



Genitorialità in Svizzera

Un rapporto su (in)fertilità e assenza di figli

Elternschaft in der Schweiz

Forschungsbericht über (Un-)Fruchtbarkeit und Kinderlosigkeit

La parentalité en Suisse

Rapport sur la (in)fertilité et l'absence d'enfants

Parenthood in Switzerland

A Report on (In)Fertility and Childlessness



Genitorialità in Svizzera

Un rapporto su (in)fertilità e assenza di figli

Elternschaft in der Schweiz

Forschungsbericht über (Un-)Fruchtbarkeit und Kinderlosigkeit

La parentalité en Suisse

Rapport sur la (in)fertilité et l'absence d'enfants

Parenthood in Switzerland

A Report on (In)Fertility and Childlessness



I dati presentati in questo libro provengono dallo studio CHARLS (Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study), condotto dal Data Centre dell'UFSP «Human Reproduction Reloaded | H2R» presso l'Università di Zurigo.

Die in diesem Buch präsentierten Daten stammen aus der CHARLS-Studie (Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study), die vom Data Centre des UFSP «Human Reproduction Reloaded | H2R» an der Universität Zürich durchgeführt wurde.

Les données présentées dans cet ouvrage proviennent de l'étude CHARLS (Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study), menée par le centre de données de l'UFSP «Human Reproduction Reloaded | H2R» à l'Université de Zurich.

The data presented in this book are drawn from the CHARLS study (Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study), conducted by the UFSP Data Centre «Human Reproduction Reloaded | H2R» at the University of Zurich.

© copyright 2026 by Carocci editore, Roma
Reg. Trib. Roma 2196/78

Finito di stampare nel maggio 2026 da EuroLit, Roma

Riproduzione vietata ai sensi di legge (art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)
Senza regolare autorizzazione, è vietato riprodurre questo volume anche parzialmente e con qualsiasi mezzo, compresa la fotocopia, anche per uso interno o didattico.

Printed on Polyedra Onjob FSC 300 g (cover) and Coral Book FSC 100 g (interior)



Genitorialità in Svizzera

Un rapporto su (in)fertilità e assenza di figli

Angela Christen, Eva Corba, Larissa Fritsch, Sandra Gilgen,
Maila Mertens, Jörg Rössel, Julia H. Schroedter

Università di Zurigo, URPP Human Reproduction Reloaded

SOMMARIO

7	PREFAZIONE
9	INTRODUZIONE
14	1. QUADRO DI RIFERIMENTO: ANALISI DEI DATI STRUTTURALI
14	1.1 L'evoluzione del tasso di natalità in Svizzera
15	1.2 Età al primo figlio in Svizzera
16	1.3 Il tasso di fecondità totale in Svizzera
17	1.4 Evoluzione delle intenzioni riproduttive
19	2. PERCEZIONI SOCIALI DEL TASSO DI NATALITÀ E DELLA GENITORIALITÀ IN SVIZZERA
19	2.1 Ragioni percepite del calo del tasso di natalità
20	2.2 Il significato della genitorialità
21	2.3 Ostacoli alla genitorialità
22	2.4 La non genitorialità come scelta individuale
25	3. INFERTILITÀ: ESPERIENZE E NON GENITORIALITÀ INVOLONTARIA
26	3.1 Esperienze di infertilità nella popolazione svizzera
28	3.2 Strategie per affrontare l'infertilità
28	3.3 Cause dell'infertilità
30	3.4 Conoscenze e percezioni
31	3.5 Trattamenti per la fertilità maschile
33	4. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
33	4.1 Conoscenza dei metodi di PMA
35	4.2 Atteggiamenti nei confronti della PMA
36	4.3 Valutazione della regolamentazione giuridica delle procedure di PMA
37	4.4 Atteggiamenti verso l'accesso e il finanziamento delle procedure di PMA per diverse configurazioni di coppia
39	4.5 Uso della PMA (passato, presente, futuro)
42	5. NUOVE FORME FAMILIARI
42	5.1 Situazione abitativa e configurazioni familiari
43	5.2 Nuove forme familiari e responsabilità genitoriale
45	SINTESI
47	BIBLIOGRAFIA

PREFAZIONE

La genitorialità, nelle società moderne, ha cessato di essere un traguardo biologico o sociale dato per scontato per trasformarsi in una scelta deliberata e complessa, profondamente influenzata dalle strutture sociali e dai progetti di vita individuali. In questo scenario, la Svizzera rappresenta un caso di studio emblematico: un Paese in cui i percorsi verso l'età adulta e la formazione della famiglia sono diventati sempre più flessibili e meno lineari.

Questa indagine è il risultato di una ricerca condotta dall'Università di Zurigo nell'ambito del programma prioritario di ricerca universitaria (UFSP) *Human Reproduction Reloaded*, realizzata in stretta collaborazione con IBSA Foundation per la ricerca scientifica, la Fondazione della casa farmaceutica IBSA con sede a Lugano da anni impegnata nella promozione della cultura scientifica e della ricerca a livello internazionale. Il progetto ha inoltre beneficiato del contributo scientifico del Prof. Bruno Imthurn, membro del Comitato Scientifico di IBSA Foundation e Professore Emerito di Medicina della Riproduzione ed Endocrinologia Ginecologica presso l'Università di Zurigo.

Il presente rapporto costituisce l'evoluzione di un percorso di indagine intrapreso in Svizzera nel 2017 da IBSA Foundation. Quella prima ricerca, realizzata da GfK, aveva aperto per la prima volta nel Paese un confronto sistematico sulla percezione sociale della fertilità e della procreazione medicalmente assistita (PMA). Se lo studio del 2017 evidenziava già come la pianificazione familiare fosse condizionata da fattori economici e denunciava una significativa carenza di informazione sui limiti biologici della fertilità femminile, quest'ultima analisi approfondisce quel solco investigativo. Tali indagini, in continuità con le survey condotte in Italia in collaborazione con il Censis, hanno permesso negli anni alla Fondazione di consolidare un osservatorio privilegiato sulle dinamiche della fertilità e della denatalità, fornendo un'analisi rigorosa delle trasformazioni sociali e demografiche in entrambi i Paesi.

Grazie all'utilizzo dei dati dello *Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study (CHARLS)*, condotto nell'ambito dell'UFSP *Human Reproduction Reloaded*, questo volume punta oggi l'obiettivo sulla realtà elvetica, offrendo un'analisi sistematica e aggiornata delle opinioni e dei comportamenti della popolazione svizzera. Lo studio si apre con un'analisi dei dati strutturali che delineano una chiara dinamica demografica: tra il 2015 e il 2023, il numero di nati vivi in Svizzera è diminuito del 7,6%, con un tasso di fecondità sceso a 1,33 figli per donna, un valore ben al di sotto della soglia di sostituzione generazionale fissata a circa 2,1 figli per donna, parametro necessario per garantire la stabilità numerica di una popolazione nel lungo periodo. Parallelamente, l'età media al primo figlio ha raggiunto i 31,3 anni, uno dei dati più elevati a livello europeo. Questo rinvio della genitorialità riflette un cambiamento culturale in cui l'autorealizzazione personale e le condizioni socioeconomiche giocano un ruolo determinante nella decisione di avere o meno figli.

Un nucleo centrale della ricerca è dedicato all'analisi dell'infertilità e al ruolo della PMA. Circa il 20% della popolazione residente in Svizzera riferisce di aver vissuto periodi di infertilità, un'esperienza che comporta un carico psicologico profondo, destinato ad aumentare con il trascorrere del tempo. Il rapporto indaga, inoltre, la percezione pubblica delle tecnologie riproduttive, evidenziando un ampio sostegno verso la disponibilità legale di pratiche come la donazione di sperma (66%) e di ovociti (59%), pur mantenendo riserve etiche su procedure più controverse come la maternità surrogata e la diagnosi genetica preimpianto.

In sintesi, il rapporto documenta una Svizzera in bilico tra il persistere di modelli tradizionali e una profonda "modernizzazione riflessiva". L'indagine rivela una società caratterizzata da una duplice

dinamica: da un lato, un aumento significativo di chi sceglie consapevolmente di non avere figli (passato dal 6% al 17% tra i giovani in soli dieci anni), dall'altro un ricorso sempre più strutturato alla medicina della riproduzione per superare ostacoli biologici o sociali. Emerge altresì un dato fondamentale: la genitorialità oggi non è più definita dalla forma esteriore del nucleo familiare, ma dalla qualità della relazione emotiva e del lavoro di cura.

Questo volume offre dunque a decisori politici, professionisti del settore e cittadini non solo una puntuale analisi demografica, ma una bussola per navigare una società che sta ridefinendo i concetti di famiglia e di responsabilità.

Jörg Rössel

PhD, Professor, Department of Sociology,
University of Zurich

Silvia Misiti

Director, IBSA Foundation
for scientific research

INTRODUZIONE

Nelle società moderne la genitorialità è un tema strettamente legato alle questioni della fertilità, dei cambiamenti sociali e dei progetti di vita individuali. L'evoluzione dei modelli di formazione della famiglia non riflette soltanto le decisioni dei singoli, ma è plasmata anche dalle strutture sociali e produce effetti di lungo periodo sull'assetto demografico.

La Svizzera non fa eccezione. Molti Paesi stanno attraversando una fase di profonda trasformazione, in cui l'ingresso nell'età adulta e la creazione di un proprio nucleo familiare seguono schemi sempre più flessibili e meno uniformi. L'idea di un percorso di vita tradizionale – scandito dalla successione di momenti cruciali, quali la conclusione degli studi, l'avvio di una carriera, un'unione stabile destinata al matrimonio e, infine, la nascita dei figli – si è infatti gradualmente affievolita. In un contesto in cui la scelta individuale e le opportunità disponibili sono considerate sempre più determinanti, emergono traiettorie di vita diversificate e la società accoglie con maggiore apertura percorsi di formazione della famiglia meno tradizionali.

Di fatto, le persone intraprendono relazioni stabili in età più avanzata e, di conseguenza, i matrimoni vengono spesso rimandati o sostituiti del tutto da forme alternative di convivenza. Invece di aspettarsi che ogni adulto aspiri “di default” a una famiglia propria, oggi ci si attende che la decisione di avere o non avere figli venga presa in modo molto più consapevole rispetto al passato. Questa evoluzione – in cui la genitorialità non è più un traguardo dato per scontato, ma una scelta deliberata – può essere considerata un cambiamento culturale con un'ampia gamma di conseguenze, tra cui la percezione di una maggiore legittimazione delle famiglie non tradizionali. Tale cambiamento si è verificato anche in Svizzera, dove ha portato a forme familiari eterogenee, plasmate da valori individuali più vari e condizioni socioeconomiche diversificate. Al contempo, la crescente accettazione di stili di vita differenti ha favorito una maggiore diffusione della scelta di vivere senza figli.

Le tendenze demografiche mostrano una dinamica chiara. Tra il 2015 e il 2023, il numero assoluto di nati vivi in Svizzera è sceso da 86.559 a 80.024, con una diminuzione del 7,6%. Il calo delle nascite in Svizzera è in linea con una tendenza a livello europeo, caratterizzata da cambiamenti negli stili di vita e nei valori, incertezze economiche e crescenti esigenze di conciliazione tra lavoro e vita privata. Secondo le indagini Eurostat del 2015 e 2023, quasi tutti i Paesi europei registrano una diminuzione sia del tasso di natalità sia del tasso di fecondità, mentre l'età delle donne al primo parto e l'età media al parto sono in costante aumento.

La **Tabella I** mostra anche l'elevato grado di eterogeneità all'interno dell'Europa. Mentre il tasso di fecondità (il numero medio di figli per donna in età fertile) è relativamente alto in Paesi come la Francia (1,66) e la Danimarca (1,50), in altri Paesi è a un livello storicamente basso, tra cui la Spagna (1,12) e l'Italia (1,21). Con un tasso di fecondità di 1,33 figli per donna, la Svizzera si colloca leggermente al di sotto della media europea e ben al di sotto della soglia di 2,1 necessaria per mantenere stabile la popolazione.

Sebbene in molti Paesi europei l'età media delle donne al primo parto sia intorno ai 30 anni, in Svizzera, con 31,3 anni, l'età media è superiore di oltre un anno (**Tabella I**). Un'età media delle madri al primo parto ancora più elevata si riscontra solo in Spagna e Liechtenstein (entrambi 31,5 anni), Irlanda (31,6 anni) e Italia (31,8 anni).

Tabella I. Fertilità e nascite nell'Unione europea nel 2015 e 2023

Area geografica	Tasso di natalità (nati vivi per 1.000 abitanti)		Tasso di fecondità		Nati vivi		Età media delle donne al primo parto		Età media delle donne al parto	
	2015	2023	2015	2023	2015	2023	2015	2023	2015	2023
Bulgaria	9,2	8,9	1,53	1,81	65.950	57.197	26,0	26,9	27,4	28,2
Macedonia del Nord	11,1	9,2	1,50	1,71	23.075	16.737	26,8	26,6	28,6	29,2
Francia	12,0	9,9	1,96	1,66	799.671	678.333	28,4	29,1	30,4	31,0
Regno Unito	11,9	10,0	1,80	1,56	776.746	712.699	28,7	28,5	30,3	30,5
Ungheria	9,4	9,1	1,45	1,55	92.135	87.671	27,8	28,8	29,6	30,2
Islanda	12,5	11,2	1,80	1,55	4.129	4.315	27,5	28,8	30,3	30,8
Romania	10,0	8,4	1,58	1,54	197.491	160.078	26,3	27,1	27,7	28,3
Slovenia	10,0	8,0	1,57	1,51	20.641	16.989	28,7	29,1	30,2	30,5
Serbia	9,3	9,2	1,46	1,51	65.657	61.052	27,7	28,4	29,0	29,3
Turchia	16,9	11,2	2,14	1,51	1.325.783	958.408	27,1	27,1	28,6	29,2
Danimarca	10,2	9,7	1,71	1,50	58.205	57.469	29,2	30,1	31,0	31,8
Irlanda	14,0	10,3	1,92	1,50	65.537	54.472	29,9	31,6	31,6	33,2
Slovacchia	10,3	9,0	1,40	1,49	55.602	48.627	27,1	27,3	28,8	28,8
Belgio	10,8	9,4	1,70	1,47	122.274	110.785	28,7	29,5	30,4	31,1
Croazia	8,9	8,3	1,40	1,47	37.503	32.170	28,3	29,3	29,9	30,8
Cechia	10,5	8,4	1,57	1,46	110.764	91.149	28,2	28,9	30,0	30,4
Portogallo	8,3	8,1	1,31	1,45	85.500	85.699	29,5	30,2	30,9	31,7
Svezia	11,7	9,5	1,85	1,45	114.870	100.051	29,2	30,0	31,0	31,7
Liechtenstein	8,7	9,1	1,40	1,45	325	361	30,6	31,5	31,6	32,8
Paesi Bassi	10,1	9,2	1,66	1,43	170.510	164.487	29,7	30,4	31,2	31,8
Cipro	10,8	10,7	1,32	1,40	9.170	10.241	29,4	29,8	31,3	31,5
Norvegia	11,3	9,4	1,72	1,40	58.815	51.983	28,9	30,1	30,7	31,7
Germania	9,0	8,3	1,50	1,39	737.575	692.989	29,5	29,8	30,9	31,3
UE (Paesi)	10,0	8,2	1,58	1,38	5.065.662	3.669.659	26,5	29,8	30,5	31,2
Lettonia	11,1	7,7	1,70	1,36	21.979	14.490	26,5	28,0	29,4	30,4
Svizzera	10,5	9,0	1,54	1,33	86.559	80.024	30,6	31,3	31,8	32,4
Austria	9,8	8,5	1,49	1,32	84.381	77.605	29,2	29,9	30,6	31,2
Estonia	10,6	8,0	1,58	1,31	13.907	10.949	27,2	28,7	29,9	31,0
Grecia	8,5	6,8	1,33	1,26	91.847	71.249	30,2	31,0	31,3	32,1
Finlandia	10,1	7,8	1,65	1,26	55.472	43.383	28,8	30,0	30,6	31,5
Lussemburgo	10,7	9,5	1,47	1,25	6.115	6.320	30,2	31,4	31,5	32,4
Italia	8,0	6,4	1,35	1,21	485.780	379.890	30,8	31,8	31,7	32,5
Polonia	9,7	7,4	1,32	1,20	369.308	272.451	27,0	28,4	29,2	30,1
Lituania	10,8	7,2	1,70	1,18	31.475	20.623	27,0	28,4	29,5	30,4
Spagna	9,0	6,6	1,33	1,12	418.432	319.830	30,7	31,5	31,9	32,6
Malta	10,0	8,1	1,45	1,06	4.325	4.462	28,7	29,8	30,3	31,2

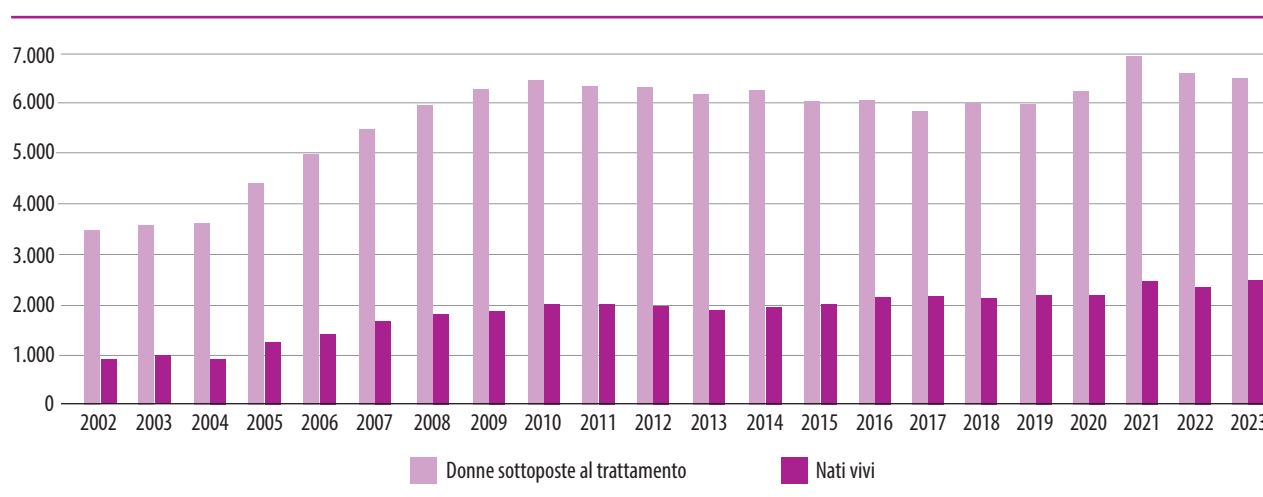
Fonte 2023: Eurostat / UST (compilazione, 2025). Fonte 2015: Eurostat (elaborazione secondo *Quotidiano Sanità*, marzo 2017).

