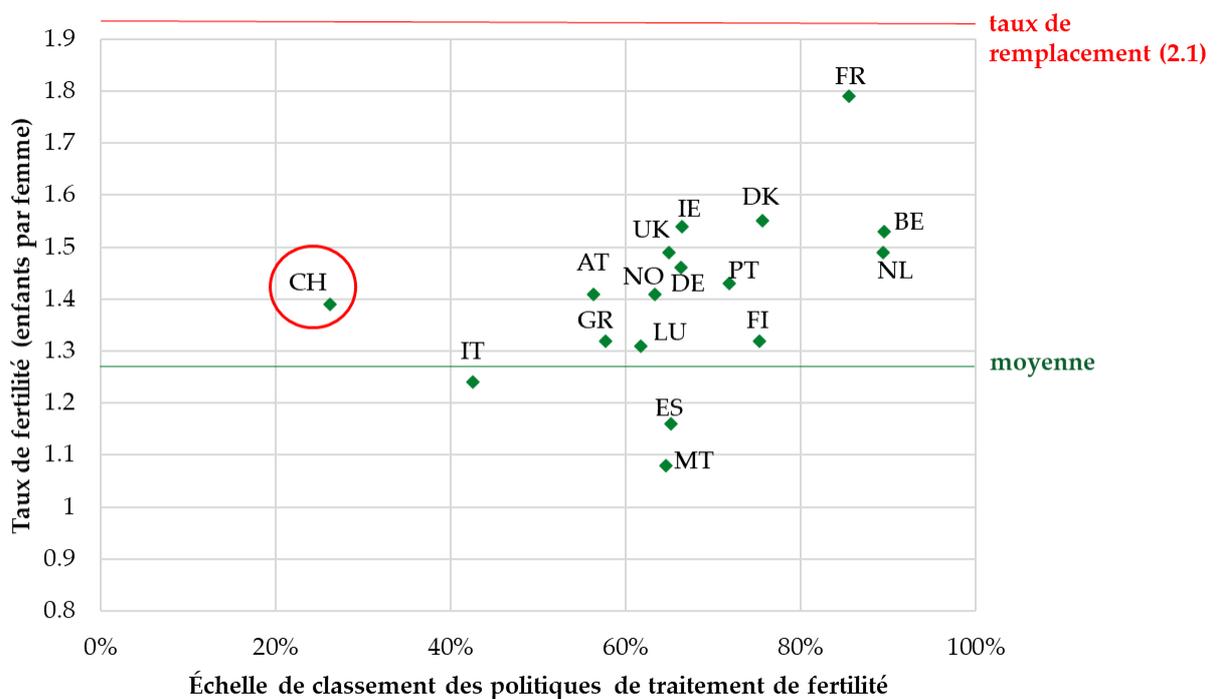
éclairées et en temps utile sont essentielles. Les options préventives comme la congélation des ovocytes doivent être abordées tôt, et les possibilités de traitement expliquées au fur et à mesure de l'évolution du parcours.

5.2 « En Suisse, j'ai accès aux meilleurs soins médicaux »

La Suisse n'affiche pas seulement un taux de natalité inférieur à la moyenne européenne, elle est aussi extrêmement mal préparée pour faire face à la baisse de la fertilité. Elle dispose de l'un des cadres juridiques les plus restrictifs et discriminants d'Europe, combiné à des coûts à la charge des patient-e-s parmi les plus élevés pour les traitements de fertilité. En conséquence, de nombreuses personnes ne peuvent pas accéder au soutien médical dont elles auraient besoin.

« J'ai honte qu'un pays aussi développé que la Suisse, avec un PIB par habitant aussi élevé, obtienne d'aussi mauvais résultats en matière d'accès aux traitements de fertilité. » - Patiente ayant suivi un traitement de FIV

Figure 9. Corrélation entre taux de fécondité et score d'accès aux traitements de fertilité en Europe



Explication de l'échelle : 0–30 % = extrêmement faible (accès très restreint, aucun financement public) ; 31–40 % = très faible (accès limité, mauvais financement) ; 41–50 % = faible (accès réservé à certains groupes, peu de financement) ; 51–60 % = moyen (accès partiel, financement variable) ; 61–70 % = bon (bon cadre légal, large accès, financement relativement adéquat) ; 71–80 % = excellent (cadre légal favorable, large accès, bon niveau de financement). Source : Eurostat (2024) ; taux de remplacement = nombre d'enfants par femme nécessaire pour maintenir la population stable.

« La Suisse est une démocratie progressiste qui garantit l'égalité des droits pour toutes et tous. »

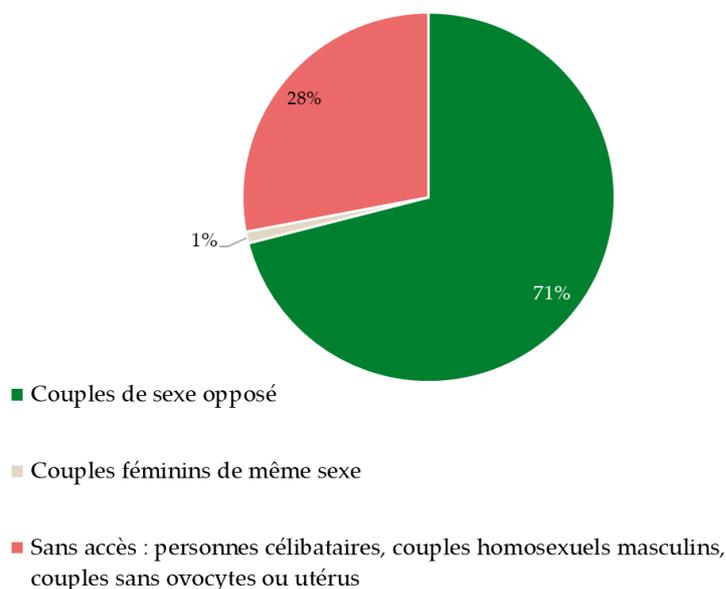
Actuellement, la Suisse dispose de l'un des cadres juridiques les plus restrictifs d'Europe en matière d'assistance à la procréation. Par exemple, il n'est pas possible d'y accéder si...

- ... la femme a épuisé sa réserve ovarienne (don d'ovocytes interdit) ;
- ... le couple est non marié et souhaite utiliser un don de sperme (réservé aux couples mariés) ;
- ... la femme n'a pas d'utérus (gestation pour autrui interdite) ;
- ... il s'agit d'un couple homosexuel masculin (don d'ovocytes et GPA interdits) ;
- ... le couple a besoin d'un don d'ovocytes et de sperme (don d'ovocyte et d'embryon interdit) ;
- ... une personne seule souhaite une IUI ou une FIV (pour les couples uniquement).

Le Conseil fédéral a bien annoncé une révision de la loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA), en vigueur depuis 2001. Cette révision devrait (normalement) permettre le don d'ovocytes et ouvrir l'accès aux dons d'ovocytes et de sperme aux couples non mariés. Cependant, continueront d'être exclus : les femmes sans utérus, les couples homosexuels masculins et les femmes célibataires.

De plus, la proposition de loi ne sera disponible qu'au plus tôt en 2026 – et plusieurs partis ont déjà annoncé leur intention de lancer un référendum. Il est donc peu probable qu'un changement législatif puisse peut-être avoir lieu avant 2029.

Figure 10. Accès à la PMA en Suisse



Sources : OFS (2024e, 2024f, 2024g) ; Sotomo (2016) ; PMA = procréation médicalement assistée

« Les meilleurs soins de santé en Europe »

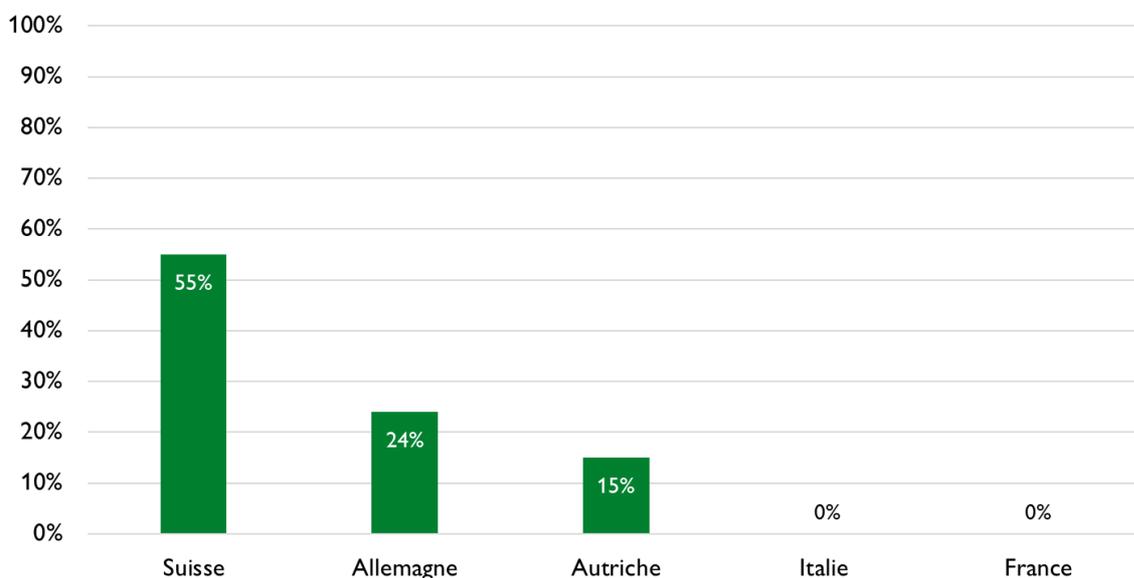
La Suisse est connue pour son excellent système de santé et son industrie pharmaceutique puissante (US News & World Report, 2024). Pourtant, cela ne se reflète guère dans l'accès à la médecine reproductive. La législation restrictive entrave non seulement la prise en charge des personnes concernées, mais freine aussi la recherche et l'innovation dans le domaine.

De nombreuses personnes n'ont pas les moyens de financer un traitement

La situation est particulièrement problématique en termes de coûts : bien que l'assurance de base couvre trois inséminations intra-utérines (mais uniquement pour les couples hétérosexuels), la Suisse est le seul pays d'Europe de l'Ouest à ne pas couvrir du tous les traitements de FIV (dont avec ICSI), ni par l'assurance de base, ni par un fonds public. Dans tous les autres pays européens, au moins trois tentatives de FIV (dont ICSI) sont prises en charge, à l'exception de l'Autriche et de l'Allemagne, où au moins 50 % des coûts sont tout de même couverts.

En Suisse, le coût de trois tentatives de FIV représente entre 40 % et 66 % du revenu moyen annuel d'un ménage, selon la clinique. Une étude américaine a montré que la couverture d'assurance joue un rôle important dans la demande de FIV, le taux de FIV chutant de moitié lorsque le traitement n'est pas couvert (Peipert et al., 2022).