L'aumento dell'età media delle donne al primo figlio ha conseguenze di ampia portata. Con l'aumentare dell'età diminuisce la probabilità di una gravidanza spontanea/naturale, mentre cresce il rischio di problemi di infertilità, aborti spontanei e anomalie cromosomiche. In tale contesto, la procreazione medicalmente assistita (PMA; spesso indicata a livello internazionale come "tecnologia di riproduzione artificiale", ART) sta acquisendo un'importanza crescente. Essa comprende procedure come la fe-

condazione *in vitro* (FIV), l'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) e altre tecniche che favoriscono il concepimento o aumentano le probabilità di successo. La PMA, quindi, non è soltanto uno strumento medico, ma è anche un fenomeno socialmente rilevante: apre la possibilità di diventare genitori a una quota crescente della popolazione e, di conseguenza, influenza l'evoluzione demografica.

I dati dell'Ufficio federale di statistica svizzero (UST) mostrano che, in Svizzera, la procreazione medicalmente assistita ha acquisito un'importanza significativamente maggiore dall'inizio degli anni Duemila. La **Figura 1** indica che il numero di donne trattate è aumentato costantemente tra il 2002 e il 2010. Successivamente, il ricorso ai metodi di riproduzione medicalmente assistita è rimasto relativamente stabile. Parallelamente all'andamento dei trattamenti, è aumentato anche il numero di bambini nati vivi dopo il ricorso alla PMA. Come mostra la **Figura 1**, questo valore è più che raddoppiato tra i primi anni Duemila e il 2010. Negli anni successivi è rimasto relativamente stabile, nonostante lievi oscillazioni, e solo negli ultimi anni ha iniziato a crescere leggermente.

Figura 1. Procreazione medicalmente assistita (metodi di fecondazione esterna) in Svizzera. Numero di donne trattate¹ e nati vivi² in Svizzera



¹ Numero di donne sottoposte a trattamenti con metodi di fecondazione in vitro in un anno solare.

² I nati vivi si registrano sia nell'anno del trattamento FIV sia nell'anno successivo, a seconda della durata della gravidanza.

Fonte: Statistica della procreazione medicalmente assistita, UST, 2025.

Le cifre attuali riportate nella **Tabella 2** confermano che in Svizzera la PMA è parte integrante dell'assistenza medico-riproduttiva e svolge un ruolo importante nel realizzare il desiderio di genitorialità per chi ha difficoltà ad avere figli o non può averne "naturalmente". Nel 2023, le donne sottoposte a trattamenti di PMA sono state 6.513, mentre i nati vivi registrati a seguito di tali trattamenti sono stati 2.511. La PMA ha portato a una gravidanza in poco meno della metà delle donne trattate; tra queste, oltre tre quarti hanno portato a termine la gestazione, mentre le gravidanze multiple hanno riguardato circa il 3% dei casi.

In Svizzera, la procreazione medicalmente assistita è regolamentata dalla Legge sulla medicina della procreazione (LPAM). L'attenzione è rivolta a procedure quali la fecondazione *in vitro* (FIV), l'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) e l'impiego di sperma donato. In genere, questi metodi vengono adottati quando l'infertilità richiede un trattamento medico e le misure meno invasive si sono rivelate inefficaci o non offrono prospettive realistiche di successo. Un'ulteriore indicazione è rappresentata dalla necessità di evitare il rischio di trasmettere gravi malattie ereditarie.

Tabella 2. Persone trattate, cicli di trattamento e gravidanze in Svizzera (anno 2023)

Donne trattate (totale)	6.513
Donne che hanno iniziato il trattamento nell'anno	3.202
Cicli di trattamento iniziati	12.497
Prelievi di ovociti (solo cicli freschi)	5.985
Trasferimenti di embrioni	8.164
Trasferimenti con spermatozoi donati	231
Donne trattate in cui il trattamento ha portato a una gravidanza (%)	48,6
<i>Esito delle gravidanze</i>	
Gravidanze che hanno portato a una nascita (%)	77,3
Nascite multiple (% sulle nascite)	2,8
Bambini nati vivi	2.511
Quota di gravidanze gemellari (% sui bambini)	5,5
Bambini nati morti (% sui bambini)	0,2
Numero di bambini nati in seguito a donazione di spermatozoi	67

Fonte: Statistica della procreazione medicalmente assistita, UST, 2025.

L'accesso a queste procedure è regolamentato in modo differente a seconda dei destinatari. I trattamenti che utilizzano i gameti della coppia, come la FIV o l'ICSI, sono accessibili sia alle coppie sposate sia a quelle non sposate. Al contrario, il ricorso alla donazione di sperma è riservato esclusivamente alle coppie sposate. Con l'entrata in vigore del "matrimonio per tutti" nel 2022, tale disposizione vale sia per le coppie eterosessuali sia per quelle composte da due donne, purché unite in matrimonio. Le coppie non sposate e le persone single non hanno accesso alla donazione di sperma.

Un altro importante traguardo è stato l'approvazione della diagnosi genetica preimpianto (DGP), sostenuta dall'elettorato svizzero nel 2016. Da allora, nell'ambito della procreazione medicalmente assistita, è possibile analizzare gli embrioni alla ricerca di gravi malattie genetiche o anomalie cromosomiche prima del loro impianto nell'utero. Il dibattito di allora ha chiarito che la PMA solleva non solo questioni mediche, ma anche interrogativi etici e sociali. Nonostante questi sviluppi, diverse procedure di medicina della riproduzione consentite in altri Paesi restano legalmente vietate in Svizzera. Tra queste figurano la donazione di ovociti, la donazione di embrioni e la maternità surrogata. Tuttavia, il Consiglio federale ha deciso di rivedere la Legge sulla medicina della procreazione e, tra le altre cose, di esaminare l'eventuale autorizzazione alla donazione di ovociti.

Il presente studio si basa sulle prime due ondate del sondaggio Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study (CHARLS). Si tratta della prima indagine panel svizzera che raccoglie dati su atteggiamenti, esperienze e convinzioni riguardo all'inseminazione artificiale e alla formazione della famiglia (Büchler *et al.*, 2023). La ricerca è stata condotta nell'ambito del Programma Prioritario di Ricerca Universitaria "Human Reproduction Reloaded | H2R" dell'Università di Zurigo.

I dati della prima ondata di CHARLS sono stati raccolti da marzo ad agosto 2023. Il campione, stratificato in modo sproporzionato, comprendeva 20.000 individui ed è stato estratto dal registro della popolazione svizzera. La popolazione di riferimento includeva tutte le persone di età pari o superiore a 18 anni con residenza permanente in Svizzera. La stratificazione si basava sulle tre regioni linguistiche¹ e, all'interno di questi strati, ulteriormente sul genere. Gli individui sono stati selezionati in modo

¹ Le regioni linguistiche includevano le tre principali lingue della Svizzera: tedesco (incluso il romancio), francese e italiano. Alcuni cantoni rientrano in due regioni linguistiche (ad esempio, Berna). Per consentire analisi rappresentative per ciascuna regione linguistica, gli strati avevano dimensioni diverse: la Svizzera tedescofona rappresentava il 66,6% della popolazione definita, la Svizzera francofona il 23,4% e la

casuale all'interno di ciascuno strato. La popolazione target è stata contattata tramite lettera e invitata a compilare il questionario online oppure in formato cartaceo. Il tasso di risposta è stato del 26%, per un totale di 5.256 partecipanti.

La seconda ondata di CHARLS si è svolta da maggio a ottobre 2025. Sono stati contattati tutti gli individui della prima ondata il cui indirizzo ha potuto essere mantenuto aggiornato e che non avevano espresso esplicitamente la volontà di non partecipare (n=5.096). Il tasso di risposta è stato soddisfacente, pari al 56% (n=2.846).

Tuttavia, in entrambe le ondate del sondaggio sono emerse alcune tendenze selettive nei tassi di risposta. Ad esempio, la partecipazione dei cittadini svizzeri è stata più alta rispetto a quella dei cittadini non svizzeri (partecipazione: 76% e 24%; quote nella popolazione: 73% e 27%²). I tassi di partecipazione sono stati più elevati nelle aree urbane rispetto a quelle rurali. Inoltre, in Ticino si è registrata una partecipazione maggiore, in parte dovuta al sovracampionamento (partecipazione: 12%; quota della popolazione svizzera: 8%).

Si osserva anche un bias legato al livello di istruzione, con una sovrarappresentazione delle persone più istruite nel campione risultante: i soggetti con istruzione terziaria costituivano il 35% del nostro sondaggio, mentre rappresentavano il 31% della popolazione. Le persone che avevano al massimo completato la scuola dell'obbligo erano invece nettamente sottorappresentate, con il 5% rispetto al 14% nella popolazione³. Inoltre, le donne hanno partecipato più frequentemente degli uomini (57% contro 43%). Questi schemi di selezione sono comuni nelle indagini sulla popolazione.

Per ragioni di comparabilità con il primo rapporto della IBSA Foundation for Scientific Research, le presenti analisi descrittive includono esclusivamente persone di età compresa tra 18 (nella prima ondata) e 64 anni. I dati non sono stati ponderati. Questo aspetto va considerato nell'interpretazione dei risultati, poiché il campione, come già indicato, presenta una lieve sovrarappresentazione di cittadini svizzeri, persone con un livello di istruzione più elevato, persone residenti in Ticino, donne e persone provenienti da contesti urbani.

Svizzera italoфона il 10%. Ciò significa che il Ticino, con la sua popolazione di lingua italiana, risulta significativamente sovrarappresentato. All'interno degli strati, il campione era distribuito in modo equilibrato per genere (50:50).

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung.html>

³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/indicators/bildungsstand.assetdetail.33907281.html>

I. QUADRO DI RIFERIMENTO: ANALISI DEI DATI STRUTTURALI

I.1 L'evoluzione del tasso di natalità in Svizzera

Il tasso di natalità corrisponde al numero totale delle nascite viventi registrate nel corso dell'anno tra la popolazione residente permanente media. Questo indicatore si esprime attraverso il numero di nati vivi per 1.000 abitanti e consente di inquadrare l'andamento delle nascite in rapporto alla popolazione totale.

In Svizzera, il tasso di natalità è rimasto relativamente stabile per molti anni, attestandosi intorno a 10 nascite viventi per 1.000 abitanti. Il numero assoluto di nati vivi è aumentato tra il 2011 e il 2018, passando da 80.808 a 87.851, raggiungendo un picco provvisorio. Come mostra la **Tabella 3**, tale sviluppo è stato legato, tra l'altro, a una crescente quota di nascite di bambini da genitori con cittadinanza straniera.

Tabella 3. Nascite in Svizzera

Anno	Nati vivi (totale)	Maschi	Femmine	Svizzeri	Stranieri
2011	80.808	41.626	39.182	59.043	21.765
2012	82.164	42.435	39.729	59.684	22.480
2013	82.731	42.595	40.136	59.440	23.291
2014	85.287	43.850	41.437	60.707	24.580
2015	86.559	44.649	41.910	61.344	25.215
2016	87.883	44.932	42.951	61.570	26.313
2017	87.381	44.873	42.508	61.124	26.257
2018	87.851	45.013	42.838	61.650	26.201
2019	86.172	44.123	42.049	60.875	25.297
2020	85.914	44.299	41.615	61.049	24.865
2021	89.644	45.928	43.716	64.132	25.512
2022	82.371	42.464	39.907	58.556	23.815
2023	80.024	41.048	38.976	56.122	23.902
2024	78.256	40.159	38.097	54.815	23.441

Fonte: Statistica delle nascite in Svizzera, UST, 2025.

Tuttavia, nel 2019 è iniziata una tendenza al ribasso. Il numero di nati vivi è inizialmente diminuito in modo moderato, per poi calare in maniera significativa dopo un picco temporaneo nel 2021, probabilmente dovuto alla pandemia. Nel 2023, in Svizzera sono stati registrati 80.024 nati vivi e nel 2024 la cifra è ulteriormente scesa a 78.256. Parallelamente, è diminuito anche il tasso di natalità, scendendo nel 2024 a circa 8,7 nati vivi per 1.000 abitanti, ben al di sotto dei livelli degli anni precedenti. Ciò rappresenta un calo netto rispetto all'andamento delle nascite, rimasto per lungo tempo relativamente stabile.

L'aumento del tasso di natalità osservato nel 2021 non dovrebbe essere interpretato come un'inversione di tendenza strutturale. La ricerca internazionale (cfr. Sobotka *et al.*, 2023) mostra che nel 2021 diversi

Paesi europei hanno registrato un incremento delle nascite di breve durata, successivo al primo lockdown per il coronavirus nel 2020. Questo cosiddetto effetto pandemico, o effetto di “catch-up”, è attribuito, tra le altre cose, ai cambiamenti nelle condizioni di vita e di lavoro durante i lockdown, come un maggiore tempo trascorso a casa, modifiche nell'organizzazione del lavoro e l'anticipazione di piani preesistenti di avere figli.

Anche in Svizzera questo aumento è stato di breve durata ed è stato seguito, negli anni successivi, da un nuovo calo dei tassi di natalità. La tendenza dal 2019 non indica, dunque, una ripresa duratura delle nascite, ma conferma piuttosto un andamento discendente in corso.

1.2 Età al primo figlio in Svizzera

Negli ultimi due decenni, in Svizzera la struttura per età dei genitori alla nascita del primo figlio ha subito modifiche significative. È particolarmente evidente il forte calo delle prime nascite tra le classi d'età più giovani. Se nel 2005 si registravano 253 prime nascite da madri di età inferiore ai 20 anni, nel 2024 questo dato è sceso a 31 casi. Un calo altrettanto marcato si osserva tra le madri di età compresa tra i 20 e i 24 anni: nello stesso periodo, il loro numero è diminuito da 4.310 a 1.474 prime nascite.

Inoltre, il baricentro delle prime nascite si è spostato sempre più verso le fasce d'età più avanzate. Da molti anni, la fascia d'età 30-34 anni rappresenta il gruppo più numeroso di madri al primo figlio: il loro numero è aumentato da 10.472 nel 2005 fino a un picco di oltre 11.600 nel 2021, attestandosi a circa 10.200 nel 2024. Ciò significa che nel 2024 circa il 42% di tutte le prime nascite ha riguardato questa fascia d'età. Allo stesso tempo è aumentato in modo significativo anche il numero di madri primipare tra i 35 e i 39 anni: le prime nascite in questa fascia d'età sono passate da 4.879 nel 2005 a 5.065 nel 2024, corrispondenti a una quota di poco superiore al 21% del totale.

Le prime nascite in fasce d'età ancora più elevate sono oggi decisamente più frequenti rispetto al passato. Se nel 2005 sono state registrate complessivamente 964 prime nascite da madri di 40 anni e oltre (circa il 3,2%), nel 2024 questo numero è salito a 1.304, pari a una quota del 5,4%. Tale andamento mostra che negli ultimi anni l'età di avvio della formazione di una famiglia si è chiaramente spostata in avanti.

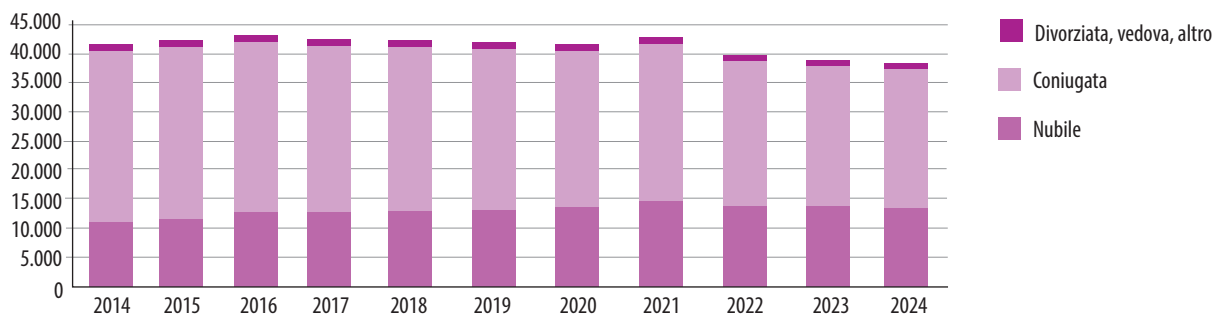
Un modello analogo si osserva anche tra i padri al primo figlio. Alla nascita del primo figlio, la maggior parte dei padri ha un'età compresa tra i 30 e i 39 anni, con una marcata prevalenza della fascia 35-39 anni lungo tutto il periodo considerato. Allo stesso tempo, è aumentata la quota di padri di 40 anni e oltre. Nel 2005, a queste fasce d'età sono state attribuite 4.097 prime nascite, pari al 13,6% di tutte le prime nascite. Nel 2024, nonostante il generale calo del tasso di natalità, le prime nascite in tali fasce d'età sono state 3.750, corrispondenti a una quota del 15,5%. Questi dati evidenziano un significativo posticipo dell'ingresso nella paternità verso età più avanzate.

La nascita del primo figlio è di particolare importanza per la successiva pianificazione familiare. In generale, quanto più tardi avviene la prima nascita, tanto meno tempo resta per eventuali nascite successive. Pertanto, il momento in cui arriva il primo figlio influisce non solo sul percorso di vita individuale, ma anche sui tassi di natalità e sulla continuità generazionale nel lungo periodo.

La **Figura 2** mostra come, tra il 2014 e il 2024, la distribuzione delle prime nascite in Svizzera sia variata in base allo stato civile della madre. Sebbene in questo arco di tempo la maggior parte delle prime nascite sia avvenuta all'interno del matrimonio, tale quota è risultata in costante calo.