Figure 11. Coût attendu de trois tentatives de FIV et part du revenu annuel disponible dans différents pays européens



Source : ³

³ Les estimations pour la Suisse et l'Allemagne sont basées sur un examen de différentes cliniques de fertilité. Une clinique de fertilité « typique » se situant à l'extrémité supérieure et à l'extrémité inférieure des coûts attendus a été sélectionnée pour établir une estimation moyenne. Suisse : Kinderwunschzentrum Admira Winterthur, CPMA (Centre Médical de Fertilité de Lausanne). Allemagne : Kinderwunschärzte Berlin, Fertility Center Hamburg FCH. Une analyse juridique de la couverture d'assurance en Europe a été utilisée pour déterminer le montant couvert (Seelmann, 2021). En Autriche, les prix des traitements dans les hôpitaux publics et privés sont fixés par la loi. Un fonds public couvre 70 % du coût, sous certaines conditions, comme indiqué dans BMASGK, 2023. Italie et France : *European Atlas of Fertility Policy* (2024). Les frais de co-paiement pour les visites médicales et les

« Les personnes avec peu de moyens sont sous une pression énorme : il faut que ça marche dès la première ou deuxième tentative. Après ça, l'argent manque. J'ai vu des femmes s'effondrer en pleine crise de panique. » - Psychothérapeute pour patient-e-s en parcours de fertilité

Dans tous les autres pays d'Europe de L'Ouest, une partie des coûts de la FIV est prise en charge, sauf en Suisse. Pourquoi ? En 1987, le Tribunal fédéral a jugé que la FIV était une « méthode expérimentale » et qu'elle ne devait donc pas être remboursée par l'assurance de base. Ce jugement n'a jamais été révisé depuis. Le cadre légal des assurances en Suisse repose donc encore sur l'état des connaissances scientifiques sur la FIV d'il y a plus de 35 ans (Pärli & Mahrer, 2022).

« Lorsqu'on parle de gestation pour autrui, le discours sur la "protection contre l'exploitation des femmes" n'est souvent qu'un prétexte. Les gens partent à l'étranger. On exporte ainsi un dilemme moral et le risque d'exploitation. C'est précisément parce qu'on interdit au lieu de réguler que la GPA a lieu dans des pays où la protection est beaucoup plus faible. » - Experte en droit de la fertilité

La prise en charge de trois tentatives de FIV pour 6000 femmes (nombre moyen de traitements par an) coûterait environ 126 millions de francs suisses. À titre de comparaison : les coûts indirects liés au tabagisme dépassent 3 milliards de francs par an (ZHAW, 2019). Des études montrent également que l'infertilité non résolue entraîne des coûts médicaux à long terme. Une étude danoise portant sur plus de 98 000 participantes a révélé que les femmes restées sans enfant après un traitement de fertilité infructueux présentent un risque accru de 18 % de troubles psychiques (Baldur-Felskov et al., 2013). Une étude suédoise a montré que les partenaires des personnes concernées par l'infertilité sont également plus susceptibles de recourir à des médicaments pour troubles psychologiques (Bögl et al., 2024).

Les coûts de l'infertilité vont donc bien au-delà des coûts du traitement et comprennent divers coûts secondaires tels que les coûts de la psychothérapie et du traitement psychologique. Ce dernier est d'ailleurs couvert par l'assurance de base.

Que peut-on faire ?

- ✓ L'État, en collaboration avec les compagnies d'assurance, devrait faire de la prise en charge financière de toutes les formes de procréation médicalement assistée (PMA) une priorité, que ce soit dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire ou d'un fonds public.
 - Le financement de l'IIIU, de la FIV et de l'ICSI devrait être soumis à des critères médicaux clairs et transparents (tels que l'âge, la probabilité de succès, le nombre de tentatives, etc.). Il est essentiel que cette prise en charge soit également accessible aux couples de même sexe et aux femmes célibataires.

médicaments ne sont pas pris en compte, car ils dépendent de chaque assureur et diffèrent d'une région à l'autre dans plusieurs pays. Le revenu disponible est basé sur les estimations du revenu disponible ajusté net des ménages de l'Indicateur du Vivre Mieux de l'OCDE (OCDE, 2024).

- ✓ Mettre fin à la discrimination en matière d'accès aux traitements est probablement la mesure la plus importante. En raison du système de démocratie directe propre à la Suisse, il est essentiel de cibler les législateur-trice-s et les électeur-trice-s, les groupes d'intérêt et la société civile pouvant jouer un rôle clé. Cela implique plusieurs axes d'action :
 - Former des coalitions politiques (au-delà des différents partis du spectre politique) et élaborer un plan d'action concret pour légaliser le don d'ovocytes. Cette mesure entraînera très probablement un référendum, c'est pourquoi une vaste campagne de sensibilisation est donc nécessaire pour expliquer pourquoi le don d'ovocytes est important et a des effets positifs à long terme.
 - Légaliser le don d'ovocytes en Suisse permettrait d'offrir des options plus sûres et mieux encadrées que les traitements à l'étranger. Il faut expliquer qu'un don d'ovocytes éthique n'est pas une exploitation, en particulier s'il repose sur des dons altruistes.
 - « Il s'agit d'égalité – si le don de sperme est légal, pourquoi pas celui d'ovocytes ? » Ce point révèle l'inégalité de genre dans le droit suisse : les hommes peuvent donner leur sperme, les femmes ne peuvent pas donner leurs ovocytes. Un sondage représentatif récent montre que 73 % de la population suisse estime que si le don de sperme est légal, le don d'ovocytes devrait l'être aussi (*UZH, 2024*).
 - Lever les restrictions sur la congélation d'ovocytes sans raison médicale, afin que les femmes puissent préserver leur fertilité plus tôt dans leur vie. Cela nécessite un accompagnement personnalisé : quel est le meilleur moment pour congeler ses ovocytes ? Par exemple, il est souvent préférable de surveiller sa fertilité et de procéder à la congélation entre 32 et 34 ans, plutôt que dans la vingtaine, notamment à cause de la durée maximale de stockage (10 ans). Ainsi, les femmes disposent d'ovocytes de bonne qualité exactement au moment où elles en ont vraiment besoin.
 - Permettre l'accès à la PMA pour les femmes célibataires.
 - Informer les responsables politiques et le public sur la gestation pour autrui, afin de dissiper les idées reçues et aborder les aspects éthiques, médicaux et sociaux, notamment le manque de protection juridique pour les mères porteuses à l'étranger. L'objectif est d'encourager la réflexion sur la GPA, où les mères porteuses ne sont indemnisées que pour les frais médicaux et logistiques. Idée centrale : ne pas interdire, mais réguler.
- ✓ Pour un changement durable, il faut une approche stratégique et systémique pilotée par l'État. Cela passe par la création d'un groupe pluridisciplinaire composé de spécialistes de Suisse et de l'étranger pour élaborer un plan national de fertilité à long terme pour la Suisse (juristes, spécialistes de la santé publique, chercheur-euse-s en médecine reproductive, médecins, sociologues, psychologues, personnalités politiques suisses). Le plan devrait formuler des priorités politiques et des recommandations concrètes pour la Confédération et/ou les cantons (accès équitable aux traitements de fertilité, incitations à planifier tôt une famille, congé parental équivalent pour hommes et femmes, gardes d'enfants abordables). La France élabore actuellement un tel plan national de fertilité, dont la mise en œuvre peut servir d'exemple utile.

5.3 « Je peux congeler ma fertilité, mais pas ma carrière »

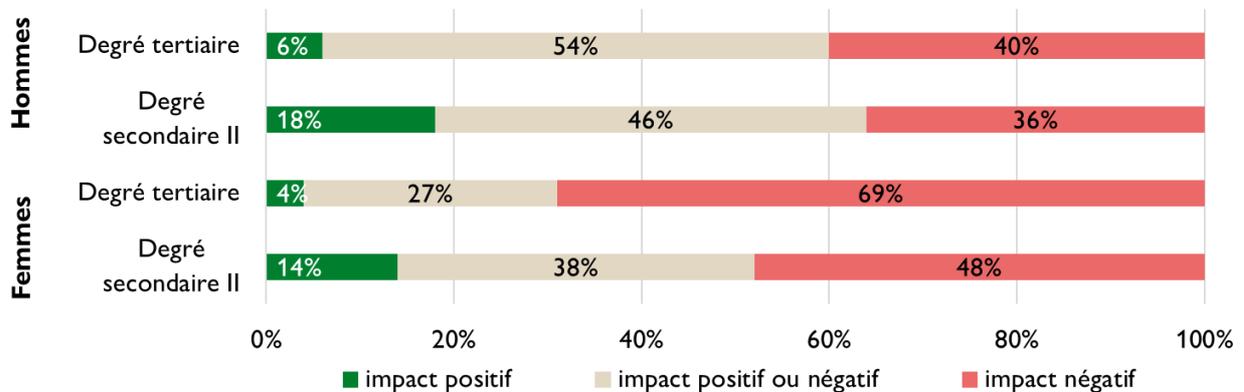
En Suisse, les femmes accouchant pour la première fois ont en moyenne 31,2 ans, soit l'un des âges les plus élevés d'Europe (environ 1,5 an de plus que la moyenne de l'UE) (OFS, 2024b). Pourquoi ? Parce que les normes traditionnelles en matière de répartition du travail et de la famille incitent de nombreuses femmes à s'établir d'abord professionnellement avant de fonder une famille.

« Il vaudrait mieux avoir des enfants avant de faire carrière – et non l'inverse. Mais pour cela, les entreprises devraient proposer des parcours professionnels clairs qui le permettent et envoyer un signal fort de soutien à la parentalité. » - Professeure de sociologie

La progression de carrière coïncide avec le « pic familial »

Le marché du travail suisse récompense les avancements professionnels dans une fenêtre temporelle étroite, précisément au moment où de nombreuses personnes songent à fonder une famille. Une enquête de l'Office fédéral de la statistique montre que 69 % des femmes diplômées de l'enseignement supérieur (et 40 % des hommes) s'attendent à ce que la maternité aient un impact négatif sur leurs perspectives de carrière.

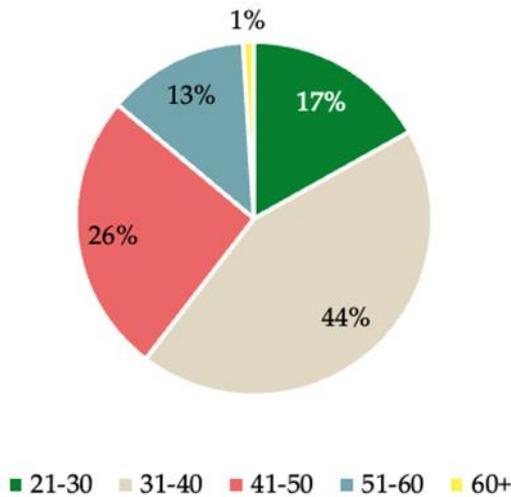
Figure 12. Comment la naissance d'un enfant affecterait-elle mes perspectives de carrière ?



D'après les données secondaires de l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2024c).

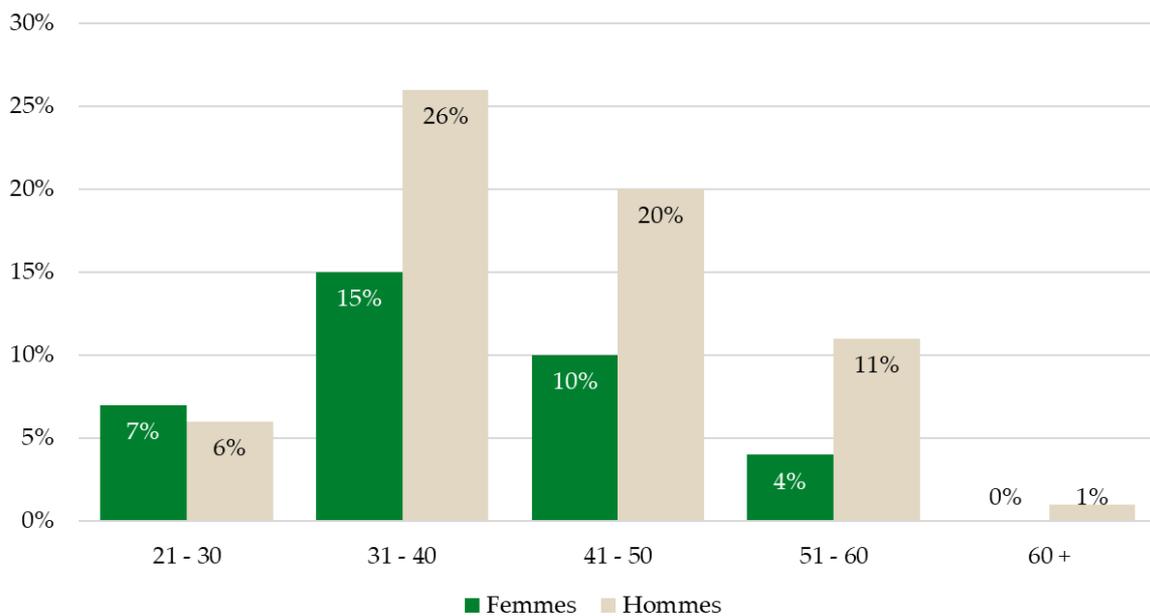
Ces craintes sont fondées : des données RH anonymisées de 370 000 employé-e-s dans 90 organisations suisses montrent que près de la moitié des promotions concernent la tranche d'âge des 31 à 40 ans (voir figure 13). Le message est clair : ces années de « pic familial » sont aussi le moment de faire progresser votre carrière. Les personnes qui ne sont pas promues à des postes de direction avant 40 ans ont peu de chances de l'être plus tard. Les femmes sont généralement sous-représentées dans les postes à responsabilité, auxquels elles ont plus de chances d'accéder entre 31 et 40 ans. Tandis que 15 % des promotions à des postes de direction concernent des femmes entre 31 et 40 ans, ce taux chute à 10 % entre 41 et 50 ans, puis à 4 % entre 51 et 60 ans. Les hommes, eux, bénéficient de promotions dans toutes les tranches d'âge.

Figure 13. Proportion des promotions par tranche d'âge pour toutes les employé-e-s



D'après les données du HSG Benchmarking 2024 de plus de 90 entreprises en Suisse. Voir l'annexe pour des informations plus détaillées concernant la base de données et les analyses.

Figure 14. Proportion des promotions à des postes de direction selon la tranche d'âge et le sexe



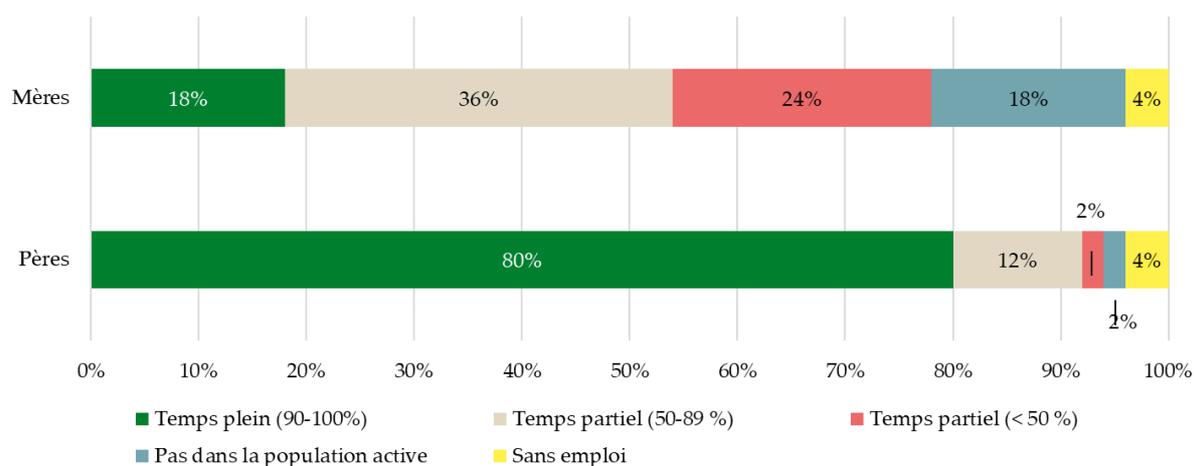
D'après les données du HSG Benchmarking 2024. Voir l'annexe pour des informations plus détaillées concernant la base de données et les analyses.

La maternité nuit à la carrière, mais pas la paternité

Les normes traditionnelles en matière de soins sont encore profondément ancrées dans la vie quotidienne en Suisse. Cela explique en partie l'âge élevé de la mère à la première naissance, en particulier chez les femmes instruites. Après la naissance de leur enfant, les mères suisses assument la majeure partie des soins : dans 56 % des ménages, ce sont les mères qui s'en occupent le plus ; les pères n'assument la majorité des responsabilités que dans 3 % des ménages (OFS, 2023).

Il n'est donc pas surprenant que de nombreuses femmes réduisent leur taux d'occupation une fois qu'elles ont des enfants. Seulement 18 % des mères d'enfants de 12 ans et moins travaillent à plein temps, contre 79 % des pères. 46 % des mères travaillent à moins de 50 % ou ne travaillent pas du tout, contre 9 % des pères (OFS, 2024d). Malheureusement, en Suisse, le travail à temps partiel reste un frein à la carrière. Les personnes qui travaillent à moins de 80 % représentent 12 % de l'ensemble de la masse salariale, mais leur part dans les promotions n'est que de 5 %. De plus, la mentalité selon laquelle les femmes doivent toujours choisir entre la carrière et la famille a un effet négatif sur le fait d'avoir des enfants à un âge précoce.

Figure 15. Taux d'occupation des parents avec un enfant de 12 ans ou moins



D'après les données secondaires de l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2024d)

« La congélation d'ovocytes, c'est pour les femmes carriéristes »

Contrairement à ce que la plupart des gens pensent, ce ne sont généralement pas des raisons professionnelles qui poussent les femmes à recourir à la congélation d'ovocytes. Les raisons les plus courantes sont a) l'absence du bon partenaire et b) le désir d'une parentalité traditionnelle et d'un lien génétique avec l'enfant (Faas-Fehervary & Busser Weiss, 2024 ; Schmid et al., 2025). Beaucoup oublient qu'il existe d'autres raisons (non sociales) à la congélation d'ovocytes. La congélation médicale est un autre terme qui fait référence à la congélation d'ovocytes recommandée aux femmes avant qu'elles ne commencent leur traitement contre le cancer (parce que la chimiothérapie peut altérer négativement les ovocytes).

En outre, la plupart des gens ne se rendent pas compte que la congélation d'ovocytes n'est pas une solution appropriée pour les femmes qui ont repoussé la question de leur fertilité pendant la majeure partie de leur trentaine. La fertilité des femmes est optimale vers l'âge de 25 ans et, comme la qualité des ovocytes se maintient à un niveau élevé jusqu'au début de la trentaine, la fertilité pour une parentalité future devrait idéalement être préservée vers l'âge de 33 ans. Plus les femmes sont âgées, plus le nombre d'ovocytes génétiquement anormaux est élevé. La limitation légale actuelle de la cryoconservation (c'est-à-dire la congélation et le stockage d'ovocytes) à 10 ans doit également être prise en compte dans la décision de préservation de la fertilité. Comme les risques maternels et foetaux augmentent fortement après l'âge de 46 ans, la grossesse devrait idéalement être réalisée avant (Sheen et al., 2018).

En résumé, les femmes doivent pouvoir planifier leur fertilité de façon proactive et comme elles l'entendent. L'État et les employeur-euse-s ont un rôle central à jouer pour rendre cela possible.

Que peut-on faire ?

- ✓ Les employeur-euse-s ont tout à gagner à élargir la fenêtre d'opportunité au-delà de la « période familiale » et à rendre les promotions accessibles aux femmes et aux hommes de tous âges. Voici des pistes concrètes :
 - Analysez les talents prometteurs que vous perdez en limitant les promotions aux trentenaires – pour démontrer l'intérêt économique d'un changement. Soutenez un congé parental équitable, quel que soit le genre.
 - Fixez des objectifs de diversité pour les promotions au-delà de 40 ans. Encouragez les femmes (et les hommes) ayant réduit leur taux d'activité à le réaugmenter plus tard, vers 40 ans par exemple, avec une perspective d'évolution fondée sur des critères de performance clairs.
 - Utilisez tous les canaux de communication pour mettre en lumière des parcours de carrière variés. Identifiez des modèles à tous les niveaux hiérarchiques et donnez-leur de la visibilité pour qu'ils partagent leurs bonnes pratiques en matière de conciliation travail-famille.
 - Proposez des parcours de carrière flexibles et adaptés aux différentes étapes de vie, y compris pour les personnes rencontrant des problèmes de fertilité (ex. : congés sabbatiques, baisse temporaire du taux d'occupation, mobilités internes latérales, etc.).
 - Intégrez la planification familiale et la parentalité comme éléments normaux d'une carrière, pour les femmes et les hommes...
 - ... en encourageant activement les hommes à prendre leur congé parental complet et à assumer leur part des responsabilités familiales.
 - ... en formant et en sensibilisant vos RH et vos responsables pour accompagner activement les employé-e-s concerné-e-s.
 - ... en offrant aux personnes traversant une période intense la possibilité de garder des postes clés en *job sharing* ou de réduire leur activité tout en restant dans le vivier de talents. Encouragez-les à jouer un rôle actif dans ce processus, par exemple avec du *task crafting* (en abandonnant temporairement, en ajoutant ou en modifiant la nature des tâches et des responsabilités actuelles de la description de poste).
- ✓ L'État devrait instaurer des incitations pour que les employeur-euse-s (surtout les PME) puissent proposer des solutions à leur personnel (par exemple : congé paternité allongé, congés payés pour traitements de fertilité, subventions type « allocation fertilité » comparable à l'allocation maternité, etc.).
- ✓ Enfin, le public doit exiger les réformes légales nécessaires mentionnées plus haut, afin d'assurer une protection juridique et un soutien pour les parents et les personnes en parcours de fertilité.