Nel 2014, il 71% delle prime nascite riguardava donne coniugate, quota scesa al 62% entro il 2024. Allo stesso tempo, le prime nascite da madri nubili sono diventate significativamente più comuni: la

Figura 2. Numero di prime nascite in Svizzera per stato civile della madre, 2014-2024



Fonte: Statistica del movimento naturale della popolazione, UST, 2025.

loro quota è aumentata da circa il 27% nel 2014 a poco meno del 36% nel 2024. Infine, sebbene in termini numerici le prime nascite da donne in altri stati civili – divorziate o vedove – mantengono un peso marginale, anche in questo segmento si osserva una lieve diminuzione.

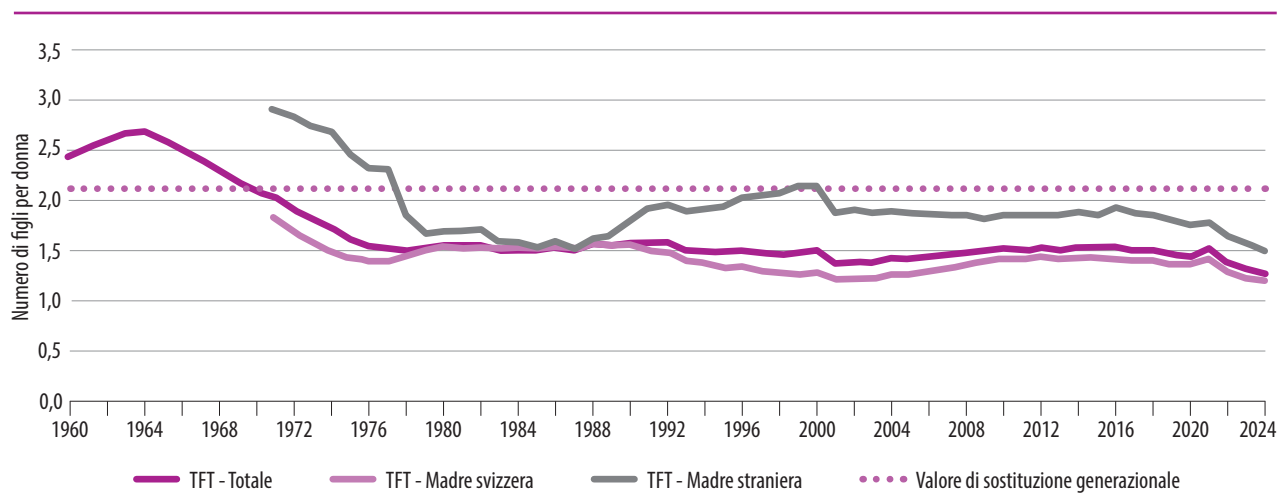
Tale sviluppo illustra il cambiamento in corso dei modelli familiari e di convivenza in Svizzera. La genitorialità è sempre meno legata al matrimonio e oggi si realizza più spesso al di fuori del quadro istituzionale tradizionale. I dati sulle nascite in base allo stato civile della madre riflettono, pertanto, una crescente diversità di stili di vita individuali e di modelli di coppia.

1.3 Il tasso di fecondità totale in Svizzera

Un indicatore chiave per analizzare in modo sistematico questi sviluppi è il tasso di fecondità totale (TFT), che indica quanti figli una donna potrebbe ipoteticamente avere in media se i tassi di natalità specifici per età di un determinato anno rimanessero costanti per tutta la sua vita. Dopo la fine del baby boom, il TFT in Svizzera è diminuito sensibilmente negli anni Settanta del secolo scorso, scendendo al di sotto della soglia di sostituzione generazionale di circa 2,1 figli per donna. Da allora è rimasto sempre al di sotto di questo livello. Con circa 1,3 figli per donna nel 2024, il TFT è stato particolarmente basso negli ultimi anni (Figura 3).

Il valore di circa 2,1 figli per donna, necessario per la sostituzione delle generazioni, rappresenta il parametro di riferimento per la sostituzione numerica a lungo termine di una popolazione. Se il tasso di fecondità rimane al di sotto di tale soglia, nel lungo periodo si produce un cambiamento nella struttura per età della popolazione. In Svizzera, questo fenomeno è evidente da diversi decenni sotto forma di un progressivo invecchiamento demografico. Ciò pone anche sfide ai sistemi di sicurezza sociale a ripartizione, come l'assicurazione svizzera per la vecchiaia e i superstiti (AVS), il cui finanziamento dipende dal rapporto tra popolazione attiva e non attiva. Come in altri Paesi europei, i dati sulla fecondità mostrano che le donne con cittadinanza straniera hanno in media più figli rispetto alle donne svizzere.

Esistono, inoltre, differenze nei tassi di natalità tra i Cantoni svizzeri. Tra questi, il Ticino presenta da anni un tasso di fecondità contenuto, collocandosi agli ultimi posti per quanto riguarda il numero medio di figli per donna. Tale andamento non va interpretato come un fenomeno isolato, essendo riconducibile a caratteristiche strutturali e sociali osservabili in altre regioni con bassi tassi di natalità. Tra queste figurano un'età media più elevata alla nascita del primo figlio, cambiamenti nei percorsi professionali e di vita, nonché condizioni economiche e sociali che possono influenzare le scelte riproduttive. Parallelamente, i confronti internazionali evidenziano come regioni con affinità culturale, economica

Figura 3. Evoluzione del tasso di fecondità totale (TFT) in Svizzera, per nazionalità della madre, 1960-2024

Fonte: Statistica del movimento naturale della popolazione, UST, 2025.

e demografica all'Europa meridionale e occidentale presentino spesso tendenze simili. In tal senso, il Ticino si inserisce in un più ampio contesto europeo caratterizzato da denatalità e da una formazione della famiglia sempre più tardiva.

Le differenze cantonali dimostrano, pertanto, che l'andamento dei tassi di natalità non è attribuibile unicamente a fattori nazionali, ma risulta influenzato anche da dinamiche regionali. Al contempo, però, esse rimarcano anche che i cambiamenti demografici in Svizzera si inseriscono in un contesto di portata europea.

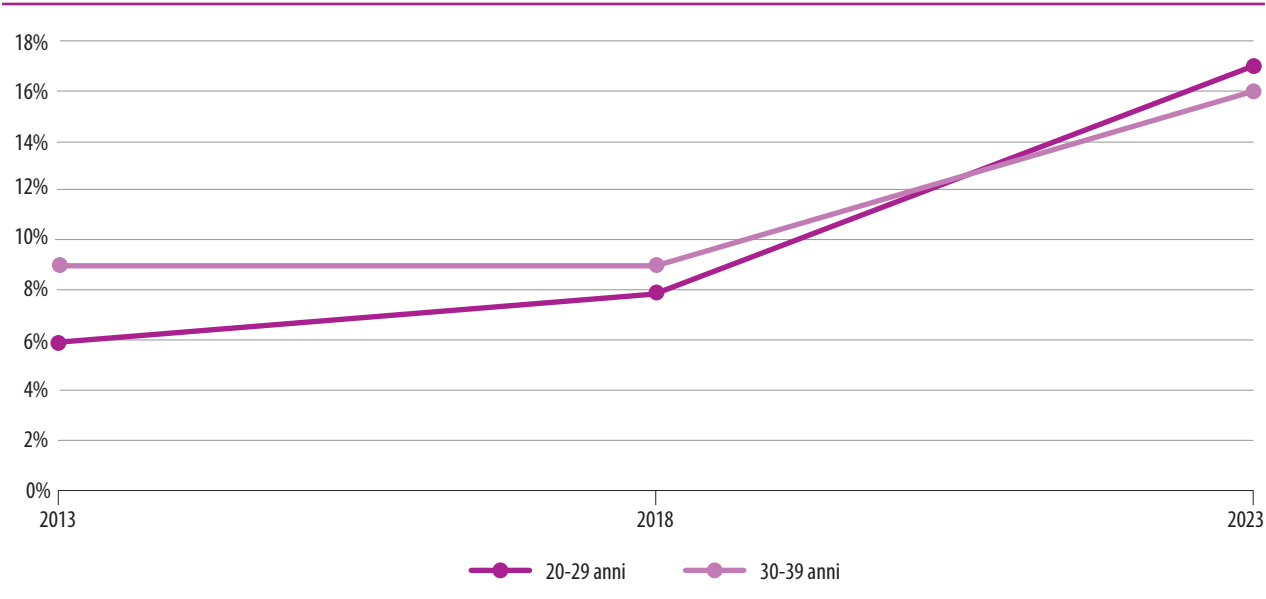
1.4 Evoluzione delle intenzioni riproduttive

Parallelamente ai cambiamenti strutturali nelle prime nascite e nella fecondità, si possono osservare anche mutamenti nelle intenzioni riproduttive. La **Figura 4** mostra, nel tempo, la quota di persone che non desiderano avere figli in due gruppi di età (20-29 e 30-39 anni). In entrambi i gruppi, la quota è aumentata in modo significativo tra il 2013 e il 2023. L'aumento è particolarmente marcato nella fascia di età 20-29 anni: mentre nel 2013 circa il 6% dichiarava di non volere figli, nel 2023 la quota era salita intorno al 17%. Anche nella fascia 30-39 anni si osserva un incremento, da circa il 9% (2013) a circa il 16% (2023). I risultati indicano che oggi, rispetto a dieci anni fa, la mancanza di desiderio di avere figli risulta più diffusa tra i gruppi giovani e di mezza età.

In sintesi, il calo della natalità in Svizzera può essere interpretato come il risultato di diversi sviluppi interconnessi. Oltre alla tendenza a formare una famiglia in età sempre più avanzata e a un tasso di fecondità persistentemente basso, si osservano cambiamenti significativi nelle intenzioni riproduttive. La quota sempre più ampia di persone che non desiderano avere figli, soprattutto nelle fasce d'età più giovani, suggerisce che il calo delle nascite non sia dovuto soltanto a una genitorialità rimandata, ma sempre più anche a una decisione consapevole di non avere figli.

I risultati strutturali presentati mostrano, quindi, che gli sviluppi demografici non possono essere considerati in modo isolato, ma vanno letti nel contesto di cambiamenti nei percorsi di vita, nelle forme di relazione di coppia, nelle priorità e nei valori individuali. In questo quadro, emerge la domanda su come tali sviluppi vengano percepiti dalla popolazione, quali spiegazioni e interpretazioni vi siano associate e quali significati vengano attribuiti oggi alla genitorialità.

Figura 4. Quota di persone che non desiderano avere figli per gruppo di età in Svizzera, 2013-2023



Fonte: Calo dei tassi di natalità in Svizzera, DFI, 2025.

2. PERCEZIONI SOCIALI DEL TASSO DI NATALITÀ E DELLA GENITORIALITÀ IN SVIZZERA

2.1 Ragioni percepite del calo del tasso di natalità

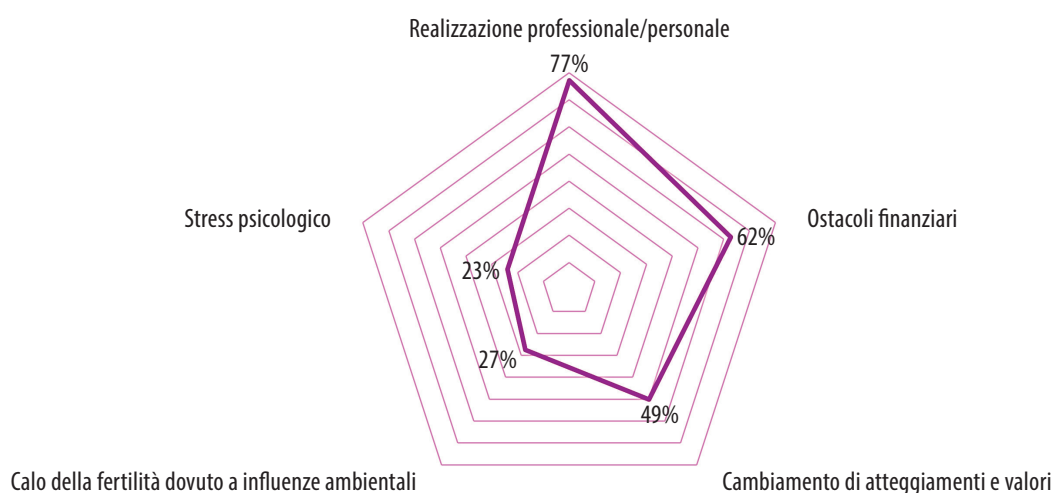
Nella seconda ondata dell'indagine CHARLS, ai partecipanti è stato chiesto di valutare le ragioni che, a loro avviso, contribuiscono al calo della natalità in Svizzera. La domanda è stata impostata come quesito a risposta multipla, consentendo di indicare più cause contemporaneamente. La distribuzione di frequenza delle risposte è riportata nella **Figura 5**.

La ragione citata più frequentemente è stata la ricerca di realizzazione professionale e personale (77%), seguita dagli ostacoli finanziari (62%) e dal cambiamento di atteggiamenti e valori (49%). Con minore frequenza, ma comunque da una quota rilevante di rispondenti, sono stati indicati come possibili motivi anche un calo della fertilità dovuto a influenze ambientali (27%) e lo stress psicologico (23%). Questi risultati offrono indicazioni su quali spiegazioni del calo delle nascite risultino particolarmente diffuse tra la popolazione.

Oltre alle opzioni di risposta predefinite, ai partecipanti è stata data la possibilità di indicare ulteriori motivazioni con parole proprie. Circa il 14% ha fatto uso di questa opzione. Le risposte aperte sono state raggruppate per temi e fungono da integrazione qualitativa ai risultati standardizzati.

Dalle risposte aperte emergono tre interpretazioni ricorrenti: 1) molte risposte fanno riferimento all'incertezza rispetto al futuro – ad esempio, in relazione a crisi politiche, cambiamento climatico o sviluppi sociali generali; 2) numerose risposte riguardano le condizioni strutturali per la creazione di una famiglia, tra cui la conciliazione tra lavoro e vita familiare, la mancanza di tempo o l'assenza di sistemi di sostegno; 3) vi sono riferimenti a cambiamenti normativi e a trasformazioni materiali nei percorsi di vita, come piani di vita mutati, la formazione della famiglia in età più avanzata o dinamiche di coppia cambiate.

Figura 5. Ragioni percepite del calo del tasso di natalità (val.%)



Fonte: CHARLS 2025, ondata 2, n=1.988.

Nel complesso, le risposte aperte integrano le categorie di risposta chiuse, evidenziando come molti intervistati non attribuiscono il calo della natalità esclusivamente a scelte individuali, bensì lo percepiscono come il risultato di un'interazione tra fattori sociali, economici e biografici.

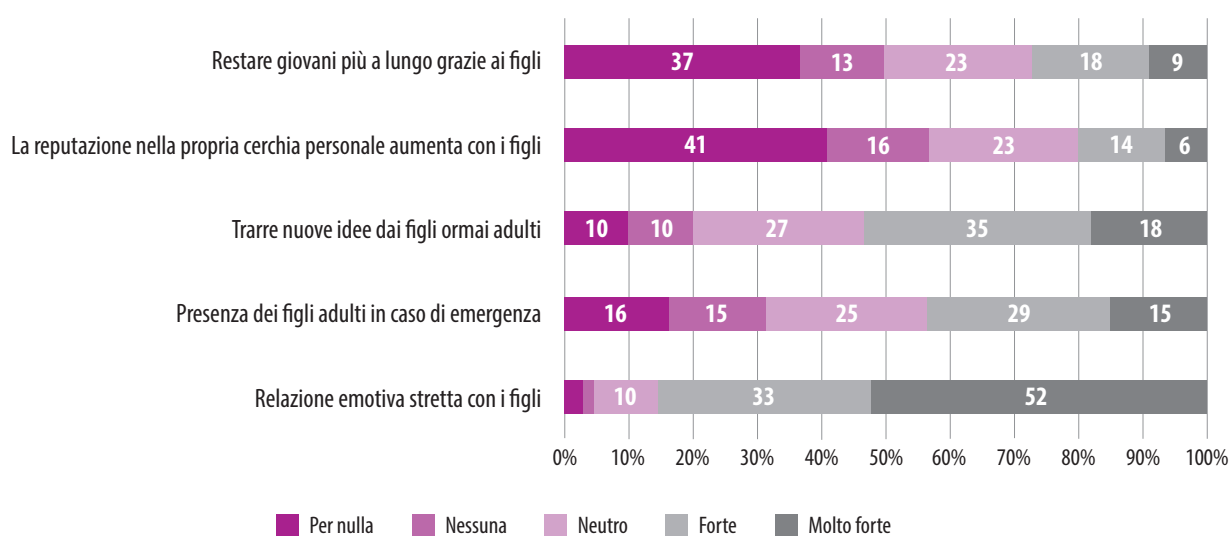
2.2 Il significato della genitorialità

L'importanza attribuita alla genitorialità è strettamente legata ai valori sociali e ai progetti di vita individuali. Le idee su cosa significhi essere genitori influenzano sia le decisioni a favore o contro l'aver figli, sia le aspettative relative alle relazioni all'interno della famiglia lungo tutto l'arco della vita. Negli ultimi decenni si è osservato un cambiamento nel significato attribuito a questi temi. Accanto alle tradizionali concezioni normative, le decisioni riproduttive sono sempre più plasmate da considerazioni emotive, relazionali e legate al percorso di vita individuale. La genitorialità è intesa meno come un obbligo sociale e più come una scelta di vita personale, alla quale si può anche rinunciare.