5.4 « Nous offrons déjà suffisamment de flexibilité à notre personnel. »

Les personnes confrontées à des problèmes de fertilité assument une charge considérable en matière de « travail reproductif » en plus des exigences de leur emploi. Les défis sont variés, complexes et dépendent fortement des circonstances individuelles, mais vont des aspects physiques et psychologiques aux aspects sociaux et financiers, et demandent une grande organisation. Les employeur·euse·s peuvent décider de soutenir ces personnes ou de rendre leur vie encore plus stressante (Wilkinson et al., 2023). En Suisse, peu d'entreprises ont mis en place des politiques de fertilité ou apportent un soutien direct à leur personnel quand il doit lutter contre l'infertilité. Il n'existe pas non plus de structures de soutien juridique protégeant les personnes concernées contre la discrimination au travail.

Les mesures de conciliation famille-travail n'interviennent qu'après la naissance (pas avant)

Très peu d'entreprises en Suisse offrent un soutien spécifique à leur personnel confronté à des problèmes de fertilité. À notre connaissance, seules deux entreprises en Suisse offrent des avantages financiers en matière de fertilité (par exemple, le remboursement des traitements de fertilité jusqu'à 40 000 francs) ; une poignée d'autres proposent d'autres formes de soutien, telles que des webinaires sur la fertilité, des conseils ou des consultations de spécialistes. En revanche, la plupart des entreprises offrent un soutien aux employées enceintes ou aux nouveaux parents. Notre enquête annuelle auprès de 90 professionnel·le·s de la diversité et des ressources humaines de grandes entreprises et organisations en Suisse le confirme : 65 % des employeur·euse·s soutiennent la garde d'enfants pour leur personnel (par exemple en subventionnant des crèches ou même en proposant leur propre structure d'accueil), 53 % offrent un soutien aux parents (par exemple un coaching ou la possibilité de réduire les responsabilités et/ou le temps de travail pendant une certaine période), et un tiers dispose de groupes de ressources ou de réseaux pour les parents (Implemented D&I Measures Questionnaire, 2024). Par la loi suisse, les employées enceintes sont protégées contre le licenciement et ont droit à un congé de maternité rémunéré de 14 semaines.

Les employeur·euse·s qui offrent un soutien financier constatent des réactions positives de la part de leur personnel (par exemple : « *C'est fantastique ! J'espère que le programme sera progressivement étendu à d'autres pays. Je suis fier/fière de faire partie de cette entreprise !* »).⁴ À une époque où le marché du travail suisse connaît une pénurie de compétences sans précédent, davantage d'entreprises devraient envisager de prendre des mesures en matière d'aide à la fertilité.

Cependant, les politiques de soutien à la fertilité ne se ressemblent pas. Au cours des dix dernières années, des entreprises comme Google ou Meta ont fait la une des journaux en proposant à leurs personnels de sexe féminin de congeler leurs ovocytes. Cela peut inciter les employées à retarder davantage la planification familiale et à subir une procédure médicale douloureuse qui n'est peut-être

⁴ D'après les réponses des membres du personnel aux messages d'un·e employeur·euse sur les médias sociaux concernant l'aide financière pour les traitements de fertilité.

tout simplement pas nécessaire d'un point de vue médical.⁵ Le financement de la congélation des ovocytes par les employeur·euse·s ne s'attaque pas non plus aux causes structurelles sous-jacentes qui poussent tant de femmes à retarder leur projet parental. Les dirigeant·e·s d'entreprise que nous avons interrogé·e·s soulignent l'importance d'une approche holistique de la fertilité et de la planification familiale :

- ✓ favoriser une culture d'entreprise qui soutient la parentalité (par ex. via des mesures pour réduire le stress) ;
- ✓ adapter les parcours professionnels aux différentes phases de la vie (par ex. permettre de réduire temporairement le taux d'occupation ou de renoncer à certaines responsabilités pendant un certain temps, ce qui pourrait être intéressant pour les néo-parents ou les personnes qui ont des problèmes de planification familiale) ;
- ✓ élargir les perspectives de carrière et permettre aux employé·e·s de moins de 30 ans et de plus de 40 ans de franchir des étapes importantes.

« C'est aux employeur·euse·s et aux responsables d'offrir des conditions-cadres favorables à la famille. À l'heure actuelle, il n'existe pratiquement pas de soutien actif au personnel en matière de planification familiale. Le rôle du directeur ou de la directrice est d'être proche de ses employé·e·s, de les soutenir même dans les situations difficiles, de leur permettre de concilier vie professionnelle et vie privée, et de faciliter leur retour au travail après un congé maternité. » – Directeur·rice d'entreprise

Les options de travail flexible existantes sont insuffisantes

On pourrait penser que la flexibilité est la nouvelle norme sur le lieu de travail en Suisse, et que cela devrait suffire à répondre aux besoins du personnel concernant l'infertilité. Il est vrai qu'au moins théoriquement, le travail flexible est *bien* la norme sur les lieux de travail en Suisse. Toutes les entreprises incluses dans notre échantillon HSG Benchmarking offrent la possibilité de travailler au moins en partie à distance ; 93 % d'entre elles proposent des horaires de travail flexible ; 44 % offrent la possibilité d'acheter des jours de congé supplémentaires.

Mais les mesures de flexibilité proposées répondent-elles aux besoins des employées qui suivent un traitement de fertilité comme une FIV ? Dans les jours précédant la ponction ovocytaire, les rendez-vous médicaux sont fréquents et souvent impossibles à planifier à l'avance : « *L'hôpital vous donne une heure et vous ne pouvez pas refuser ni obtenir un autre créneau* »⁶. Durant la phase préparatoire du traitement de fertilité, les femmes peuvent être sujettes à des sautes d'humeur.

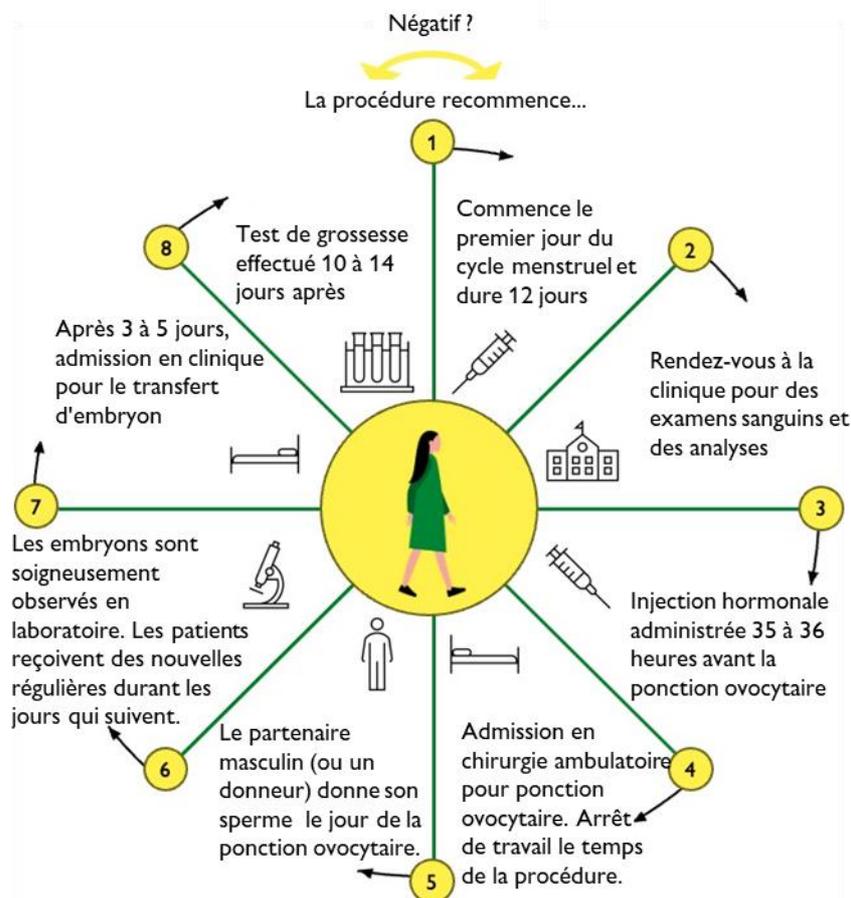
La phase préparatoire est suivie d'une phase de stimulation de 9 à 13 jours, au cours de laquelle des médicaments destinés à favoriser la maturation des follicules sont injectés chaque soir. Pendant cette période, les effets secondaires sont rares. Dans l'ensemble, les effets des médicaments augmentent

⁵ En Suisse, la durée de conservation des ovules congelés est limitée à dix ans, raison pour laquelle certaines femmes congèlent leurs ovocytes trop tôt pour prolonger de manière significative leur « fenêtre de fertilité ».

⁶ Extrait d'une interview avec une patiente ayant suivi un traitement de FIV

jusqu'au prélèvement des ovules et peuvent entraîner un présentéisme (le fait d'aller travailler même en se sentant malade) ainsi qu'une baisse de productivité si la personne doit continuer à travailler sans aménagements. Après la ponction ovocytaire, les femmes reçoivent des mises à jour régulières sur le développement des ovocytes ou des embryons. À un moment donné, elles reçoivent aussi la mise à jour la plus stressante et la plus attendue concernant le statut de la grossesse, ce qui est très éprouvant sur le plan psychologique. Environ 35 à 40 % des personnes ayant commencé un traitement reçoivent l'annonce d'une grossesse. Parmi elles, environ 20 à 30 % vivent une fausse couche. Cela implique qu'environ 28 à 32 % des femmes ayant commencé le traitement deviennent mères. Les effets à long terme des tentatives de FIV infructueuses sont particulièrement lourds, incluant un risque accru de dépression et de difficultés conjugales (Filetto & Makuch, 2005). Ces effets sont particulièrement marqués en l'absence de soutien suffisant avant, pendant et après le traitement.

Figure 16 : procédure typique d'une FIV



D'après Fertility Matters at Work et des entretiens menés avec des expert-e-s dans le cadre de ce livre blanc. Attention : il ne s'agit que d'un scénario possible pour un cycle de FIV, lequel peut varier selon la personne, l'équipe médicale, le pays dans lequel le traitement est effectué, etc.

Les traitements de fertilité comme la FIV nécessitent une flexibilité totale des personnes concernées dans le choix et la planification de leurs journées de travail pendant un cycle de traitement d'environ deux semaines (et peu ou pas de déplacements professionnels). Une flexibilité accrue est essentielle pour gérer le stress pendant le traitement. Au total, 19 % des femmes ayant eu recours à la FIV déclarent que l'aspect le plus difficile de la conciliation entre le traitement et le travail est d'être forcées de s'absenter pour se rendre aux rendez-vous (Zurich UK, 2022).

Une enquête à grande échelle menée au Royaume-Uni a révélé que les formes de soutien suivantes étaient particulièrement utiles (CIPD, 2023) :

- ✓ congé payé pour se rendre aux rendez-vous ;
- ✓ compréhension de la part du responsable quant au fait qu'il s'agit d'une période difficile ;
- ✓ congés spéciaux ou congés pour raisons familiales rémunérés ;
- ✓ flexibilité des horaires de travail ;
- ✓ possibilité de faire du télétravail en cas de besoin.

Bien sûr, une personne qui entame un parcours de traitement de fertilité peut ne pas encore savoir comment elle se sentira, ni de quoi elle aura besoin à tel ou tel moment. Idéalement, selon une personne interrogée ayant suivi un traitement de FIV tout en travaillant, il faudrait « *laisser les gens décider de leur charge de travail en fonction de comment ils se sentent* » ; « *il peut y avoir des changements de dernière minute dans la capacité de travail* » et, *durant certaines phases du traitement, les employées peuvent avoir besoin « d'une flexibilité totale pendant les deux semaines du cycle »*⁷. Et rappelons-le : le statut juridique de l'infertilité en Suisse n'est pas clairement défini. De nombreuses employées suivent ces traitements tout en doutant fortement que leur employeur·euse considère leur épreuve comme un véritable problème médical.

Présence au travail, performance et rotation du personnel

D'un point de vue commercial, il est dans l'intérêt des entreprises de prendre les questions de fertilité au sérieux. Si le personnel confronté à des difficultés de fertilité n'est pas soutenu, cela aura des effets négatifs sur la présence au travail, la performance, l'engagement et la fidélisation. Une enquête menée au Royaume-Uni en 2023 a par exemple révélé que 18 % des personnes suivant un traitement de fertilité ont fini par quitter leur emploi en raison de l'impact du traitement (Kearns et al., 2024). Dans l'enquête menée par Fertifa et Fertility Network UK (2003), 75 % des personnes interrogées ont déclaré que leur productivité au travail était fortement affectée par les défis liés à la fertilité ; et pourtant, plus d'un tiers ont indiqué n'avoir reçu que peu ou pas de soutien de la part de leur employeur·euse. Lors d'une enquête interne sur la santé des femmes en milieu professionnel (également au Royaume-Uni), 63 % des participantes ont également signalé des problèmes de productivité, affirmant avoir du mal à se concentrer, à se focaliser ou à hiérarchiser les tâches pendant leur traitement de fertilité (Wilkinson et al., 2023).

« Les employeur·euse·s devraient soutenir les personnes qui ont des enfants ou qui souhaitent en avoir, et créer un environnement favorable à la parentalité. Les congés liés au parcours parental offrirait un soutien et une reconnaissance, et permettraient de ne plus considérer cela comme une affaire purement privée. » -
Experte en droit de la fertilité

Un cadre juridique est nécessaire pour garantir l'équité

Actuellement, seuls trois pays (Malte, la Corée et le Japon) offrent un congé payé et/ou une protection contre la discrimination pour au moins une partie du personnel (Kearns et al., 2024). Laisser uniquement les employeur·euse·s décider individuellement du soutien proposé pose problème, et pourrait bien

⁷ Extrait de l'interview d'une patiente ayant suivi un traitement de FIV

contribuer à accroître les niveaux de « stratification reproductive », où certaines personnes ont les moyens d'élever leurs enfants et de se reproduire, tandis que d'autres en sont privées uniquement en fonction de leur lieu de travail (Wilkinson et al., 2023).

« Je pense que l'État devrait assumer la responsabilité de soutenir les personnes qui suivent un traitement de fertilité. Si le droit au congé pour fertilité ou au congé reproductif est accordé directement par les employeur·euse·s, l'État n'endosserait pas le rôle actif qu'il est censé avoir, et cela entraînerait également des différences de traitement. On se retrouve alors avec un accès stratifié à ce type de congés ou à la procréation médicalement assistée, car selon l'endroit où l'on travaille, on peut y avoir accès ou non, ce qui est une forme d'injustice ». - Experte en droit de la fertilité

Que peut-on faire ?

- ✓ Les entreprises ou les associations patronales devraient élaborer une politique officielle en matière de famille et de fertilité afin que leur personnel sache immédiatement quel soutien est disponible. Il devrait être possible de profiter de ces options sans que les supérieur·e·s hiérarchiques ou d'autres collègues en soient informé·e·s. Cette politique pourrait inclure certains ou l'ensemble des points suivants :
 - Des informations précises et efficaces sur la fertilité et les traitements de fertilité, accessibles de manière anonyme (par ex., un webinar en ligne pouvant être suivi en direct et/ou téléchargé ultérieurement). Ces informations peuvent être associées à d'autres sujets liés à la fertilité, comme la ménopause.
 - Des services de conseil externes et/ou des services médicaux, joignables de manière anonyme et en toute confidentialité. Il peut s'agir, par exemple, de services médicaux auprès auxquels a) les employé·e·s peuvent faire part de leurs problèmes d'infertilité et de leur traitement, et b) les responsables hiérarchiques peuvent s'adresser pour les informer des besoins de l'employé·e en matière de flexibilité au travail en raison d'un traitement médical. Il devrait appartenir à l'employé·e de décider s'il souhaite ou non divulguer la nature du traitement.
 - Congé non payé pour les personnes confrontées à des problèmes de fertilité (y compris les effets sévères liés aux menstruations ou à la ménopause) et/ou suivant un traitement de fertilité. Il est important que cette option reste également disponible après le traitement (notamment en cas d'échec).
 - Options de travail flexibles (par exemple, flexibilité totale dans la planification de la journée de travail, télétravail, limitation ou suppression des déplacements professionnels pendant le traitement ; laisser aux personnes la liberté de décider de leur charge de travail certains jours du cycle de traitement).
 - Planification de carrière flexible (par exemple, partage de postes à responsabilités, adaptation de poste sur mesure).
 - Soutien financier à la garde d'enfants.
 - Soutien financier aux traitements de fertilité : aide à la congélation d'ovocytes lorsque la qualité ovocytaire est élevée, et sensibilisation à l'importance de la congélation avant l'âge de 35 ans, tout en expliquant pourquoi le faire dès le milieu de la vingtaine peut être trop tôt (principalement en raison de la durée de conservation limitée à dix ans). Dans ce dernier cas, informer sur les autres options (par exemple, bilan de fertilité, consultation précoce avec des services médicaux).

- ✓ Des processus complémentaires et des mesures politiques devraient être mis en place pour favoriser le recours effectif aux dispositifs de soutien à la fertilité, tels que :
 - l'évaluation de la performance du personnel repose sur les résultats et des objectifs clairs plutôt que sur la présence physique ou le nombre d'heures travaillées ;
 - des processus sont mis en place pour suivre les résultats, les progrès et la performance en télétravail ou dans un cadre de travail flexible ;
 - les responsables hiérarchiques sont formé-e-s à la communication efficace avec le personnel travaillant à distance ou de manière flexible. Il est important qu'ils ou elles « prennent des nouvelles » des employés plutôt que de « les contrôler ».
 - mettre en avant des modèles inspirants qui remettent en question les normes de travail obsolètes, comme des pères à des postes à responsabilités qui peuvent prendre un congé parental équitable ou travailler à temps partiel. Cela aide à créer un récit auquel les employé-e-s peuvent s'identifier, donne à la question une légitimité qui peut être abordée au travail et sensibilise les responsables hiérarchiques et les collègues. À plus long terme, cela contribuera à créer une culture de compréhension, de bienveillance et de soutien entre pairs.
 - si le travail est organisé en équipes, il est nécessaire de mettre en place une équipe de réserve, c'est-à-dire un groupe de personnes internes et/ou externes, flexibles et mobilisables, pouvant intervenir en cas de besoin, par exemple, pour un congé temporaire lié à un traitement ou en cas de réduction temporaire du taux d'activité.
- ✓ Le gouvernement fédéral doit harmoniser autant que possible les conditions de travail de tout le personnel. Cela implique les domaines d'action suivants :
 - une réforme législative pour aligner les dispositions sur celles qui existent déjà pour la maternité en milieu professionnel ;
 - la clarification du statut juridique de l'infertilité par rapport à la maladie ou à la grossesse, afin qu'il n'y ait aucun doute concernant le droit à des congés payés pour les consultations médicales et à d'autres aménagements raisonnables sur le lieu de travail ;
 - une protection explicite contre la discrimination fondée sur les difficultés à avoir des enfants.

« Le problème, c'est que même si on introduit un type de congé, si la culture du travail ne change pas, et que la personne qui a le droit de prendre ce congé ne se sent pas en sécurité pour le faire, parce qu'elle craint des répercussions négatives au travail, alors on va revenir à la case départ. » - Experte en droit de la fertilité

5.5 « L'infertilité est un sujet dont je préfère ne pas parler (au travail) »

Une fausse couche et le désir inassouvi d'avoir des enfants sont des sujets tabous dont peu de personnes parlent, à tel point que la stigmatisation qui y est associée est encore plus forte que celle liée au sexe ou aux menstruations ([Enquête sur la fertilité, 2024](#)). Cela se retrouve également en milieu professionnel : une enquête menée pour le compte d'un centre de fertilité en Allemagne montre que plus de 50 % de leur clientèle ne peut pas (ou choisi de ne pas) parler ouvertement de leur désir d'enfant ou de leurs problèmes d'infertilité avec leur employeur-euse (Family Forward, 2024). Une enquête récente au

Royaume-Uni a révélé que moins de la moitié des personnes suivant un traitement de fertilité en avaient informé leur responsable hiérarchique, estimant que le sujet reste tabou au travail (CIPD, 2023).

Divulguer ou ne pas divulguer ?

De nombreuses raisons peuvent expliquer pourquoi des femmes et des hommes préfèrent ne pas révéler qu'ils ou elles suivent un traitement de fertilité. La grossesse et le fait d'avoir de jeunes enfants constituent encore un « frein à la carrière » dans de nombreuses entreprises suisses. Des études ont montré depuis longtemps que les mères sont pénalisées dans les processus de promotion et de recrutement pour des postes de direction (Heilman & Okimoto, 2008). Le préjugé « maybe baby » touche même les femmes sans enfants : les femmes au début de la trentaine sont considérées comme un choix plus risqué et un « inconvénient » potentiel (grossesse). Les hommes sont plus souvent embauchés car ils représentent une « option plus sûre » (Gloor et al., 2018 ; Peterson Gloor, 2022). Par conséquent, les femmes sans enfant âgées de 25 à 39 ans sont plus susceptibles d'obtenir des contrats temporaires, des contrats de courte durée et/ou de se voir refuser des postes permanents à long terme assortis de bons avantages sociaux.