In questo contesto, nella prima ondata dell'indagine CHARLS, agli intervistati è stato chiesto quali aspettative e significati associno alla genitorialità. I risultati offrono uno spaccato di quali aspetti della genitorialità siano oggi percepiti come particolarmente rilevanti dalla popolazione. Avere una relazione emotiva con i propri figli è considerato essenziale. Una netta maggioranza dei rispondenti attribuisce grande valore all'aspettativa di un legame emotivo stretto con i propri figli. Circa l'85% afferma che questo aspetto ha un ruolo importante o molto importante (Figura 6). La genitorialità è quindi intesa soprattutto come una relazione di fiducia, duratura, di rilevanza centrale nelle diverse fasi della vita. Anche il sostegno reciproco in età adulta rappresenta un elemento fondamentale della genitorialità per molti rispondenti: il 44% esprime forti aspettative sul fatto che i figli adulti siano disponibili in caso di emergenza. Inoltre, più della metà degli intervistati afferma di sperare che i figli adulti possano dare nuovo slancio o ispirazione alla loro vita. La genitorialità, dunque, non riguarda esclusivamente la fase dell'infanzia, ma è percepita come una relazione reciproca tra generazioni.

Al contrario, le motivazioni legate allo status o di tipo strumentale hanno un peso nettamente minore. La maggior parte dei rispondenti considera di scarsa o nulla rilevanza aspettative come un maggiore

Figura 6. Aspettative e significati associati alla genitorialità. Distribuzione del livello di accordo con alcune affermazioni selezionate, per grado di aspettativa (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=3.189.

prestigio nella propria cerchia personale o la sensazione di rimanere giovani più a lungo grazie ai figli. La genitorialità, pertanto, è associata meno al prestigio sociale o a considerazioni di utilità personale e più ai concetti di vicinanza, affidabilità e legame emotivo.

Nel complesso, i risultati mostrano che oggi, dal punto di vista degli intervistati, la genitorialità è definita soprattutto da relazioni emotive, sostegno reciproco e sicurezza relazionale nel lungo periodo. Questi significati attribuiti sono coerenti con gli sviluppi demografici descritti in precedenza e sottolineano lo spostamento della genitorialità verso un'esperienza più individualizzata e radicata nel percorso biografico.

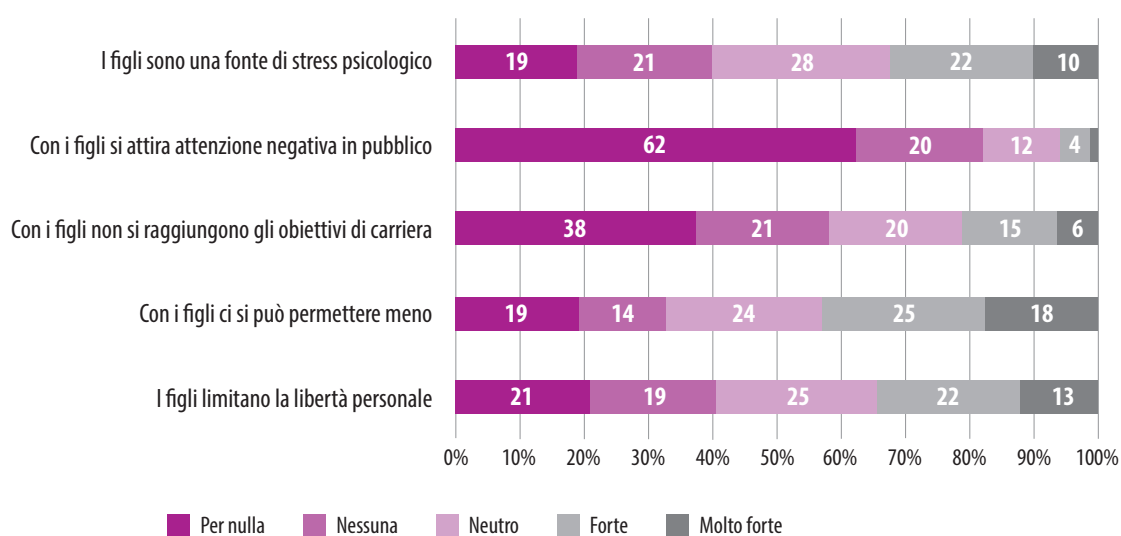
2.3. Ostacoli alla genitorialità

Oltre alle aspettative positive legate alla genitorialità, sulla decisione di avere o non avere figli incidono anche i carichi percepiti e le limitazioni. I risultati dell'indagine CHARLS mostrano che una parte della popolazione associa i figli a costi e vincoli, sia materiali sia immateriali, che possono costituire potenziali ostacoli alla genitorialità.

Le limitazioni della libertà personale sono quelle attese in modo più nettamente negativo. Circa il 35% dei rispondenti afferma che i figli limitano in misura forte o molto forte la propria libertà personale (Figura 7). Allo stesso tempo, però, la maggioranza respinge questa visione: il 40% dichiara che i figli non limitano affatto o quasi per nulla la libertà personale. Le limitazioni della libertà personale sono quindi percepite da una quota significativa della popolazione, ma non rappresentano l'opinione dominante.

Anche gli aspetti finanziari hanno un peso. Circa il 43% dei rispondenti concorda in misura forte o molto forte con l'affermazione secondo cui avere figli significa potersi permettere meno. Al contrario, il 33% dichiara di non aspettarsi, o di aspettarsi solo in minima misura, limitazioni in questo ambito. I carichi finanziari sono dunque percepiti come un ostacolo da una parte considerevole della popolazione, ma non sono rilevanti in egual misura per tutti gli intervistati.

Figura 7. Ostacoli e limitazioni percepiti della genitorialità. Accordo con alcune affermazioni selezionate, per grado di aspettativa (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=3.189.

I costi opportunità percepiti in termini di carriera sono invece di importanza significativamente minore. Il 59% dei rispondenti afferma che i figli non influenzerebbero affatto o quasi per nulla i propri obiettivi di carriera. Solo il 21% concorda in misura forte o molto forte con l'affermazione secondo cui avere figli impedirebbe di raggiungere i propri obiettivi di carriera. Ciò suggerisce che, pur esistendo svantaggi sul piano professionale, la maggior parte degli intervistati non li considera determinanti.

Il livello di accordo con l'aspettativa di svantaggi sociali è piuttosto basso. Una netta maggioranza, pari all'82%, ritiene che avere figli non attiri affatto o quasi per nulla attenzione negativa in pubblico. Solo il 6% dei rispondenti esprime preoccupazioni forti o molto forti a tale riguardo. Dal punto di vista dei rispondenti, la stigmatizzazione sociale rappresenta quindi un ostacolo alla genitorialità poco rilevante.

Infine, anche lo stress psicologico causato dai figli è considerato complessivamente moderato. Circa il 32% dei rispondenti considera i figli un carico forte o molto forte, mentre il 40% è chiaramente in disaccordo con questa valutazione. Un ulteriore gruppo consistente di rispondenti assume una posizione neutra.

Nel complesso, i risultati mostrano che la popolazione svizzera percepisce diversi ostacoli alla genitorialità, ma nessuno di questi risulta predominante per la maggioranza. I vincoli finanziari e la perdita di libertà personale giocano un ruolo più importante rispetto agli svantaggi professionali o sociali. Questi risultati integrano le aspettative positive associate all'aver figli ed evidenziano come, nel decidere se diventare genitori o meno, le persone soppesino i benefici emotivi rispetto ai costi opportunità percepiti.

2.4 La non genitorialità come scelta individuale

La scelta di non avere figli può avere cause diverse e non è necessariamente un'espressione di opportunità limitate o di un desiderio di genitorialità non realizzato. Nelle società moderne, la non genitorialità scelta consapevolmente – come espressione di stili di vita individuali – sta acquisendo sempre maggiore importanza.

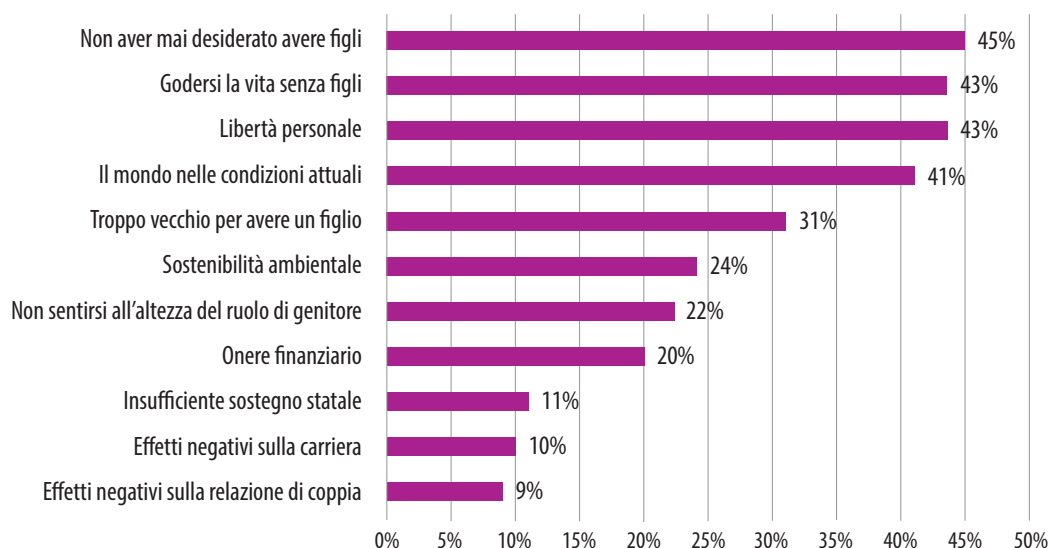
Per “non genitorialità scelta” si intende la condizione in cui gli adulti non manifestano il desiderio di avere figli e decidono, dunque, consapevolmente di non diventare genitori. Tale condizione si distingue nettamente dalla non genitorialità involontaria, dovuta a vincoli biologici, medici o relazionali (si veda il **Capitolo 3**). La scelta di non avere figli riconduce invece a decisioni maturate nel quadro di scelte di stile di vita, prospettive di autonomia, valori personali, oltre che a una riflessione sulle responsabilità percepite della genitorialità.

In questo contesto, analizziamo le motivazioni addotte dagli intervistati a sostegno della decisione di non avere figli. Le riflessioni che seguono offrono una panoramica delle ragioni di questo gruppo, evidenziando gli aspetti individuali, sociali e socio-strutturali che entrano in gioco.

I risultati empirici indicano che, all'interno di tale gruppo, la non genitorialità è intesa prevalentemente come una scelta di vita consapevole. Le motivazioni citate con più frequenza riguardano lo stile di vita, le priorità individuali e gli atteggiamenti di fondo verso la genitorialità (**Figura 8**). L'affermazione più ricorrente è la mancanza del desiderio di avere figli (45%), seguita dalle limitazioni della libertà personale (43%) e dal desiderio di godersi consapevolmente la vita senza figli (43%). Inoltre, circa il 41% dei rispondenti motiva la propria decisione citando preoccupazioni di natura sociale, politica o ambientale, a causa delle quali il contesto attuale non è ritenuto idoneo alla crescita di un figlio.

Oltre a questi atteggiamenti di fondo, anche l'età riveste un ruolo significativo. Poco meno di un terzo dei rispondenti (31%) si ritiene troppo anziano per procreare. Ciò suggerisce che limiti soggettivamente

Figura 8. Motivi della non genitorialità in assenza di desiderio di avere figli (risposte multiple possibili) (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=525. Sono possibili risposte multiple; le percentuali si riferiscono alla quota di intervistati che ha indicato il rispettivo motivo tra coloro che non desiderano avere figli.

percepiti legati all'età rispetto alla genitorialità diventano rilevanti ben prima che si raggiunga l'effettivo limite biologico della fertilità.

Vengono anche menzionati, sebbene con minore frequenza, fattori economici e di stress individuale. Circa il 20% degli intervistati cita l'elevato onere finanziario, mentre il 22% circa afferma di non sentirsi all'altezza del ruolo genitoriale. Risultano invece motivazioni relativamente marginali i possibili effetti negativi sulla carriera (10%), sulla relazione di coppia (9%) o l'insufficienza del sostegno statale (11%).

Circa l'11% dei rispondenti ha inoltre colto l'occasione per spiegare le proprie ragioni con parole proprie. Queste 54 risposte aperte integrano i risultati standardizzati e possono essere suddivise in diversi temi. Un tema centrale riguarda motivi di salute e biologici. Tra questi figurano infertilità, interventi medici (ad esempio, isterectomia), malattie croniche e rischi genetici che non si desidera trasmettere. Vengono citate anche esperienze riproduttive traumatiche, come aborti spontanei o nati morti. Queste affermazioni mostrano chiaramente che la decisione di non avere figli non è esclusivamente il risultato di una scelta libera, ma può anche essere indotta da condizioni mediche.

Un altro tema riguarda lo stress psicologico e le risorse personali. Diversi rispondenti fanno riferimento a disturbi mentali, disturbo da stress post-traumatico, difficoltà di attaccamento o paura del parto. In questi casi, la non genitorialità appare come una decisione consapevole, basata su valutazioni della propria resilienza e della responsabilità verso un potenziale figlio.

Infine, alcune risposte individuali affrontano la relazione di coppia e le circostanze pratiche di vita, come l'assenza di un/una partner; il desiderio di non essere genitore single, oppure l'impegno già presente di assistere un/una partner affetto/a da una malattia cronica. Questi aspetti integrano la categoria standardizzata dei motivi legati al/alla partner per cui non si desiderano figli.

Nelle risposte aperte emergono anche convinzioni sociali e normative. Tra l'altro vengono menzionate crisi ambientali, sovrappopolazione, incertezze politiche e un rifiuto di fondo della genitorialità come aspettativa sociale. Alcune risposte fanno inoltre riferimento a quadri giuridici e istituzionali, ad esempio in relazione alle coppie dello stesso sesso o alle opportunità limitate di formare una famiglia. Infine,

vi sono anche affermazioni in cui la non genitorialità viene descritta come una scelta di vita positiva e definitiva. Diversi rispondenti sottolineano la propria soddisfazione per una vita senza figli oppure riferiscono che il precedente desiderio di avere figli è diventato meno importante nel corso della vita.

In sintesi, i risultati mostrano che, in questo gruppo di popolazione, la non genitorialità in assenza di desiderio di averne è principalmente l'espressione di scelte di vita consapevoli e di valori individuali. Aspetti finanziari, professionali o istituzionali possono svolgere un ruolo, ma di norma non rappresentano il focus principale dei rispondenti. Le risposte aperte evidenziano, inoltre, che la decisione di non avere figli si fonda spesso su diverse esperienze biografiche. La non genitorialità, pertanto, si configura come un fenomeno complesso, strettamente legato a idee in evoluzione sulla genitorialità e su cosa significhi condurre una vita pienamente realizzata.

3. INFERTILITÀ: ESPERIENZE E NON GENITORIALITÀ INVOLONTARIA

Nello studio dell'infertilità occorre innanzitutto distinguere tra infertilità primaria e secondaria e, in secondo luogo, tra infertilità biologica e sociale. Mentre le persone con infertilità primaria non possono avere figli biologici senza assistenza medica, l'infertilità secondaria si riferisce all'incapacità di ottenere un'altra gravidanza portata a termine con successo dopo aver già avuto un figlio.

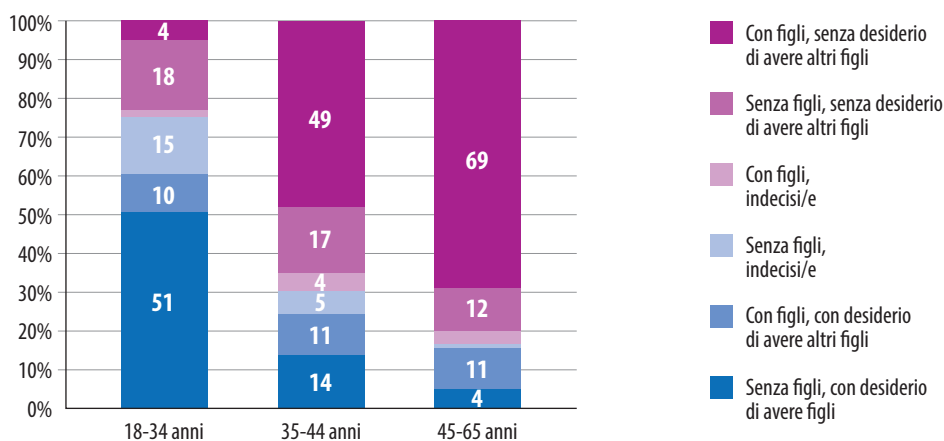
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'infertilità come il mancato raggiungimento di una gravidanza da parte di una coppia eterosessuale dopo 12 mesi (o più) di rapporti sessuali regolari e non protetti (World Health Organization, 2018).

La distinzione tra infertilità biologica e sociale sottolinea che non sempre l'assenza di figli (per infertilità primaria o secondaria) ha cause biologiche; al contrario, anche circostanze di vita come l'assenza di un/una partner adeguato/a o una relazione omosessuale esercitano un'influenza determinante (Lo & Campo-Engelstein, 2018).

La **Figura 9** illustra i progetti di vita e le situazioni degli intervistati suddivisi per fascia d'età. Emerge che l'81% delle persone tra i 45 e i 65 anni ha raggiunto il proprio obiettivo: non desidera (più) avere figli ed è soddisfatto della propria condizione, sia essa con figli (69%) o senza (12%). Il 4% degli intervistati è ancora indeciso rispetto al desiderio di avere (altri) figli, mentre il 11% desidera almeno un (altro) figlio. Il 4% di questa fascia d'età non ha figli, pur avendone desiderati.

Tra i giovani di 18-34 anni la distribuzione risulta invertita. Trovandosi all'inizio della vita adulta, le loro priorità e i loro desideri sono differenti: il 51% non ha ancora figli ma desidera averne in futuro, il 10% ha già figli e ne desidera altri, il 17% è ancora indeciso se avere (altri) figli e il 18% non desidera affatto avere figli (dato in linea con le statistiche dell'UST). Il 4% di questa fascia d'età più giovane ha già completato la propria pianificazione familiare. In un passaggio successivo, esamineremo quale quota di questa assenza di figli sia attribuibile all'infertilità biologica.

Figura 9. Intervistati con e senza figli e desiderio di avere (altri) figli, per fascia d'età (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata I, n=3.294.