Une enquête menée au Royaume-Uni auprès de 131 femmes qui avaient choisi de ne pas révéler leurs difficultés de fertilité au travail a cherché à comprendre pourquoi. La raison la plus souvent évoquée était le souhait de préserver leur vie privée, 64 % d'entre elles préférant ne pas aborder ce sujet. Par ailleurs, 30 % redoutaient d'avoir à annoncer un échec du traitement, 27 % estimaient que le sujet était trop stigmatisé, et 26 % craignaient un impact négatif sur leur carrière (CIPD, 2023).

Cependant, garder le silence au travail a un véritable coût en termes de stress, de baisse inexplicée de la productivité ou de la qualité du travail, et de sentiment d'isolement par rapport aux collègues, pour ne citer que quelques exemples (ibid). Le dilemme lié à la divulgation de l'infertilité peut devenir de plus en plus pesant au fil du parcours de FIV. À mesure que le traitement progresse (voir plus haut le déroulement typique d'un cycle de FIV), la conciliation entre vie professionnelle et vie privée devient difficile, voire impossible. Le non-partage a aussi un coût et des risques importants pour l'entreprise : comme évoqué précédemment, continuer à « faire comme si de rien n'était » en suivant un traitement de fertilité peut mener à du présentéisme et à un taux élevé de roulement, entre autres conséquences négatives.

Divulguer ses difficultés de fertilité à son employeur exige un environnement sûr, qui se prête à la confiance, et une culture du dialogue. Les femmes peuvent être désavantagées dans leur carrière simplement parce que leur employeur soupçonne qu'elles pourraient vouloir avoir des enfants dans un avenir proche (Peterson Gloor et al., 2022). En réalité, un tiers des femmes ayant récemment suivi un traitement de FIV au Royaume-Uni estiment que le fait de révéler leur traitement pourrait mettre leur emploi en danger. 26 % craignent que leur engagement professionnel soit remis en question. 16 % redoutent d'être écartées de certains projets. 23 % anticipent des conséquences négatives sur leur progression de carrière (Zurich UK, 2022). Une enquête britannique récente a révélé que 24 % des personnes ayant informé leur entreprise de leur traitement de fertilité ont subi un traitement injuste par la suite (Pregnant then Screwed, 2023). Par conséquent, nombre d'entre elles estiment ne pas avoir d'autre choix que de garder leur (in)fertilité secrète. La décision récente d'une compagnie d'assurance suisse d'accorder des congés supplémentaires pour les traitements de fertilité et après une fausse couche a donc dû être très bien accueillie par les personnes concernées et leurs conjoints (Tages Anzeiger, 2025).

Se confier à un ou une responsable hiérarchique non réceptif·ive ou peu compréhensif·ive peut exacerber le stress et le sentiment d'isolement. Révéler ses difficultés à avoir un enfant à son ou sa employeur·euse est une décision complexe, et pour certaines personnes, cela n'est tout simplement pas envisageable. En résumé, les parcours de fertilité solitaires ne profitent ni à l'employée, ni à l'entreprise, mais trop peu d'entreprises instaurent une culture de confiance et des structures permettant à leurs employé·e-s d'être transparent·e-s sans craindre de répercussions négatives.

« C'est déjà un sujet très difficile à aborder avec sa propre famille. Imaginez à quel point c'est encore plus difficile d'en parler à son employeur·euse. » - Parlementaire suisse

« Les dirigeant·e-s doivent savoir que les personnes en traitement sont constamment en train de vérifier leurs médicaments, en contact fréquent avec la clinique ; il se passe énormément de choses sur le plan émotionnel (elles se demandent par exemple si leurs ovules se développent ou s'il y en a suffisamment). Du point de vue de l'employeur·euse, vous pouvez contribuer à "résoudre" ces difficultés en offrant plus de flexibilité et des congés supplémentaires. » - Patiente ayant suivi un traitement de FIV

« Réduire la stigmatisation et sensibiliser davantage ; éviter les parcours solitaires ; les échecs de traitement sont un sujet dont on parle peu ; tout cela est nécessaire pour éviter les parcours (in)fertiles vécus dans la solitude. » - Cadre d'entreprise

Les dirigeant·e-s manquent de connaissances sur la (l'in)fertilité

Il est certes difficile pour les employé·e-s de parler à leurs responsables de leurs difficultés à avoir des enfants, mais il est également très difficile pour ces dernier·ère-s de trouver les bons mots et les bons gestes pour répondre à une telle révélation. Seules 35 % des personnes ayant suivi un traitement contre l'infertilité estiment que leur supérieur·e savait comment les soutenir, et seulement 7 % ont estimé que les RH avaient une bonne compréhension de ces parcours de fertilité et savaient comment les aider (Wilkinson et al., 2023).

Les dirigeant·e-s, comme la majorité des gens, ont peu de connaissances sur l'(in)fertilité et les traitements associés, ce qui complique leur capacité à réagir de manière constructive aux révélations sur la fertilité lors d'entretiens individuels. C'est très regrettable, car une réponse constructive à une telle ouverture est essentielle pour trouver ensemble des solutions efficaces.

« Les personnes sous traitement présentent un risque accru de troubles psychologiques. Les employeur·euse-s ont la responsabilité de soutenir leurs employé·e-s dans de telles situations (aussi parce qu'ils ne veulent pas de conséquences à long terme). Cependant, cela suppose que l'employeur·euse soit au courant que la personne suit un traitement ; or ce n'est pas forcément le cas, car c'est à l'employé·e de décider s'il ou elle souhaite en informer l'employeur·euse. Idéalement, les employeur·euse-s devraient dire : "Nous vous soutenons et voulons vous garder. Il s'agit d'une maladie comme une autre, et notre soutien est là" (compatibilité entre vie professionnelle et vie privée ; soutien similaire à celui offert dans le cadre d'autres maladies nécessitant un traitement). » - Chercheuse spécialisée dans les traitements et soins liés à la fertilité

La réponse des dirigeant·e-s peut varier selon leur perception de leur rôle de leadership. Est-ce que cela fait partie de mon rôle de parler de ces sujets et de proposer des aménagements au-delà de ce que nous offrons déjà (comme le télétravail ou les horaires flexibles) ? La majorité des employeur·euse-s en Suisse répondent non à cette question, ce qui explique pourquoi leurs politiques en faveur des familles

s'appliquent surtout après la naissance de l'enfant, et rarement avant (Questionnaire sur les mesures D&I, 2024).

Les entreprises doivent travailler sur les conditions-cadres qui peuvent autonomiser les employé·e·s suivant un traitement de fertilité, ainsi que sur le soutien à offrir à leurs responsables hiérarchiques pour qu'ils ou elles puissent à leur tour soutenir les personnes concernées. Il existe aussi des solutions créatives : une ancienne patiente FIV et cadre propose un scénario dans lequel les employé·e·s peuvent faire part de leurs besoins liés au traitement de fertilité à un tiers au sein de l'entreprise (par exemple un·e professionnel·le de santé), qui se charge ensuite d'en informer le ou la supérieur·e hiérarchique sans révéler la nature du problème.

*« Rôle des dirigeant·e·s pendant le parcours de fertilité ; sensibilisation (qui devrait être faite au sein de l'organisation) ; sujets comme la manière de soutenir les femmes ou les couples qui suivent un traitement de fertilité, en termes de compréhension (rendez-vous médicaux, effets de médicaments/hormones puissants qui affectent réellement les personnes sous traitement, nécessité de prendre du temps libre, incapacité à travailler à 100 % même pendant les moments de présence au travail) ; cette compréhension est plus volontiers accordée aux femmes ayant de jeunes enfants ("mon enfant est malade et personne ne remet cela en question"), mais elle ne va pas de soi pour les femmes suivant un traitement de fertilité ; beaucoup plus pourrait être fait pour accompagner les personnes tout au long de leur traitement et rendre ce parcours moins pénible et difficile. » -
Patiente ayant suivi un traitement de FIV*

Que pouvons-nous faire ?

- ✓ En plus de renforcer la sensibilisation publique à l'infertilité et de contribuer à briser le tabou, les dirigeant·e·s ont un impact significatif sur le bien-être de leur personnel envisageant de fonder une famille et/ou qui suit un traitement de fertilité. Cela commence par le haut de la hiérarchie : les dirigeant·e·s doivent exprimer clairement qu'ils ou elles reconnaissent que la planification familiale et les traitements de fertilité sont des événements majeurs de la vie, susceptibles d'affecter le bien-être et la performance professionnelle des employé·e·s.
- ✓ Les employeur·euse·s devraient permettre aux employé·e·s de parler ouvertement de leurs difficultés liées à la fertilité, si ces dernier·ère·s se sentent en sécurité pour le faire. À quoi cela pourrait-il ressembler concrètement ?
 - Introduire un outil d'aide à la décision pour les employé·e·s, afin de déterminer s'ils ou elles souhaitent révéler ou non leurs problèmes de fertilité au travail et, si oui, à qui. En réfléchissant à des affirmations comme « Mon ou ma responsable est très attentif·ive au ressenti des autres » ou « Dans mon organisation, les personnes ayant des problèmes de santé sont évaluées équitablement », les employé·e·s peuvent mieux évaluer les avantages et les inconvénients de la divulgation. L'outil pourrait également proposer des ressources internes et externes utiles, quel que soit le choix de divulgation. En plus des traitements de fertilité, cet outil pourrait aussi s'appliquer à d'autres sujets sensibles (comme les troubles de la santé mentale). Un outil de ce type est actuellement lancé par le Competence Center for Diversity, Disability and Inclusion de l'Université de Saint-Gall. Plus d'informations sont disponibles sur ce [site web](#).
 - Pour les employé·e·s qui ne se sentent pas à l'aise d'en parler à leur responsable, les organisations devraient mettre en place des dispositifs permettant de demander conseil

de manière anonyme, par exemple via un-e médiateur-riche désigné-e ou un-e partenaire externe.

- ✓ Les employeur-euse-s devraient définir clairement les attentes concernant la manière dont le soutien aux employé-e-s confronté-e-s à des situations sensibles (médicales, psychologiques, etc.) fait partie du rôle de leadership. Des principes de leadership formels peuvent servir de cadre et montrer que cela constitue une priorité pour l'organisation. Pour assurer un changement durable (notamment en ce qui concerne les problématiques liées à la fertilité), les mesures suivantes pourraient être mises en place :
 - Proposer aux dirigeant-e-s des formations leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour mener des conversations sensibles avec leur personnel (par exemple, comment mener des entretiens individuels efficaces, ou comment réagir de manière constructive à une révélation) ;
 - Sensibiliser les managers aux enjeux de fertilité, en particulier dans le contexte professionnel : les dirigeant-e-s doivent être conscient-e-s de la prévalence de l'infertilité et des traitements y afférents, de leur impact sur le bien-être et la performance au travail, de ce que cela implique de suivre un traitement, et des services disponibles tant au sein qu'en dehors de l'entreprise.
 - Les employeur-euse-s doivent tenir leurs dirigeant-e-s responsables de la création d'une culture de sécurité psychologique (c'est-à-dire que tout le monde se sente en sécurité pour partager des informations personnelles ayant un fort impact sur le travail, sans craindre pour son évolution de carrière) (Edmondson & Lei, 2014).
- ✓ Créer un climat de travail sûr et inclusif implique l'ensemble du personnel. Tous les membres de l'organisation doivent être encouragés et habilités à apporter une contribution positive. Pour ce faire, les employeur-euse-s pourraient proposer des formations favorisant le soutien entre collègues. Ces formations pourraient s'apparenter aux formations de premiers secours en santé mentale, qui transmettent des connaissances pratiques de base et des compétences pour venir en aide à une personne présentant une détérioration de son bien-être psychologique (MHFA, 2025).

6 Que se passerait-il si... ?

Si l'on voulait rendre les traitements de fertilité accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin, leur offrir le soutien nécessaire et sensibiliser largement à cette problématique, il faudrait une action concertée des employeur·euse·s, des pouvoirs publics et des particuliers, comme vous. Pour vous inciter à vous engager, imaginez à quoi cela pourrait ressembler si...

- ... la Suisse disposait d'un plan de fertilité global et à long terme ;
- ... la santé sexuelle et reproductive était enseignée dans les écoles et les universités
- ... la majorité des femmes en Suisse donnaient naissance à leur premier enfant à 25 ans ;
- ... la « fenêtre d'opportunité » était ouverte aux personnes en dehors de la tranche d'âge 31 à 40 ans ;
- ... les parents et les familles recevaient le soutien nécessaire pour s'occuper de leurs enfants ;
- ... les traitements de fertilité (par exemple 4 cycles de FIV) étaient pris en charge par l'assurance ;
- ... les employé·e·s avaient légalement droit à la flexibilité nécessaire pendant leur traitement de fertilité et se sentaient en sécurité pour en parler sur leur lieu de travail.

Références

- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2023). ATLAS.ti (version 23.2.1) [Qualitative data analysis software]. Consulté le 28 février 2025 depuis <https://atlasti.com>
- Baldur-Felskov, B., Kjaer, S. K., Albieri, V., Steding-Jessen, M., Kjaer, T., Johansen, C., ... & Jensen, A. (2013). Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Human reproduction*, 28(3), 683-690.
- Beale, G., & Mawhinney, S. (2024, juin). *Suffering in Silence. Making the case for reproductive health in Australia*. Consulté le 28 février 2025, from [Suffering-in-Silence-making-the-case-for-reproductive-leave-in-Australia-web-compressed.pdf](#)
- Berner Zeitung (BZ) (5 novembre 2022). *Sollen Krankenkassen für den Kinderwunsch bezahlen?* Consulté le 21 février 2025 depuis [Schwanger werden auf Rezept: Sollen Krankenkassen für den Kinderwunsch bezahlen? | Berner Zeitung](#)
- Bhattacharjee, N. V., Schumacher, A. E., Aali, A., Abate, Y. H., Abbasgholizadeh, R., Abbasian, M., ... & Bahri, R. A. (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The lancet*, 403(10440), 2057-2099.
- Blöchinger, B., & Mertens, M. (5 mai 2024). *Schweizer:innen offen gegenüber dem «Nachhelfen» beim Kinderkriegen*. Consulté le 19 février 2025 depuis [Nachhelfen beim Kinderkriegen | UZH News | UZH](#)
- Buchmann, M. (2021). *Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Schweizer Arbeitsmarkt*. Wirtschaftswissenschaftliche Insights. Universität Basel, Schweiz. Consulté le 28 février 2025 depuis [WWZinsights | Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät | Universität Basel](#)
- Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2023). *Wir möchten ein Baby – Information über Kostenübernahme für medizinisch unterstützte Fortpflanzung durch den IVF-Fonds*. Consulté le 28 février 2025 sur <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Eltern-und-Kind/IVF-Fonds.html>
- Bögl, S., Moshfegh, J., Persson, P., & Polyakova, M. (2024). *The economics of infertility: Evidence from reproductive medicine* (n° w32445). National Bureau of Economic Research.
- Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2023, mai). *Workplace support for employees experiencing fertility challenges, investigations or treatment*. Consulté le 21 février 2025 depuis [Workplace support for employees experiencing fertility challenges, investigations or treatment: Survey report](#)
- Centre médical de fertilité Lausanne (CPMA) (2025). *Cost of Treatments*. Consulté le 28 février 2025 sur <https://www.cpma.ch/TreatmentsandMAP/Costsoftreatments>
- Economiesuisse (26 juin 2023). *Demographische Entwicklung: Die Pensionierungswelle reisst grosse Lücken auf*. Consulté le 28 février 2025 depuis [Demografische Entwicklung in der Schweiz und weltweit | economiesuisse](#)
- Edmondson, A. C., & Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(1), 23-43.
- European Atlas of Fertility Treatment Policies (3 décembre 2024). Consulté le 28 février 2025 depuis [European Atlas of Fertility Treatment Policies 2024 - Fertility Europe](#)

- Eurostat (2024), consulté le 28 février 2025. *Fertility Statistics*. Consulté le 21 février 2025 sur https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics
- Faas-Fehervary, P., & Busser Weiss, B. (2024). 50 Antworten rund ums Einfrieren von Eizellen. Beobachter-Edition, Zurich.
- Family Forward (29 avril 2024). Empowering family planning, together. Présentation de l'événement de lancement.
- Ferber, M. (7 mars 2025). Wendepunkt in der Geschichte der Menschheit. Das Zeitalter der Entvölkerung naht. Consulté le 3 mars 2025 sur [Rückläufige Demografie: Industrieländern droht Entvölkerung und Depopulation](#)
- Fertifa and Fertility Network UK (2023). *Fertility in Focus: The UK's largest survey on the impact of fertility challenges in the workplace*. Consulté le 28 février 2025 sur <https://www.fertifa.com/surveys/fertility-in-focus-the-impact-of-fertility-challenges-at-work>.
- Filetto, J. N., & Makuch, M. Y. (2005). Long-term follow-up of women and men after unsuccessful IVF. *Reproductive biomedicine online*, 11(4), 458-463.
- Ford, W. C. L., North, K., Taylor, H., Farrow, A., Hull, M. G. R., & Golding, J. (2000). Increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. *Human Reproduction*, 15(8), 1703-1708.
- Gloor, J. L., Li, X., Lim, S., & Feierabend, A. (2018). An inconvenient truth? Interpersonal and career consequences of "maybe baby" expectations. *Journal of Vocational Behavior*, 104, 44-58.
- Heilman, M. E., & Okimoto, T. G. (2008). Motherhood: a potential source of bias in employment decisions. *Journal of applied psychology*, 93(1), 189.
- Holley, S. R., Passoni, M. R., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E., Adler, N. E., & Pasch, L. A. (2012). Rates of major depression following IVF failure. *Fertility and Sterility*, 98(3), S234.
- Kearns, B., Heuclin, C., Wilkinson, K., Smee, H. & Thorogood, L. (2024). The impact of fertility challenges in the workplace. The case for action and legislative change. Consulté le 12 février 2025 sur [FMAW White Paper ONLINE VERSION](#)
- Kinderwunschzentrum Admira Winterthur (2025). Kosten | Admira Winterthur. Consulté le 28 février 2025 sur <https://www.admira.ch/de/kinderwunsch/kosten/>
- Ku, C. W., Pek, J. W., Cheung, Y. B., Melissa, D., Durgahshree, O. T., Chan, M., ... & Loy, S. L. (2025). Investigating male factors and their relationships with reproductive health outcomes: a case-control study protocol for Towards Optimal Fertility, Fathering, and Fatherhood study (TOFFFY) in Singapore. *BMJ open*, 15(1), e088143.
- Leeners, B., Geraedts, K., Imthurn, B., & Stiller, R (2013). The relevance of age in female human reproduction – Current situation in Switzerland and pathophysiological background from a comparative perspective. *Gen Comp Endocrinol*, 188:166-174, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygcen.2013.02.035>
- Lienhard, M., Gafner, D., & Bernet, M. (2024). Bedürfnisse von betroffenen Personen während einer Kinderwunschbehandlung und deren Erwartungen an die pflegerische Betreuung (Vol. 11, Issue 2). *Medical Update Marketing & Media*. <https://arbor.bfh.ch/handle/arbor/44547>
- MHFA (2025). Mental Health First Aid. Consulté le 18 mars 2025, depuis [What You Learn « Mental Health First Aid](#)
- Minsch, R., & Saurer, G. (1er janvier 2024). *Die erbarmungslose demographische Entwicklung*. Consulté le 12 mars 2025 sur [Die erbarmungslose demografische Entwicklung | economiesuisse](#)
- Muncey, W., Scott, M., Lathi, R. B., & Eisenberg, M. L. (2025). The paternal role in pregnancy loss. *Andrology*, 13(1), 146-150.