3.1 Esperienze di infertilità nella popolazione svizzera

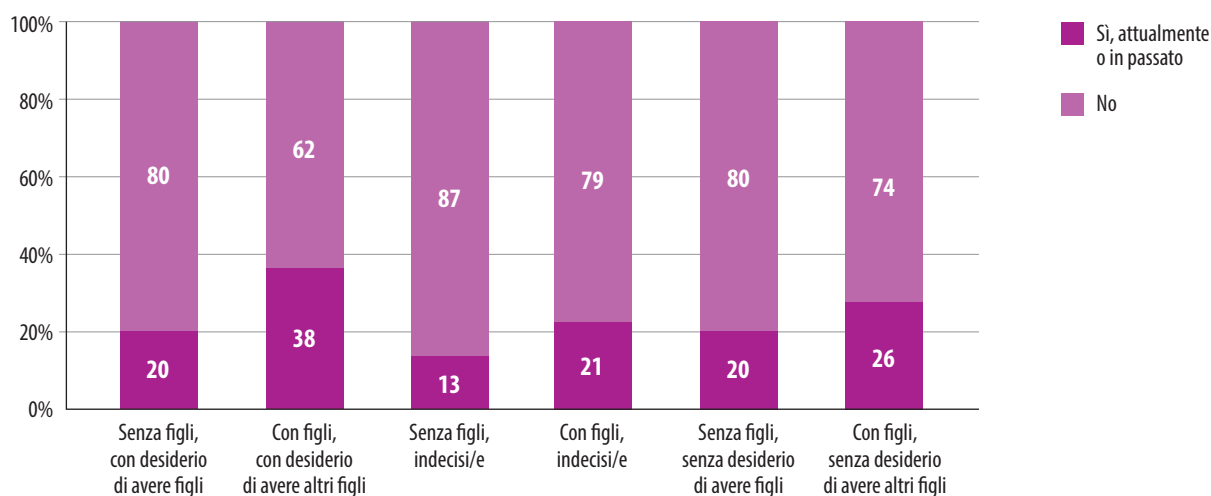
Dei 2.974 intervistati che hanno risposto alla domanda relativa a un periodo di regolari rapporti eterosessuali non protetti senza concepimento (il 19% si è astenuto dal rispondere), 790 persone hanno risposto “sì” (20%), riferendosi al passato (17%) o al presente (3%). È interessante notare che più donne che uomini dichiarano di esserne state colpite (26% delle donne contro il 22% degli uomini). Ciò non appare statisticamente plausibile, presupponendo che una coppia cerchi di concepire un figlio insieme. Tale discrepanza potrebbe indicare che la pianificazione familiare viene spesso presa in carico dalla donna (cfr. Duvander *et al.*, 2020 e Stein *et al.*, 2014).

Considerando le esperienze di infertilità di tutti i rispondenti in base ai loro progetti di vita (Figura 10), emerge chiaramente, innanzitutto, che una fase di regolari rapporti sessuali non protetti si verifica anche tra persone che non desiderano affatto avere figli. Questo solleva la questione della contraccezione. I commenti aperti indicano che, talvolta, il rischio di una gravidanza viene accettato anche da persone che non vogliono figli (ad esempio: “Per fortuna, finora nessuna è ancora rimasta incinta”) oppure che esistono altre ragioni per non utilizzare metodi contraccettivi, come il raggiungimento della menopausa o la vasectomia del/la partner.

Il numero di persone con esperienza di infertilità è più elevato (38%) tra i genitori che desiderano avere altri figli e, in misura minore, tra i genitori che non desiderano averne altri (26%). L'età più avanzata di questi gruppi è una possibile spiegazione. Tuttavia, i dati mostrano anche che tra un quarto e un terzo di tutti i rispondenti attraversa una fase della vita in cui non utilizza contraccezione senza generare una gravidanza.

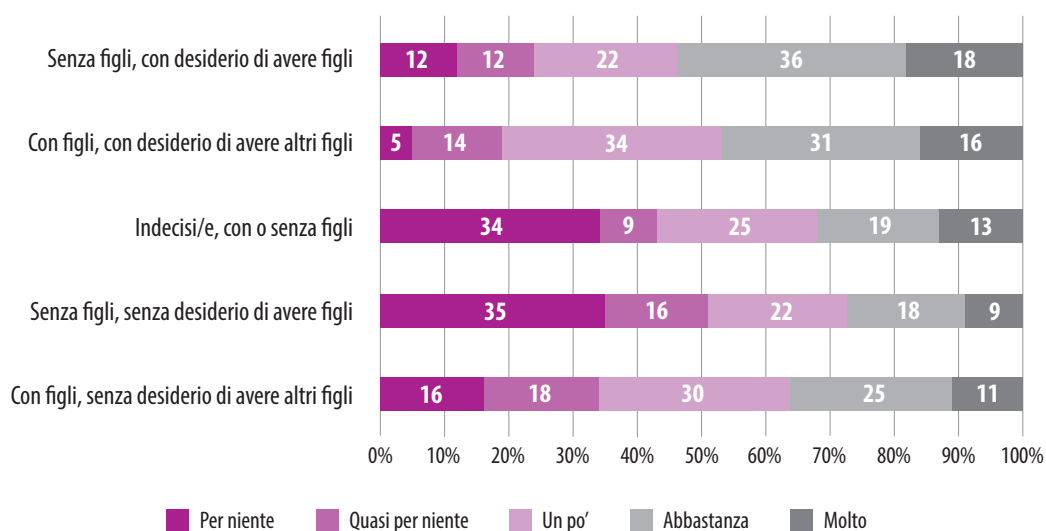
Tra coloro che hanno vissuto una fase di infertilità (n=686; Figura 11), le persone senza figli che desiderano (o desideravano) averne (n=107) sono quelle che soffrono o hanno sofferto di più (il 54% ha dichiarato di soffrire o aver sofferto in passato “abbastanza” o “molto”), seguite dai genitori che desideravano altri figli (47%, 50 su 107). I meno colpiti sono coloro che erano indecisi rispetto al volere (altri) figli, indipendentemente dal fatto di averne già o meno (il 43%, ovvero 14 su 32, ha dichiarato di non soffrire/non avere sofferto quasi per niente o per niente), e coloro che non hanno figli e non ne desiderano (51%, 44 su 86, senza o quasi senza disagio psicologico). Il fatto che persone che non

Figura 10. Esperienza di infertilità biologica in base al progetto di vita (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=2.974.

Figura 11. Sofferenza legata all'infertilità (val.%)

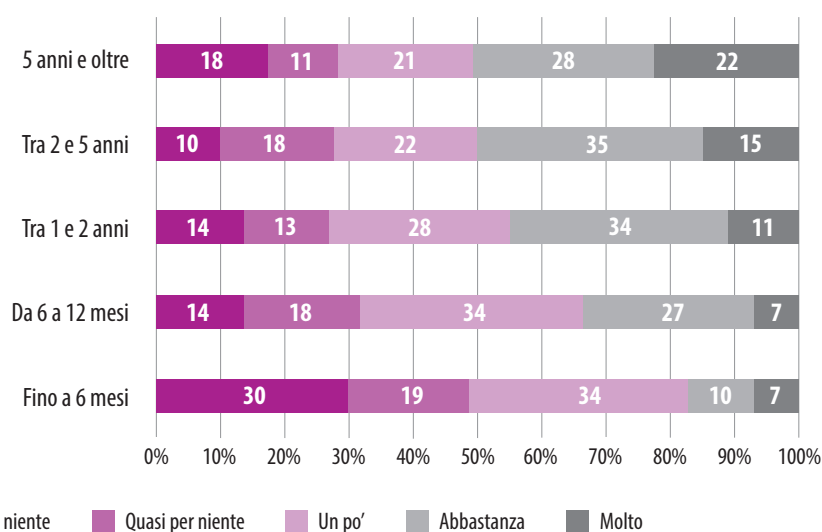


Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=686.

desiderano figli soffrano a causa dell'infertilità biologica potrebbe essere spiegato dal desiderio di prole del/della partner. Un altro aspetto è il fattore del tempo biografico, come mostra questo commento: "Volere dei figli era ciò che ci si aspettava da noi e ci è stato imposto. Ora sappiamo che non saremmo stati felici con dei figli, dato che non ne abbiamo mai voluti." Per altri intervistati, le circostanze di vita sono cambiate e, pertanto, l'esperienza viene valutata positivamente a posteriori: "Ci siamo lasciati e ora sono felice che non sia successo: grazie al cielo!".

Non sorprende che il disagio psicologico aumenti con la durata della fase di infertilità (ossia il periodo in cui non si verifica una gravidanza nonostante rapporti sessuali regolari e non protetti) (Figura 12). Solo il 17% di coloro che hanno cercato di concepire per un periodo fino a 6 mesi ha riferito

Figura 12. Disagio psicologico in base alla durata dell'infertilità (val.%)



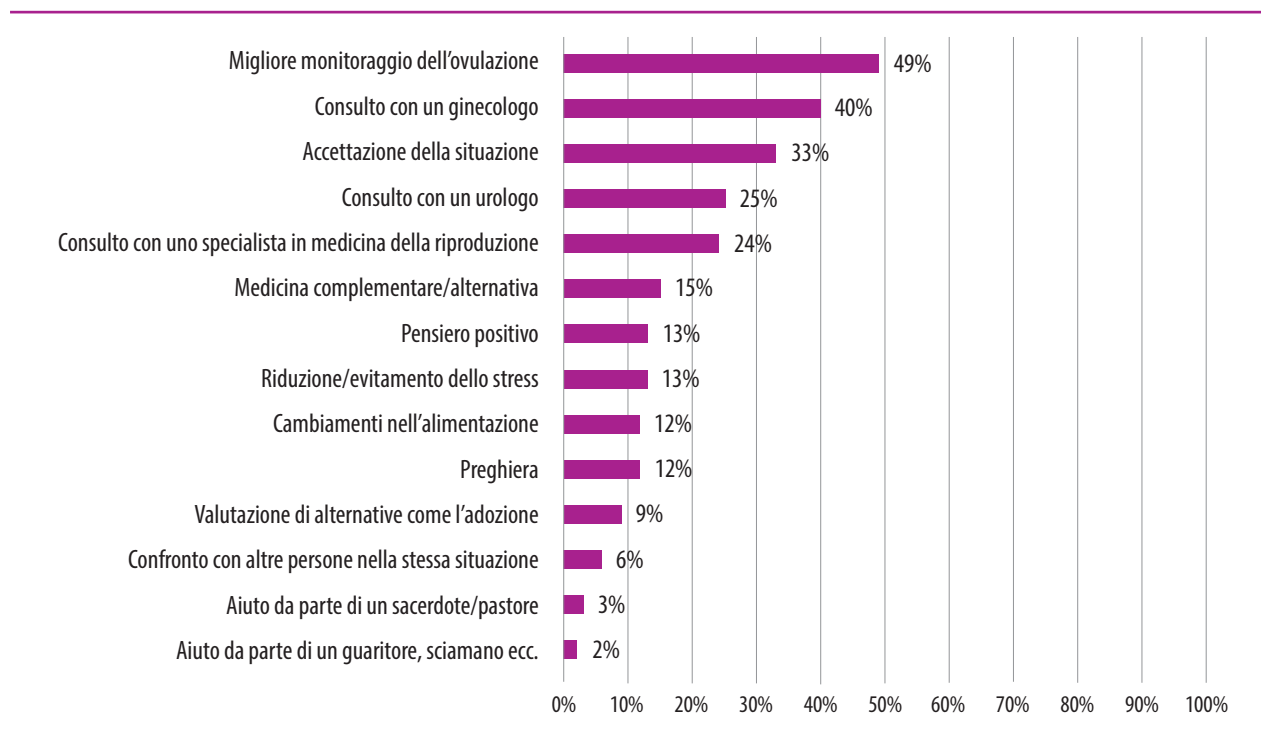
Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=717.

di soffrire o aver sofferto (molto), ma dopo 5 anni il 50% delle persone interessate ha dichiarato di soffrire o aver sofferto (molto). Questi risultati supportano la validità della definizione dell'OMS che fissa a 12 mesi la soglia, poiché il disagio psicologico aumenta chiaramente con la durata dell'infertilità.

3.2 Strategie per affrontare l'infertilità

789 persone che hanno vissuto l'esperienza dell'infertilità hanno risposto a ulteriori domande sul tema. Ai partecipanti è stato presentato l'elenco mostrato nella **Figura 13** ed è stato chiesto loro di spuntare le misure che avevano (già) adottato per far fronte alla propria infertilità. Circa il 10% non ha selezionato alcuna voce, mentre 30 persone, pari al 3%, hanno selezionato 8 o più delle 14 opzioni disponibili. La maggior parte dei rispondenti (35%) ha indicato di aver intrapreso una sola azione. La terza risposta più frequente è stata "accettare la situazione". Da un lato, ciò significa che le persone colpite dall'infertilità sviluppano strategie per condurre una vita soddisfacente anche senza figli o meno figli di quanti ne avrebbero desiderati; dall'altro, suggerisce anche che si potrebbe fare di più per affrontare l'infertilità in modo attivo. Ad esempio, solo il 12% dei rispondenti ha dichiarato di aver modificato la propria dieta e solo il 24% si è rivolto a uno specialista in medicina della riproduzione. Quanto più i rispondenti soffrivano a causa della propria infertilità, tanto più si attivavano per contrastarla ($r=0,48$, $p < 0,001$).

Figura 13. Strategie per affrontare l'infertilità (sono possibili risposte multiple) (val.%)

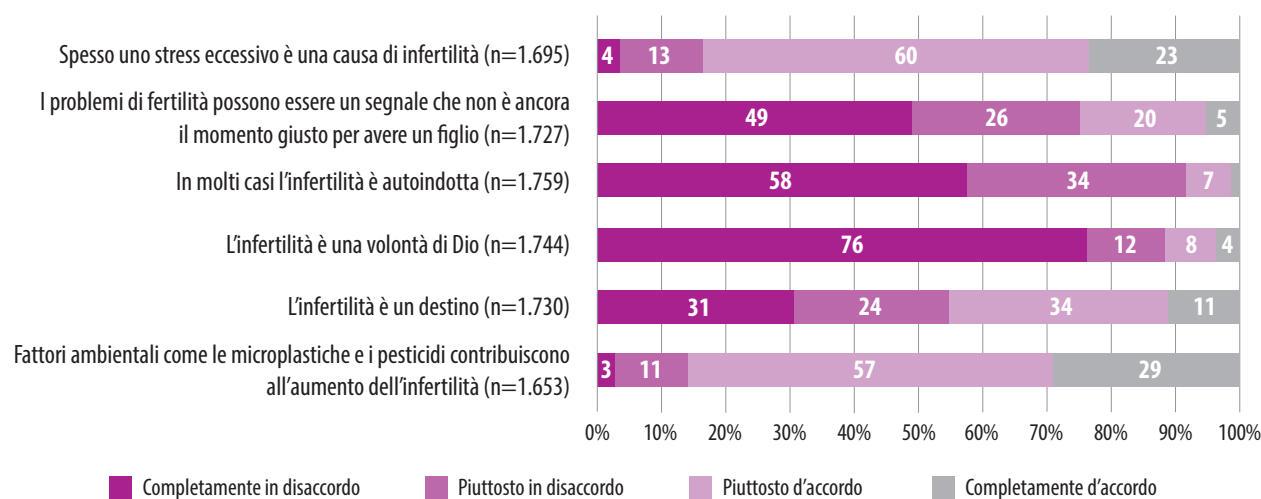


Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=789.

3.3 Cause dell'infertilità

I dati CHARLS analizzano diversi aspetti legati alle cause dell'infertilità. Da un lato, volevamo capire quale significato le persone attribuiscono all'infertilità; dall'altro, abbiamo indagato le possibili cause personali, legate alla salute, dell'infertilità. Alla domanda se l'infertilità sia una patologia, solo il 23% dei 1.265 rispondenti ha espresso un accordo totale o parziale. Il 15% non si è detto né d'accordo né in disaccordo, mentre il 62% si è dichiarato (completamente) in disaccordo. Ciò potrebbe significare che i partecipanti

Figura 14. Atteggiamenti e percezioni sull'infertilità (val.%)



Fonte: CHARLS 2025, ondata 2.

Tabella 4. Patologie che possono influire sulla fertilità

Diagnosi	%	Numero	Totale
Nessuna diagnosi	85	1.639	1.936
Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS)	5	55	1.168
Polipi endometriali	2	20	1.168
Endometriosi	7	76	1.168
Fibromi uterini	3	33	1.168
Insufficienza ovarica precoce (POI)	0,2	2	1.168
Insufficienza testicolare/ipofunzione testicolare	1	10	773
Carenza di testosterone	0,5	4	773
Compromissione post-testicolare	0	0	773
Fibrosi cistica	0,2	3	1.936
Iperprolattinemia (aumento dei livelli di prolattina nel sangue)	0,3	6	1.936
Discinesia ciliare primaria (disturbo delle cellule ciliate)	0	0	1.936
Altre gravi malattie sistemiche (ad es., grave patologia renale, tumore)	2	41	1.936

Fonte: CHARLS 2025, ondata 2.

al sondaggio percepiscono ragioni di natura sociale dietro l'infertilità, ma anche che la considerino più un destino che una malattia curabile. La **Figura 14** mostra che il 45% dei rispondenti ritiene che l'infertilità sia frutto del destino e il 12% la considera una volontà di Dio. Inoltre, la quasi totalità degli intervistati respinge (o tende a respingere) l'idea che l'infertilità sia colpa propria (92%) o un segnale del fatto che non sia il momento giusto per avere un figlio (75%). Molto più spesso, l'infertilità viene attribuita a fattori esterni quali l'inquinamento ambientale (è d'accordo l'86%) o lo stress (è d'accordo l'83%).

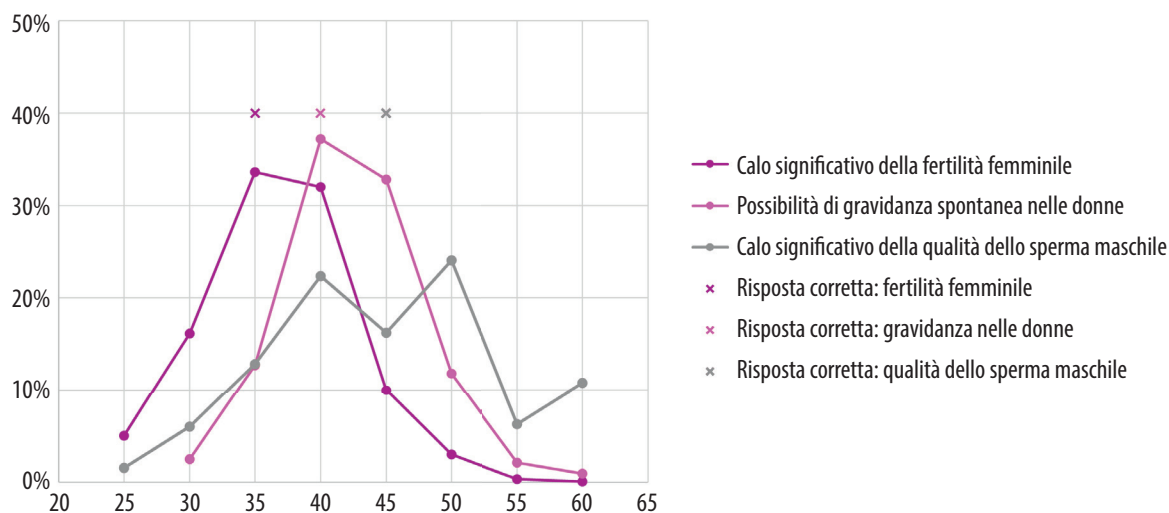
Nella seconda ondata dell'indagine CHARLS, i partecipanti potevano indicare se soffrono o hanno sofferto di una patologia che compromette la fertilità⁴ (**Tabella 4**). Il 15% degli intervistati ha risposto affermativamente. Le patologie più frequenti che interessano il corpo femminile sono l'endometriosi, la sindrome dell'ovaio policistico e i fibromi uterini.

⁴ Le patologie considerate erano: sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), insufficienza testicolare/ipofunzione testicolare, ipogonadismo ipogonadotropo, polipi endometriali, carenza di testosterone, fibrosi cistica, endometriosi, compromissione post-testicolare, iperprolattinemia (aumento dei livelli di prolattina nel sangue), fibromi uterini, discinesia ciliare primaria (disturbo delle cellule ciliate), insufficienza ovarica precoce (POI), altre gravi malattie sistemiche (ad es., grave patologia renale, tumore).

3.4 Conoscenze e percezioni

Poiché la fertilità è strettamente legata all'età biologica, abbiamo analizzato le conoscenze e le percezioni degli intervistati in questo ambito. La fertilità femminile diminuisce significativamente a partire dai 35 anni circa (Utting & Bewley 2011). Un terzo dei partecipanti ha risposto correttamente a questa domanda di conoscenza, mentre quasi un altro terzo ha indicato i 40 anni, dimostrando che la fertilità delle donne nella seconda metà dei trent'anni tende a essere sovrastimata (Figura 15).

Figura 15. Conoscenze sul rapporto tra fertilità ed età (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=1.173-1.257 (a seconda della domanda).

Il 16% presume erroneamente un calo significativo della fertilità nelle donne a partire dai 30 anni, mentre il 13% colloca questo calo, in modo altrettanto errato, molto più tardi nel tempo, tra i 45 e i 60 anni. L'età fino alla quale le donne, in generale, possono concepire senza assistenza medica è, in media, poco superiore ai 40 anni (Eijkemans *et al.*, 2014). Molti degli intervistati (37%) hanno risposto correttamente a questa domanda. Il 33% ritiene che l'età massima per il concepimento naturale sia leggermente superiore ai 45 anni. Il 12% la colloca a 50 anni, età che corrisponde all'incirca all'inizio della menopausa. Il 15% si aspettava che questa soglia riguardasse donne più giovani, mentre il 3% stimava che le donne si trovassero ad affrontare questo limite a partire dai 55 o dai 60 anni. Nel complesso, gli intervistati hanno una visione eccessivamente ottimistica riguardo al calo della fertilità correlato all'età.

L'"orologio biologico", inoltre, corre anche per gli uomini. Studi che hanno confrontato il tempo necessario al concepimento in relazione all'età dei futuri padri hanno riscontrato un aumento di questo periodo di "tentativi" per gli uomini di età superiore ai 45 anni (Hassan & Killick, 2003). Questa è l'età ipotizzata dal 16% dei rispondenti alla domanda su quando ritenessero che la qualità dello sperma diminuisse significativamente. Il 43% ha ipotizzato che ciò avvenga prima, mentre il 41% ha sovrastimato la qualità dello sperma degli uomini sopra i 50 anni. Queste nette differenze suggeriscono che, nella popolazione generale, la conoscenza della relazione tra fertilità ed età negli uomini sia piuttosto scarsa. Ciononostante, il 63% degli intervistati stima correttamente l'età critica approssimativa in un intervallo compreso tra i 40 e i 50 anni (Figura 15).

3.5 Trattamenti per la fertilità maschile

Storicamente, la ricerca medica si è concentrata in modo marcato sul corpo maschile, sia nella ricerca di base sia negli studi clinici (Merone *et al.*, 2022; Pape *et al.*, 2024). La medicina della riproduzione rappresenta, in un certo senso, un'eccezione: le questioni legate alla fertilità e al supporto medico in caso di infertilità sono ancora spesso associate principalmente al corpo femminile e alla capacità riproduttiva delle donne, nonostante il fattore maschile giochi un ruolo in una percentuale significativa di casi (Yovich & Keane, 2017).

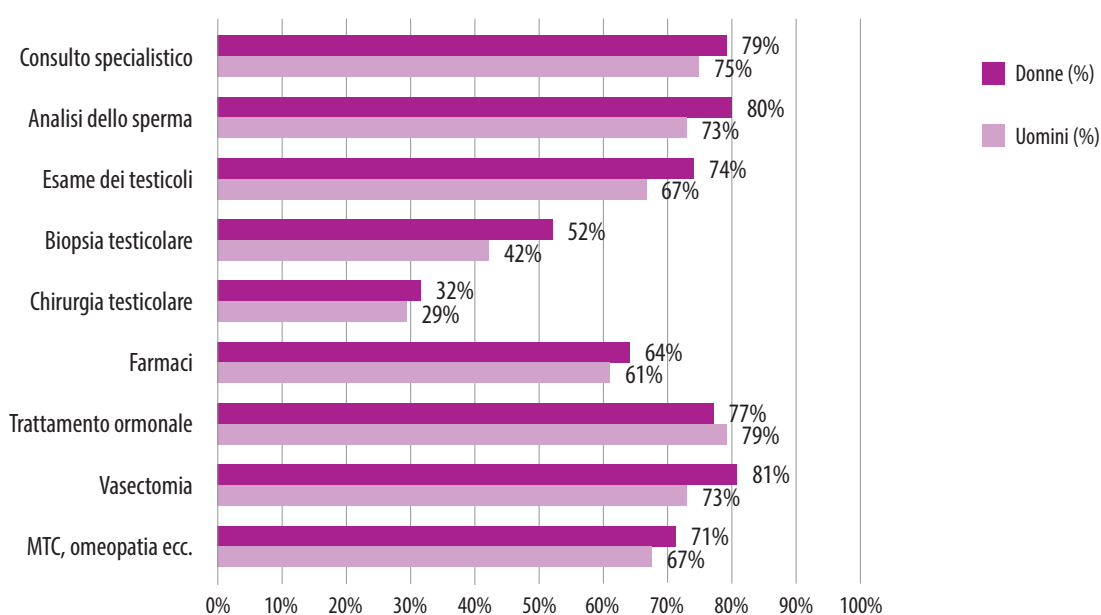
In questo contesto, lo studio CHARLS offre un particolare valore aggiunto. L'indagine si rivolge in egual misura a donne e uomini e, nella seconda ondata di raccolta dati, permette un esame sistematico dei trattamenti legati alla fertilità maschile da due prospettive: gli uomini riferiscono le proprie esperienze, mentre le donne con partner maschili forniscono informazioni sui trattamenti ricevuti dai loro partner. Ciò consente di mettere in luce non solo la diffusione dell'utilizzo delle procedure di procreazione medicalmente assistita (PMA), ma anche il livello di consapevolezza e conoscenza di tali procedure nella popolazione, sia tra le donne che tra gli uomini, nonché eventuali differenze di percezione e conoscenza all'interno delle relazioni di coppia.

Agli intervistati è stato chiesto di esprimersi su una serie di procedure mediche e complementari, tra cui consulenze mediche specialistiche, analisi dello sperma, esami e procedure chirurgiche sui testicoli, trattamenti farmacologici e ormonali, vasectomie e approcci di medicina complementare. Per ciascuna procedura, era possibile selezionare tre categorie di risposta: "non la conosco", "ne ho già sentito parlare" e "ho ricevuto il trattamento". Le valutazioni che seguono si concentrano inizialmente sulla categoria "ne ho già sentito parlare" e quindi sul livello di consapevolezza generale rispetto alle singole misure.

Risultati sulla consapevolezza

I risultati (Figura 16) mostrano un livello complessivamente elevato di consapevolezza riguardo alle principali procedure diagnostiche e terapeutiche della medicina riproduttiva maschile. La consulenza

Figura 16. Consapevolezza dei trattamenti per la fertilità, per genere dei rispondenti (val.%)



Fonte: CHARLS 2025, ondata 2, n=692-708 (a seconda della procedura).

specialistica, le analisi dello sperma e la terapia ormonale sono conosciute da più di tre quarti dei rispondenti, sia uomini sia donne con partner maschili. Le persone, inoltre, sono in larga misura a conoscenza della possibilità di ricorrere alla vasectomia: il 73% degli uomini e l'81% delle donne dichiarano di averne sentito parlare.

Risultati sull'utilizzo

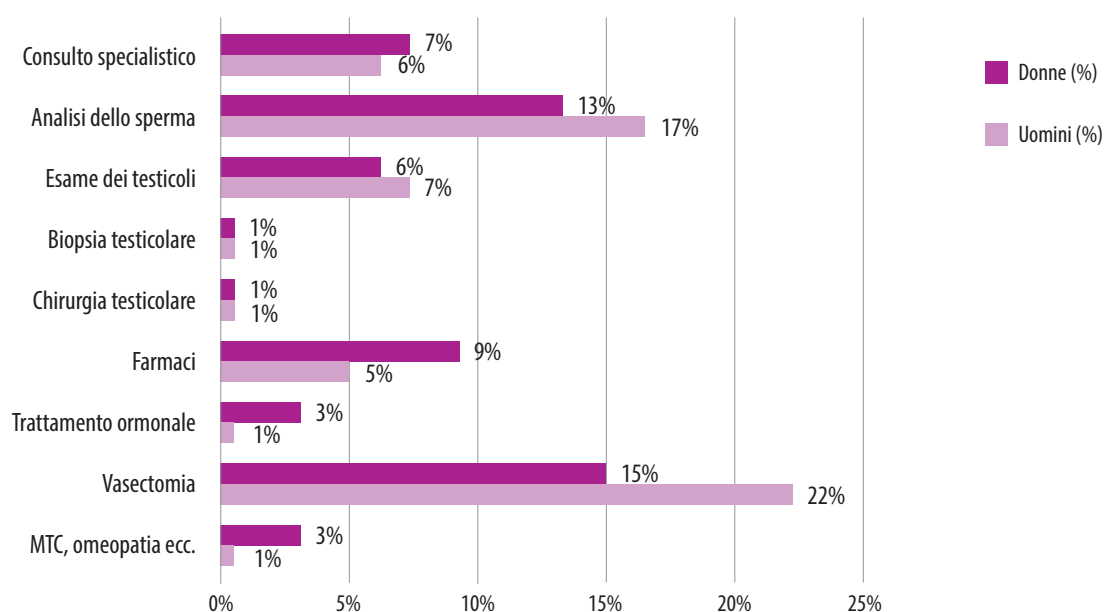
Le informazioni fornite dagli uomini e dalle donne con partner maschili sull'uso di trattamenti legati alla fertilità delineano un quadro variegato dell'effettivo utilizzo. Nel complesso, emerge che solo un numero limitato delle procedure conosciute viene realmente utilizzato. Ciò riflette il fatto che soltanto una parte dei rispondenti sperimenta problemi di infertilità e che gli interventi medici nel campo della fertilità maschile sono selettivi.

Le misure diagnostiche e preventive sono quelle citate più frequentemente. Circa il 17% degli uomini dichiara di aver già effettuato un'analisi dello sperma (Figura 17). Anche la vasectomia è relativamente comune: il 22% degli intervistati di sesso maschile afferma di essersi sottoposto alla procedura. Pertanto, queste due procedure risultano tra le più rilevanti per le esperienze maschili con la medicina della riproduzione.

Al contrario, l'impiego di misure terapeutiche o più invasive è significativamente inferiore. Solo il 6% degli uomini indica di aver richiesto un consulto medico specialistico riguardo alla propria fertilità e solo il 5% riferisce di aver ricevuto un trattamento farmacologico. Le terapie ormonali, le procedure chirurgiche sui testicoli e le biopsie testicolari sono menzionate soltanto da esigue minoranze, con percentuali che si attestano intorno all'1% ciascuna. Anche gli approcci di medicina complementare, come la medicina tradizionale cinese (MTC) o l'omeopatia, hanno un ruolo quasi nullo in termini di utilizzo effettivo.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che i trattamenti legati alla fertilità maschile avvengono soprattutto attraverso pochi punti di contatto chiaramente definiti – in particolare la diagnostica e le decisioni in materia di contraccezione – mentre interventi terapeutici più complessi riguardano solo un gruppo ristretto.

Figura 17. Utilizzo dei trattamenti per la fertilità, per genere dei rispondenti (uso personale o uso da parte del partner maschile) (val.%)



Fonte: CHARLS 2025, ondata 2, n=839-866 (a seconda della procedura). Le donne hanno risposto per conto dei loro partner.

4. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

La procreazione medicalmente assistita (PMA) comprende un'ampia gamma di procedure e trattamenti che aiutano coppie o singoli con problemi di fertilità e/o con un desiderio di avere figli non ancora realizzato a ottenere una gravidanza. Nel sondaggio sono state considerate nove diverse procedure. Per ragioni di chiarezza, per ciascuna sono state fornite spiegazioni ai rispondenti:

- ▶ inseminazione (trasferimento di sperma: trasferimento strumentale di sperma*);
- ▶ inseminazione artificiale extracorporea (ad esempio, fecondazione *in vitro* dell'ovocita in laboratorio);
- ▶ donazione di sperma (un uomo fornisce il proprio sperma a terze persone);
- ▶ donazione di ovociti (una donna fornisce i propri ovociti a terze persone);
- ▶ donazione di embrioni** (due persone forniscono embrioni a terze persone);
- ▶ maternità surrogata (una donna porta a termine l'intera gravidanza, fino al parto, per un'altra persona/altre persone);
- ▶ crioconservazione degli ovociti (per aumentare la probabilità di poter avere figli in un secondo momento);
- ▶ crioconservazione degli embrioni (per aumentare la probabilità di una gravidanza in un secondo momento);
- ▶ diagnosi genetica preimpianto (DGP: selezione degli embrioni dopo l'analisi del loro materiale genetico).

* A seconda della variante, lo sperma viene inserito nella cervice oppure direttamente nell'utero.

** Un ovocita fecondato che ha iniziato a svilupparsi è chiamato embrione. Nella donazione di embrioni, l'embrione donato viene introdotto nell'utero della madre intenzionale. Dopo la 10ª settimana di gravidanza, il nascituro non viene più chiamato embrione, ma feto. Da quel momento in poi, tutti gli organi interni sono completamente formati.

4.1 Conoscenza dei metodi di PMA

Sulla base delle informazioni del sondaggio, in Svizzera la conoscenza dei metodi di procreazione medicalmente assistita (PMA) è molto diffusa (Tabella 5). Solo una percentuale molto ridotta di rispondenti (<1,5%) dichiara di non aver mai sentito parlare di nessuno di questi metodi, con circa un 6% di mancate risposte nelle domande pertinenti. I rispondenti risultano ben informati sulla maggior

Tabella 5. Consapevolezza dei metodi di procreazione medicalmente assistita (val. %)

	Mai sentito parlare	Ne ho già sentito parlare	Ne ho sentito parlare più volte	Ho una discreta familiarità	Ho molta familiarità	Totale	N
Inseminazione	9	7	20	28	36	100	3.767
FIV	5	8	22	29	36	100	3.748
Donazione di sperma	2	3	18	32	45	100	3.745
Donazione di ovociti	3	7	23	30	37	100	3.739
Donazione di embrioni	22	17	26	17	18	100	3.731
Maternità surrogata	2	5	21	32	40	100	3.730
Crioconservazione degli ovociti	3	6	19	30	42	100	3.734
Crioconservazione degli embrioni	20	14	23	19	24	100	3.721
DGP	23	14	22	20	21	100	3.728

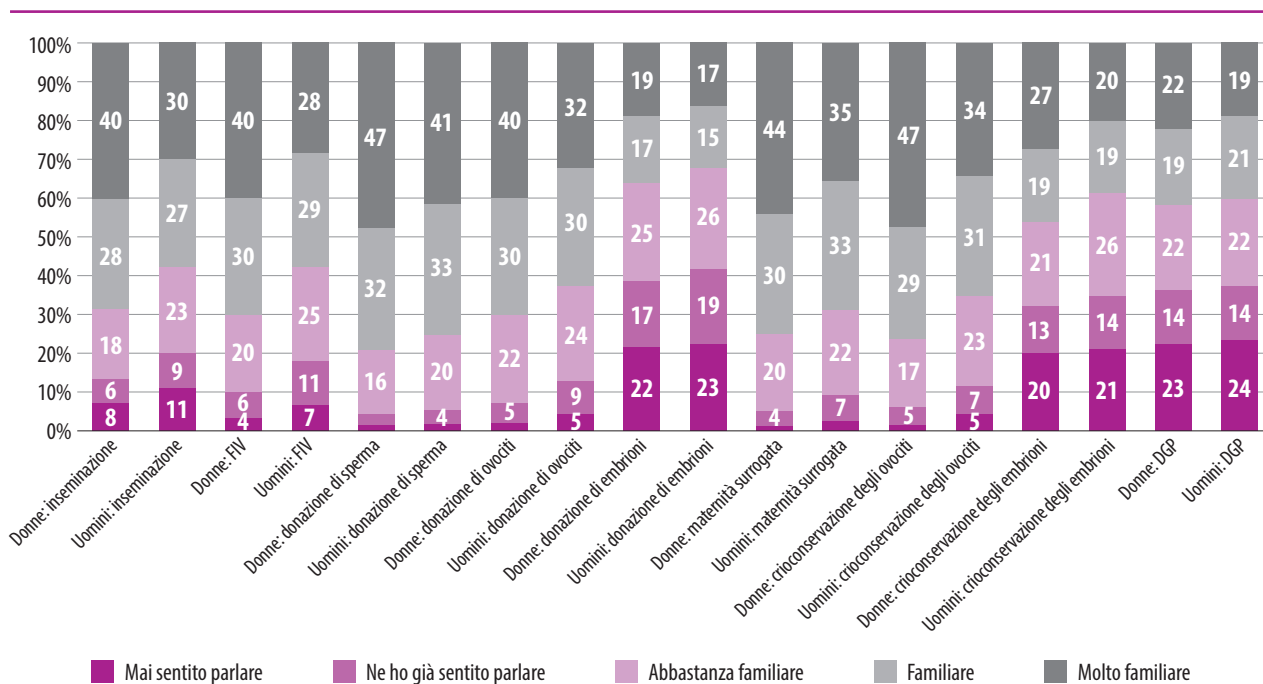
Fonte: CHARLS 2023, ondata I.

parte delle procedure. Su una scala da 1 (“mai sentito parlare”) a 5 (“ho molta familiarità”), il 45% dei rispondenti ha scelto l’opzione “molta familiarità”, ovvero il punteggio massimo, per la donazione di sperma. Seguono la crioconservazione degli ovociti (42%), la maternità surrogata (40%), la donazione di ovociti (37%), l’inseminazione e la fecondazione *in vitro* (entrambe 36%). Meno conosciuti risultano la crioconservazione e la donazione di embrioni, così come la diagnosi genetica preimpianto (DGP). Tuttavia, circa un quinto dei partecipanti ha dichiarato di avere familiarità anche con questi metodi: il 24% dice di avere “molta familiarità” con la crioconservazione degli embrioni, il 21% con la DGP e il 18% con la donazione di embrioni. Allo stesso tempo, vi è una quota significativa di persone che non ha mai sentito parlare di queste procedure: il 23% per la DGP, il 22% per la donazione di embrioni e il 20% per la crioconservazione degli embrioni. Nel complesso, si può affermare che la grande maggioranza della popolazione svizzera ha almeno sentito parlare di diversi metodi di PMA.