- OECD (2024). *Income*. OECD Better Life Index. Consulté le 28 février 2025 sur <https://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/income/>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2 août 2024a). *Sexuality education*. Consulté le 28 février 2025 sur [Sexuality education](#).
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (5 décembre 2024b). *Verfahren der Fortpflanzungsmedizin*. Consulté le 21 février 2025 sur [Verfahren der Fortpflanzungsmedizin](#)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2020, mai). *Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone: Szenarien 2020-2050*. Consulté le 11 mars 2025 sur [Schweiz-Szenarien](#)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2023). *Erhebung zu Familien und Generationen 2023*. Consulté le 21 février 2025 sur [Erhebung zu Familien und Generationen 2023 Erste Ergebnisse | Publikation](#)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (31 juillet 2024a). *Kinderwunsch, Elternschaft*. Consulté le 21 février 2025, sur [Kinderwunsch, Elternschaft](#)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (7 mars 2024b). *Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes*. Consulté le 21 février 2025 sur [Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes - 2022 | Diagramm](#)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (31 juillet 2024c). *Wie würde sich die Geburt eines Kindes auswirken auf...?* Consulté le 21 février 2025 sur [Wie würde sich die Geburt eines Kindes auswirken auf... - 2023 | Diagramm](#)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (26 septembre 2024d). *Erwerbssituation nach Geschlecht und Familiensituation*. Consulté le 21 février 2025 sur [Erwerbssituation nach Geschlecht und Familiensituation - 2010-2023 | Tabelle](#)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (10 octobre 2024e). *Bevölkerung: Panorama*. Consulté le 28 février 2025 sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/33027163>
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2 octobre 2024f). *Familien und Generationen Webpublikation*. Consulté le 28 février 2025 sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/32647098>
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2 octobre 2024g). *Beziehungsstatus, Personen im Alter von 18–80 Jahren – 2013, 2018, 2023*. Consulté le 18 février 2025 sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/32567899>
- Office fédéral de la statistique (OFS) (5 juin 2024h). *Geburtenhäufigkeit*. Consulté le 28 février 2025 sur [Geburtenhäufigkeit](#)
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (3 avril 2023). *Infertility prevalence estimates 1990-2021*. Consulté le 28 février 2025 sur [Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021](#)
- Pärli, K., & Mahrer, D. (2022, avril). *Fortpflanzungsmedizin für alle? Sozialversicherungsrechtliche Aspekte Möglichkeiten und Grenzen der Sozialversicherung*. Working Paper, URPP Human Reproduction Reloaded. Consulté le 12 février 2025 sur [wp_h2r_00422_paerli_et_mahrer.pdf](#)
- Peipert, B., Montoya, M., Bedrick, B., Seifer, D., & Jain, T. (2022). Impact of in vitro fertilization state mandates for third party insurance coverage in the United States: a review and critical assessment. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 20(111).
- Peterson Gloor, J. L., Okimoto, T. G., & King, E. B. (2022). "Maybe baby?" The employment risk of potential parenthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 52(8), 623–642.
- Pregnant then Screwed (2023). *One in four women undergoing fertility treatment experience unfair treatment at work*. Press release and research. Consulté le 28 février 2025 sur <https://pregnantthenscrewed.com/one-in-four-women-undergoing-fertility-treatment-experienceunfair-treatment-at-work>.

- Schmid, J. J., Weber, S., & Ehlert, U. (2025). Who freezes her eggs and why? Psychological predictors, reasons, and outcomes of social egg freezing. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 23(1), 7.
- Seelmann, K. (2021). *Rechte auf Versicherungsleistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (2020), im Auftrag des BAG*. Consulté le 28 février 2025 sur <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/fortpflanzungsmedizin/stellungnahmen-gutachten.html>
- Sheen, J. J., Wright, J. D., Goffman, D., Kern-Goldberger, A. R., Booker, W., Siddiq, Z., ... & Friedman, A. M. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(4), 390-e1.
- Sotomo (2016). *Sex in der Schweiz*. Consulté le 18 mars 2025 sur <https://sotomo.ch/site/projekte/sex-in-der-schweiz/>
- Tagesanzeiger (31 janvier 2025). Axa-Mitarbeitende bekommen frei bei künstlicher Befruchtung und Fehlgeburten. Consulté le 21 février 2025 sur [Fehlgeburt oder künstliche Befruchtung: Wann gibt es in Schweizer Unternehmen Ferien? | Tages Anzeiger](#)
- The Economist Group (2024). *Fertility policy and practice: A toolkit for Europe*. Consulté le 28 février 2025 sur [ei fertility policy and practice a toolkit for europe final.pdf](#)
- Universitätsspital Zürich (USZ, 6 août 2024). *Unfruchtbarkeit bei Mann und Frau*. Consulté le 21 février 2025 sur [Unfruchtbarkeit bei Mann und Frau – USZ](#)
- University of St.Gallen (HSG) Competence Center for Diversity, Disability and Inclusion 36 White Paper Fertility policy and family planning in Switzerland
- University of St.Gallen (HSG) Competence Center for Diversity, Disability and Inclusion 35 White Paper Fertility policy and family planning in Switzerland
- University of Zurich (UZH, 24 avril 2024). *Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study. Welle 1*. Department of Sociology, URPP Human Reproduction Reloaded. Consulté le 21 février 2025 sur [2023 UFSP H2R Umfrage A6 DE Web.pdf](#)
- US News & World Report (2024, September 10). *10 countries with the best public health systems*. Consulté le 21 février 2025 sur [10 Countries With the Best Public Health Systems in the World | Best Countries | U.S. News](#)
- Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M., & Sydsjö, G. (2015). Mental health in women 20–23 years after IVF treatment: a Swedish cross-sectional study. *BMJ open*, 5(10), e009426.
- Wilkinson, K., Mumford, C., & Carroll, M. (2023). Assisted Reproductive Technologies and work, employment and society: extending the debate on organizational involvement in/responsibilities around fertility and reproduction. *Work, Employment and Society*, 37(5), 1419-1433.
- Zhang, C., Yan, L., & Qiao, J. (2022). Effect of advanced parental age on pregnancy outcome and offspring health. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 39(9), 1969-1986.
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) (10 septembre 2019). *Neue WIG Studie zeigt die enorme Krankheitslast des Rauchens*. Consulté le 21 février 2025 sur <https://blog.zhaw.ch/gesundheitsoekonomie/2019/09/10/neue-wig-studie-zeigt-die-enorme-krankheitslast-des-rauchens/>
- Zurich UK (22 octobre 2022). *Women are hiding IVF treatment from their bosses for fear of losing their jobs, research finds*. Consulté en ligne le 21 février 2025 sur [Women are hiding IVF treatment from their bosses for fear of losing their jobs research finds | Zurich UKNews](#)

Annexe

Base de données

Cette section présente notre base de données et nos méthodes d'analyse. La base de données combine des données quantitatives et des données qualitatives issues d'entretiens. Le tableau ci-dessous résume plus en détail la base de données et les échantillons étudiés.

Données quantitatives

Données comparatives HSG 2024	<ul style="list-style-type: none">• Données RH anonymisées de 370 000 employé·e·s provenant de 90 entreprises et organisations en Suisse (7 % de la main-d'œuvre suisse) collectées chaque année par le Competence Center for Diversity, Disability, and Inclusion de l'Université de Saint-Gall.• 138 000 de ces employé·e·s occupent des postes de cadre.• Conformément à la réglementation suisse en matière de protection des données, les organisations peuvent collecter des données sur leurs employé·e·s en fonction de critères tels que le sexe, l'âge, le niveau de formation, la nationalité et la langue. Les données correspondent à la situation au 31 décembre 2023.
Questionnaire 2024 sur les mesures D&I	<ul style="list-style-type: none">• Données issues d'un questionnaire rempli chaque année par 89 responsables D&I ou professionnel·le·s des RH provenant d'entreprises et d'organisations suisses, collectées par le Competence Center for Diversity, Disability, and Inclusion de l'Université de Saint-Gall. Chaque spécialiste a rendu compte, entre autres, des mesures DE&I déjà mises en œuvre ou prévues à l'avenir par son entreprise.• Données collectées en février et mars 2024.
Données de l'Office fédéral suisse de la statistique	<ul style="list-style-type: none">• Données collectées en 2023 dans le cadre de l'enquête « Familles et générations » menée auprès de 10 000 personnes vivant en Suisse.• Les données sur la pratique médicale en matière de médecine reproductive sont collectées chaque année dans toute la Suisse et proviennent d'organisations telles que la FIVNAT, l'OFSP et l'EAZW, et font l'objet d'un suivi par le biais d'enquêtes directes.• 71,6 % des femmes et 73,1 % de l'ensemble de la population suisse vivent en couple, dont 71,4 % dans une relation hétérosexuelle.

- 2,4 % s'identifient comme homosexuels (selon une enquête en ligne réalisée par Sotomo entre le 29.07.2016 et le 28.08.2016 auprès de 29 350 personnes).
-

Rapport Suisse 2024

- 623 membres de la génération Z et des *Millennials* vivant en Suisse
 - 35 % de la génération Z (âgés de 20 à 26 ans), 65 % des *Millennials* (âgés de 27 à 37 ans)
 - 51 % de femmes, 49 % d'hommes
 - 46 % ayant un diplôme universitaire, 38 % diplômé-e-s de l'enseignement supérieur, 16 % enseignement primaire ou de base
 - Données recueillies dans le cadre d'une enquête en ligne réalisée en mars et en avril 2024 par un institut d'études de marché pour le compte de Merck Suisse.
-

Enquête sur la fertilité 2024

- 1564 personnes vivant en Allemagne
 - 787 femmes, 777 hommes
 - 25 à 30 ans = 33 %, 31 à 35 ans = 34 %, 36 à 40 ans = 33 %
 - 54 % diplômé-e-s de l'enseignement supérieur, 28,5 % diplômés de l'enseignement professionnel
 - Données collectées via une enquête en ligne réalisée en mai 2025 par un institut d'études de marché pour le compte de Merck Allemagne.
-

Données issues des entretiens

18 personnes interrogées dans le cadre de 14 entretiens :

- 3 personnes concernées (anciennes patientes sous PMA)
- 5 dirigeant-e-s d'entreprises issues de divers secteurs tels que l'assurance, l'informatique, la finance et les biotechnologies
- 2 membres du Parlement suisse
- 2 médecins (spécialisés en médecine reproductive)
- expert-e-s (chercheurs dans les domaines de la gynécologie, de la sociologie, de la psychologie, de la reproduction humaine, de la santé des femmes et du cadre juridique)
- Entretiens réalisés en ligne entre novembre 2024 et janvier 2025

Approche analytique

Le présent « livre blanc » poursuit un double objectif. Premièrement, nous avons cherché à déterminer les principales idées reçues et les attitudes des trois groupes de parties prenantes (à savoir les personnes concernées, les dirigeant·e·s d'entreprises et les autorités suisses) à l'égard de la fertilité, de l'infertilité et de la planification familiale en Suisse. Deuxièmement, nous avons formulé des recommandations concrètes à l'intention des trois groupes de parties prenantes. À cette fin, nous avons utilisé une approche mixte pour nos analyses, intégrant des méthodes quantitatives et qualitatives afin de trianguler les résultats et de renforcer la robustesse des conclusions.

Dans un premier temps, en termes de méthodes qualitatives, nous avons mené 14 entretiens semi-structurés avec 18 personnes issues de divers horizons et domaines d'expertise afin de recueillir un éventail de points de vue aussi large que possible. Les données issues des entretiens ont ensuite été codées à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative AT-LAS.ti (2023, version 23.2.1) et analysées afin de déterminer des thèmes communs. Si certaines catégories de codage ont été élaborées avant les analyses, celles-ci ont été en grande partie inductives et visaient d'une part à explorer les données et d'autre part à valider les idées reçues sur la fertilité, l'infertilité et la planification familiale que nous avons déterminées lors d'une analyse documentaire approfondie. Dans l'ensemble, nous avons constaté que la plupart des idées reçues tirées de la littérature ont été abordées par les personnes interrogées. Les données et les échanges avec les expert·e·s nous ont aidés à mieux comprendre certaines particularités de ces idées reçues dans le contexte suisse.

Dans un second temps, nous avons effectué des analyses descriptives des données quantitatives en nous concentrant principalement sur les indicateurs de tendance centrale (par exemple, la moyenne, la médiane, les fréquences) et de variabilité (par exemple, l'écart type, l'étendue).