Tuttavia, esistono differenze significative nella conoscenza delle procedure a seconda del genere e dell’età dei rispondenti. In media, le donne hanno maggiore familiarità con i metodi di PMA rispetto agli uomini (Figura 18), il che potrebbe rappresentare un ulteriore indizio del fatto che siano spesso le donne a farsi carico della pianificazione familiare. Per quanto concerne l’inseminazione, la fecondazione *in vitro* (FIV) e la donazione di ovociti, il divario di conoscenza tra i sessi riguardo ai rispettivi metodi oscilla tra il 10% e il 12%. La discrepanza è ancora più marcata nel caso della crioconservazione degli ovociti: il 47% delle donne dichiara di conoscere molto bene la procedura, contro il solo 34% degli uomini, con una differenza di genere del 13%. Al contrario, riguardo alla diagnosi genetica preimpianto, non si riscontrano quasi differenze di genere in termini di conoscenza.

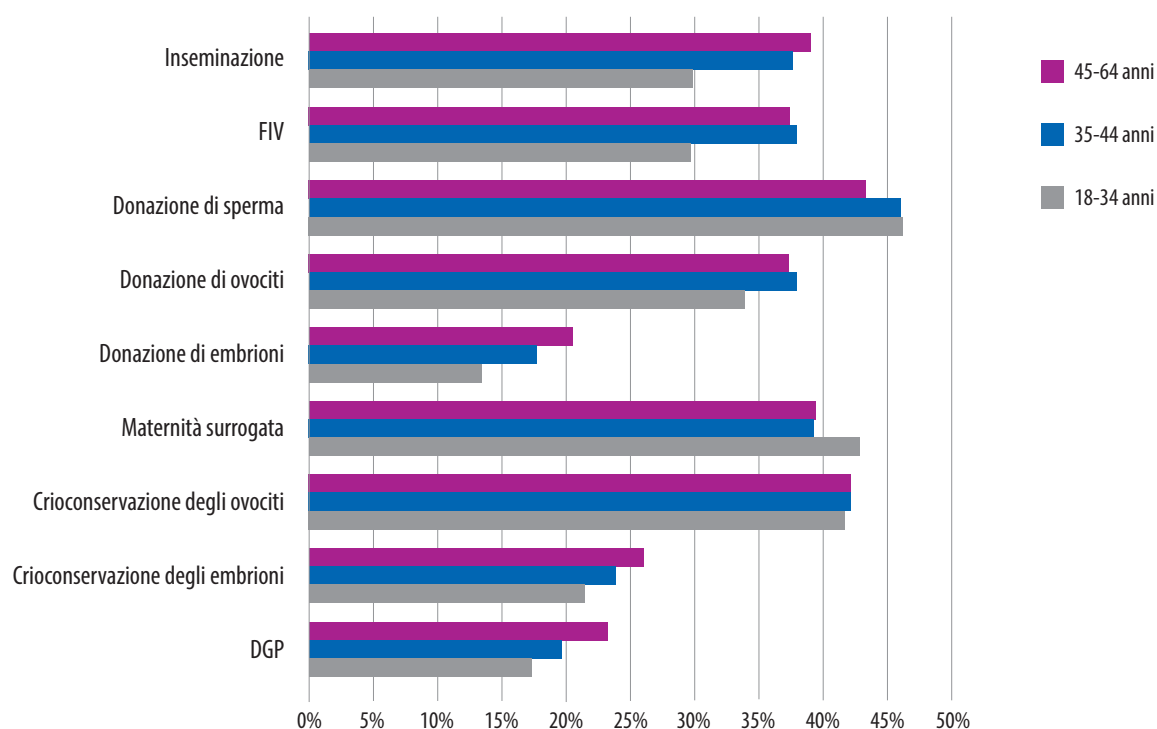
Si riscontrano, inoltre, differenze marcate legate all’età: le persone più mature (45-64 anni) sono spesso le più esperte riguardo ai metodi di PMA (Figura 19, in cui sono state considerate solo le risposte “Ho molta familiarità”). L’inseminazione, la FIV, la donazione di ovociti ed embrioni e la DGP sono significativamente meno conosciute nella fascia d’età più giovane. Per quanto riguarda la crioconservazione degli ovociti, invece, non emergono quasi differenze: circa il 42% di tutte le fasce

Figura 18. Conoscenza dei metodi di PMA, per genere (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=3.697-3.743 (a seconda della procedura).

Figura 19. Buona conoscenza dei metodi di PMA, per fascia d'età (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=3.721-3.767 (a seconda della procedura).

d'età dichiara di avere molta familiarità con questo metodo. Tuttavia, i rispondenti appartenenti alla fascia di età più giovane mostrano una conoscenza leggermente superiore in merito alla maternità surrogata e alla donazione di sperma rispetto ai rispondenti con più di 35 anni.

4.2 Atteggiamenti nei confronti della PMA

Gli atteggiamenti morali verso le diverse tecniche di PMA variano notevolmente (Tabella 6). Mentre la maggior parte degli intervistati considera moralmente accettabili l'inseminazione artificiale, la FIV, la crioconservazione degli ovociti, la donazione di sperma e la donazione di ovociti, la DGP e la maternità surrogata sono valutate in modo significativamente più critico. I livelli di approvazione più alti riguardano l'inseminazione (53%), seguita dalla FIV (41%) e dalla crioconservazione degli ovociti (40%). Solo pochi rispondenti rifiutano completamente queste procedure (inseminazione: 4%; FIV: 9%; crioconservazione degli ovociti: 9%). La DGP è la procedura che incontra la maggiore opposizione: solo il 12% la considera moralmente accettabile, mentre il 32% ritiene questo metodo del tutto inaccettabile.

La valutazione delle procedure è fortemente influenzata dal genere, dall'età e dal livello di conoscenza dei rispondenti (dati non mostrati). Le donne mostrano livelli di approvazione più elevati rispetto agli uomini per molte procedure. Per quanto riguarda l'età, emerge che – a eccezione dell'inseminazione artificiale e della FIV – la fascia d'età più giovane (fino a 34 anni) è significativamente più aperta alle procedure di PMA rispetto alla fascia d'età intermedia (35-44 anni) e soprattutto rispetto a quella più matura (45-64 anni). Inoltre, il livello di conoscenza dei partecipanti riguardo ai metodi di procreazione assistita influisce in modo significativo sulla valutazione morale: maggiore è la familiarità dei rispondenti con una procedura, tanto più positivamente la valutano.

Tabella 6. Atteggiamenti morali verso diversi metodi di PMA (val. %)

	Moralmente non giustificabile	Moralmente piuttosto non giustificabile	Né l'uno né l'altro	Moralmente piuttosto giustificabile	Moralmente del tutto giustificabile	Totale	N
Inseminazione	4	5	17	21	53	100	3.672
FIV	9	9	19	22	41	100	3.706
Donazione di sperma	9	10	22	24	35	100	3.735
Donazione di ovociti	10	11	24	24	31	100	3.715
Donazione di embrioni	23	20	27	14	16	100	3.637
Maternità surrogata	21	22	25	17	15	100	3.709
Crioconservazione degli ovociti	10	10	18	22	40	100	3.717
Crioconservazione degli embrioni	26	17	22	14	21	100	3.677
DGP	32	21	24	11	12	100	3.606

Fonte: CHARLS 2023, ondata 1.

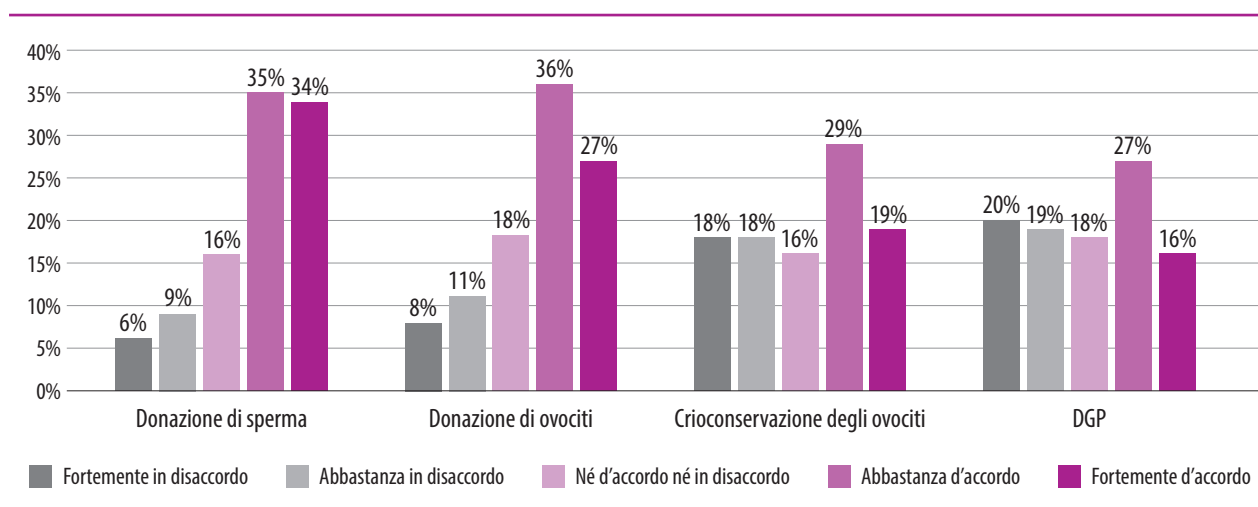
4.3 Valutazione della regolamentazione giuridica delle procedure di PMA

Agli intervistati è stato chiesto di valutare quali procedure di PMA dovrebbero essere legalmente consentite in Svizzera. Il sondaggio ha riguardato sia procedure già legali, come la donazione di sperma, la crioconservazione degli ovociti e la diagnosi genetica preimpianto (DGP), sia procedure attualmente vietate per legge, come la donazione di ovociti. L'obiettivo era ottenere una panoramica di come la popolazione consideri l'accesso legale a tali procedure.

Nel complesso, l'opinione pubblica risulta articolata (Figura 20). I rispondenti mostrano il sostegno più forte rispetto alla legalità della procedura della donazione di sperma: circa il 69% si dichiara d'accordo o molto d'accordo sul fatto che la donazione di sperma dovrebbe essere consentita per legge, mentre solo il 15% circa si oppone. La percezione pubblica corrisponde quindi in larga misura allo status quo, essendo la donazione di sperma legale in Svizzera.

Il sostegno alla donazione di ovociti è leggermente inferiore, ma nel complesso rimane positivo: circa il 63% dei rispondenti è favorevole alla legalizzazione, mentre il 19% si dichiara contrario. Si tratta di

Figura 20. Accordo sul fatto che la procedura dovrebbe essere consentita legalmente in Svizzera (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=1.113 (donazione di sperma), n=1.061 (donazione di ovociti), n=3.196 (crioconservazione di ovociti), n=1.083 (DGP).

una procedura attualmente vietata in Svizzera, il che significa che l'accettazione pubblica è superiore all'attuale quadro normativo. Pertanto, esiste un sostegno da parte dell'opinione pubblica rispetto ai tentativi in corso per legalizzare la donazione di ovociti.

Le reazioni alla crioconservazione degli ovociti, che è una pratica legale in Svizzera, risultano sorprendentemente contrastanti: il 48% dei rispondenti è favorevole alla legalità della procedura, mentre il 36% si dichiara abbastanza o fortemente contrario. Ciò suggerisce che la legalizzazione non vada automaticamente di pari passo con un'ampia approvazione e che, sebbene sia legalmente consentita, la procedura rimanga tuttora controversa tra la popolazione.

Per la diagnosi genetica preimpianto (DGP) si osserva un andamento analogo a quello riscontrato per la crioconservazione degli ovociti: il 43% dei rispondenti è favorevole alla legalità della procedura, mentre il 39% si dichiara contrario. Anche in questo caso l'opinione pubblica è divisa, probabilmente a causa di preoccupazioni etiche o di incertezza in merito alle finalità e agli utilizzi della procedura. Questi risultati evidenziano come l'accettazione pubblica delle tecnologie di procreazione assistita non sia determinata esclusivamente dal loro status giuridico.

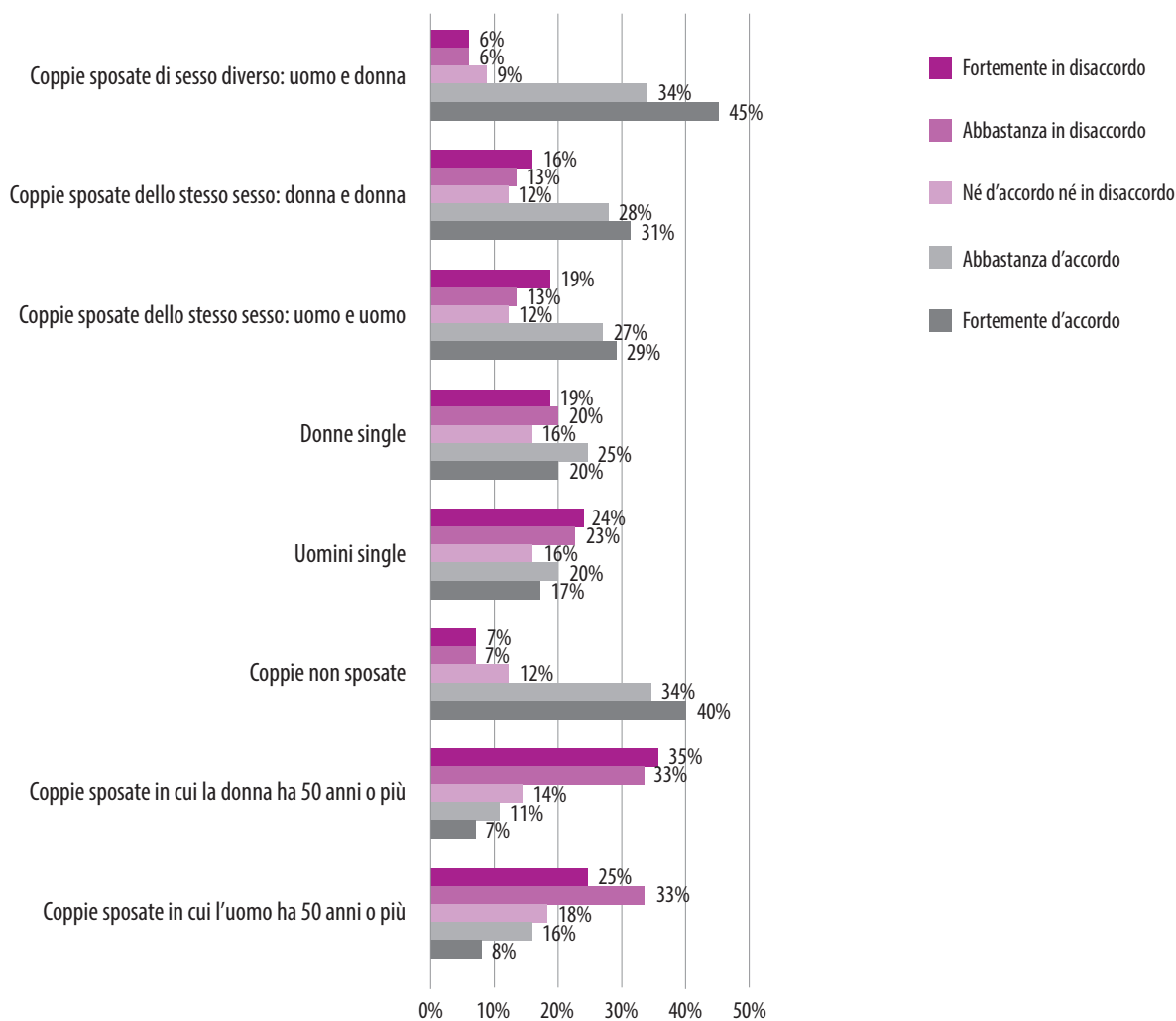
4.4 Atteggiamenti verso l'accesso e il finanziamento delle procedure di PMA per diverse configurazioni di coppia

Ai rispondenti è stato anche chiesto di indicare quali gruppi di popolazione sosterebbero nell'accesso legittimo alle procedure di procreazione medicalmente assistita (Figura 21). Si osserva un chiaro sostegno per le coppie sposate di sesso diverso: complessivamente il 79% dei rispondenti è favorevole all'accesso alla PMA per queste coppie (il 45% addirittura senza riserve), mentre solo il 12% si dichiara contrario. Anche le coppie non sposate di sesso diverso godono di un alto livello di sostegno: il 74% dei rispondenti è generalmente favorevole all'accesso alle procedure di procreazione assistita per questo gruppo. La maggioranza sostiene, inoltre, l'accesso per le coppie omosessuali sposate, con tassi di accettazione leggermente più elevati per le coppie femminili (59%) rispetto a quelle maschili (56% favorevoli). Le percentuali di rifiuto sono pari al 29% (coppie femminili) e 32% (coppie maschili). I rispondenti risultano molto più critici nei confronti dell'utilizzo della PMA da parte delle persone single: il 45% approva ancora l'accesso alla PMA per le donne single, mentre il livello di approvazione per gli uomini single è sensibilmente più basso (37%). Allo stesso tempo, emergono posizioni chiaramente contrarie: il 39% respinge l'accesso per le donne single, mentre per gli uomini single la percentuale di rifiuto sale al 47%. La quota di risposte neutre è elevata per entrambi i gruppi: il 6% sia per le donne che per gli uomini single.

Tuttavia, le maggiori riserve riguardano l'accesso per le persone più anziane. Solo il 17% approva l'uso della PMA per donne sposate di 50 anni o più, mentre il 68% lo respinge. Per gli uomini sposati della stessa fascia d'età, il quadro è simile: il 58% dei rispondenti è contrario all'accesso alla PMA e il 24% dichiara di essere favorevole.

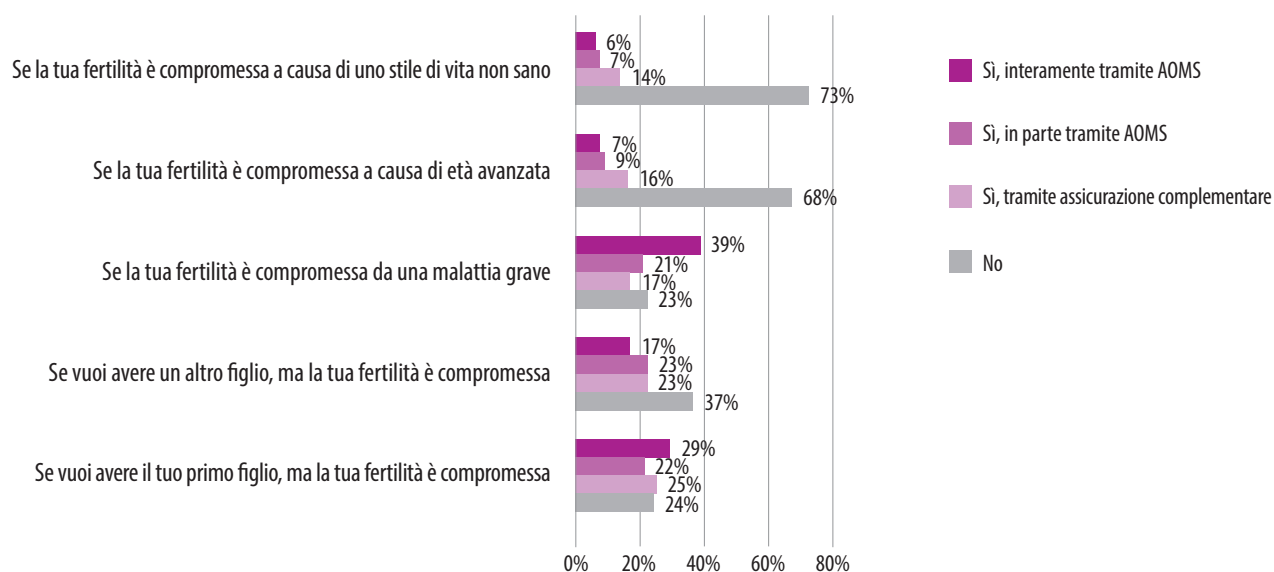
Per quanto riguarda il finanziamento della procreazione medicalmente assistita, la maggioranza dei rispondenti ritiene che le persone interessate debbano sostenere i costi in prima persona (Figura 22). Alla domanda se, in diverse circostanze, l'inseminazione artificiale (ad esempio, la FIV) debba essere coperta dall'assicurazione malattia, il 29% dei rispondenti ha affermato che, nei casi di fertilità compromessa per il primo figlio, i costi dovrebbero essere coperti integralmente dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Il 22% ritiene che l'AOMS dovrebbe sostenere almeno una parte dei costi, mentre il 25% pensa che a coprirli dovrebbe essere l'assicurazione complementare. Circa un quarto dei rispondenti respinge completamente l'idea di qualsiasi contributo da parte delle assicurazioni malattia.

Figura 21. Atteggiamenti verso l'utilizzo delle tecnologie di procreazione assistita per diversi gruppi di popolazione (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, sottocampione, n=1.553-1.610 (a seconda della configurazione).

Figura 22. Atteggiamenti verso la copertura assicurativa della fecondazione artificiale, per condizioni di vita (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, sottocampione, n=1.539-1.594 (a seconda della dichiarazione).

Per le persone con problemi di infertilità che hanno già almeno un figlio, il rifiuto di una copertura (anche parziale) dei costi da parte delle assicurazioni malattia è significativamente più alto, pari al 37%. In questi casi, solo il 17% dei rispondenti sostiene ancora la copertura integrale dei costi da parte dell'AOMS. Il sostegno alla copertura dei costi è invece più forte per le persone la cui fertilità è stata compromessa da una malattia grave: il 39% è favorevole alla copertura integrale e il 21% alla copertura parziale dei costi da parte dell'AOMS.

Gli scenari in cui la fertilità risulta limitata per “colpa propria” incontrano una forte opposizione alla ripartizione dei costi tra le persone interessate e le assicurazioni malattia. Se l'inseminazione artificiale viene utilizzata perché la persona interessata ha una ridotta capacità riproduttiva dovuta all'età avanzata o a uno stile di vita non sano, rispettivamente il 68% e il 73% dei rispondenti rifiuta completamente l'idea che le assicurazioni malattia coprano i costi. Solo pochi intervistati ritengono che le assicurazioni malattia abbiano il dovere di farsi carico delle spese in queste situazioni: il 14% e il 16%, rispettivamente, affermano che i costi dovrebbero essere coperti dall'assicurazione complementare, mentre il 6% (nel caso di uno stile di vita non sano) e il 7% (nel caso di età avanzata) ritengono che l'AOMS dovrebbe coprire integralmente i costi; inoltre, il 7% e il 9%, rispettivamente, pensano che i costi dovrebbero essere coperti solo parzialmente.

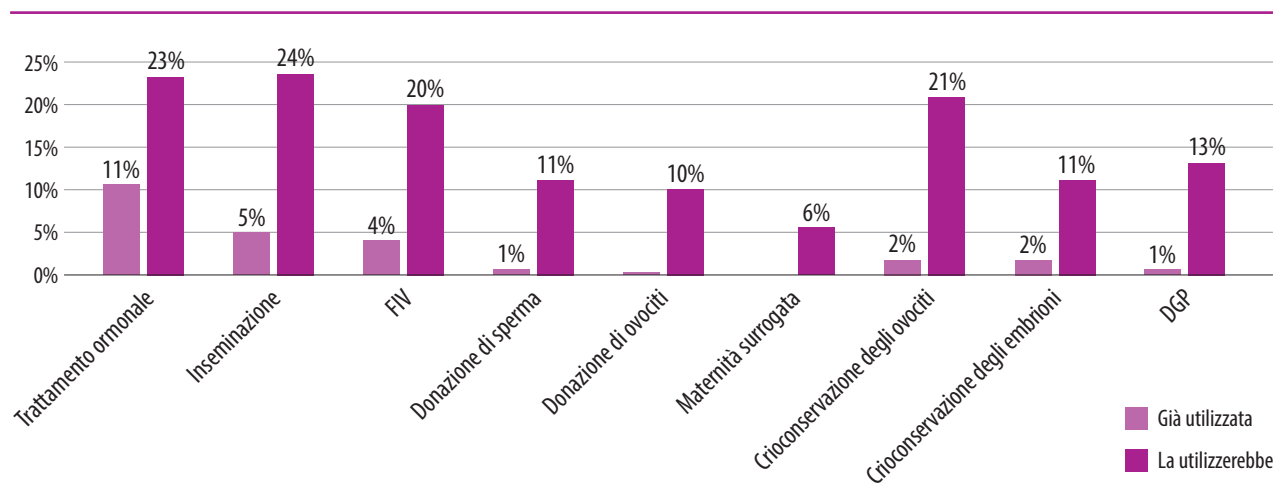
4.5 Uso della PMA (passato, presente, futuro)

Nella prima ondata dell'indagine, a tutti i rispondenti – a prescindere dalle loro esperienze personali con problemi di fertilità – è stato chiesto se avessero già utilizzato determinate procedure di procreazione medicalmente assistita (PMA), se potessero immaginare di utilizzarle in linea di principio, oppure se ne escludessero l'uso.

Il grafico seguente (**Figura 23**) confronta la quota di persone che ha già utilizzato una procedura con quella di chi dichiara di non averla utilizzata finora, ma di essere disposto a prenderla in considerazione in determinate circostanze.

Come previsto, la quota degli intervistati che ha utilizzato almeno uno dei metodi indagati è bassa. I trattamenti ormonali sono quelli citati più frequentemente: circa l'11% dei rispondenti afferma di aver già utilizzato un metodo di questo tipo. La quota di chi non escluderebbe di ricorrervi è significativamente

Figura 23. Uso e disponibilità verso le procedure di procreazione assistita (val.%)



Fonte: CHARLS 2023, ondata I, n=199 (già utilizzata), 1.888 (non ancora utilizzata).

più alta, pari al 23%. Un andamento simile si riscontra per l'inseminazione e la FIV, alle quali finora hanno fatto ricorso, rispettivamente, il 5% e il 4% dei rispondenti, mentre circa un quinto dei rispondenti dichiara che prenderebbe in considerazione queste procedure in determinate circostanze.

Per le procedure soggette a restrizioni legali o vietate, come la donazione di ovociti o la maternità surrogata, i tassi di utilizzo (dichiarati) sono molto bassi. Allo stesso tempo, tuttavia, emerge anche una certa apertura: tra il 6% e il 10% dei rispondenti afferma che potrebbe immaginare, in linea di principio, di ricorrere a tali procedure.

Anche il ricorso alla crioconservazione degli embrioni e alla diagnosi genetica preimpianto si colloca attorno all'1-2%, mentre la quota di chi non esclude di ricorrere a queste procedure è significativamente più elevata.

Nel complesso, i risultati mostrano che finora la PMA è stata utilizzata solo da un numero limitato di persone nella popolazione generale. Allo stesso tempo, a prescindere dalle condizioni di vita individuali, si osserva un'ampia apertura verso diverse procedure di PMA.

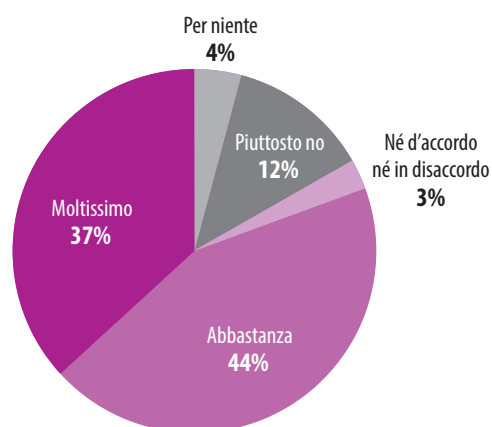
Inoltre, nella prima ondata dell'indagine, alle persone che avevano già utilizzato una procedura di PMA è stato chiesto se la utilizzerebbero di nuovo. Nel complesso, la valutazione della propria esperienza è prevalentemente positiva: per la maggior parte delle procedure, la maggioranza degli utilizzatori afferma che la sceglierebbe di nuovo. La disponibilità a ripetere il trattamento è particolarmente elevata per la FIV, la crioconservazione degli embrioni e la diagnostica preimpianto; è leggermente più bassa per i trattamenti ormonali e l'inseminazione, ma rimane comunque superiore al 50%. I risultati relativi alla donazione di ovociti e alla maternità surrogata si basano su numeri di casi molto ridotti.

Stress percepito causato dal ricorso alla PMA

Nella seconda ondata dell'indagine, ai rispondenti che avevano indicato di aver già fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita è stato chiesto quanto ritenessero stressante l'esperienza nel suo complesso. La domanda, pertanto, era rivolta esclusivamente a persone con un'esperienza personale nell'utilizzo di questi metodi.

I risultati (**Figura 24**) mostrano un andamento chiaro: la maggior parte dei rispondenti descrive il ricorso alla PMA come stressante. Circa il 44% dichiara di aver trovato l'esperienza "abbastanza stressante" e

Figura 24. Carico percepito causato dal ricorso alla PMA (val.%)



Fonte: CHARLS 2025, ondata 2, n=144.

un ulteriore 37% afferma che è stata “molto stressante”. Ciò significa che, complessivamente, oltre i quattro quinti dei rispondenti riferiscono almeno un certo livello di stress.

Al contrario, una quota molto più ridotta di rispondenti non ha percepito l'esperienza come stressante (affatto). Il 12% ha dichiarato di non aver trovato l'esperienza particolarmente stressante, mentre il 4% non ha riportato alcuno stress. Solo una percentuale molto ridotta ha indicato che la propria esperienza con la PMA non è stata né stressante né priva di stress.

Nel complesso, i risultati indicano che la procreazione medicalmente assistita è percepita dalla maggior parte degli utilizzatori come un'esperienza emotivamente impegnativa. I dati qui riportati sono valutazioni soggettive e, pertanto, non consentono di trarre conclusioni su cause specifiche o sulle diverse forme di stress.

Inoltre, nella seconda ondata dell'indagine è stata rilevata una soddisfazione generale rispetto all'utilizzo della PMA. Nonostante gli elevati livelli di stress soggettivo riportati, la soddisfazione complessiva è molto alta (M=8,16 su una scala a 10 punti). Più della metà dei rispondenti ha valutato la propria soddisfazione nella fascia alta della scala. I risultati suggeriscono che le esperienze stressanti non si accompagnano necessariamente a una valutazione complessivamente negativa della PMA.

5. NUOVE FORME FAMILIARI

Le forme familiari e domestiche in Svizzera oggi sono più diversificate rispetto a qualche decennio fa. Sebbene una parte consistente della popolazione continui a vivere in configurazioni tradizionali, in particolare in nuclei composti da due genitori con figli propri e in economie domestiche di coppia senza figli, le modalità di convivenza e di relazione di coppia sono diventate gradualmente più variegate. Separazioni e nuove unioni, famiglie patchwork, nuclei monoparentali e relazioni tra persone dello stesso sesso, comprese quelle con figli, sono sempre più una realtà per una parte della popolazione. Le modalità di convivenza e le forme di economia domestica cambiano anche nel corso della vita, ad esempio a seguito della separazione dei genitori, di nuove relazioni, oppure del passaggio a un nucleo senza figli quando questi crescono e lasciano la casa dei genitori.

In tale contesto ha senso considerare le forme familiari non solo come una fotografia in un dato momento, ma adottare anche una prospettiva di corso di vita. Il capitolo seguente descrive quindi le configurazioni familiari in cui i rispondenti sono cresciuti fino all'età di 18 anni e quale sia la loro attuale situazione abitativa e domestica, con particolare riferimento ai genitori. Segue poi una presentazione delle opinioni dei rispondenti su chi sia considerato in grado di assumersi la responsabilità genitoriale, indicando la loro apertura verso forme familiari e stili di vita diversi.

5.1 Situazione abitativa e configurazioni familiari

Osservare la socializzazione all'interno delle famiglie e le attuali modalità di convivenza e di economia domestica consente di comprendere meglio i contesti familiari in cui i rispondenti sono cresciuti e il modo in cui la genitorialità viene effettivamente vissuta nell'età adulta. Questo confronto può aiutare a mettere in luce quali configurazioni familiari e domestiche abbiano avuto un'influenza formativa sulle biografie dei rispondenti e come la genitorialità sia organizzata oggi. I risultati seguenti si basano sui dati della prima ondata dell'indagine CHARLS e si riferiscono sia a informazioni retrospettive sull'infanzia e l'adolescenza, sia all'attuale situazione abitativa e domestica dei rispondenti.

La maggior parte dei rispondenti è cresciuta in un nucleo tradizionale con due genitori: circa l'85% ha vissuto con entrambi i genitori fino ai 18 anni. Un ulteriore 7% è cresciuto con un solo genitore, mentre quote più ridotte hanno vissuto in famiglie patchwork, ad esempio con un genitore e il rispettivo partner di sesso opposto (4%) o con un partner dello stesso sesso (0,2%), oppure alternativamente con entrambi i genitori separati (1,2%). Le convivenze con altri parenti o altre sistemazioni sono state menzionate raramente.

Inoltre, le informazioni sulla struttura della fratria mostrano che poco meno dell'88% dei rispondenti non ha fratellastri/sorellastre, fratelli/sorelle acquisiti o fratelli/sorelle adottivi. Circa il 12% riferisce di avere almeno una relazione di questo tipo, tra cui la presenza di un solo fratellastro/sorellastra o un fratello/sorella acquisito rappresenta il caso più comune. Le configurazioni più ampie di fratelli e sorelle in famiglie ricomposte restano un'eccezione.

Al momento dell'indagine, la maggior parte dei rispondenti con figli viveva come genitore in una famiglia nucleare tradizionale. Tuttavia, questa quota diminuisce con l'età. Nella fascia di età più matura, un numero maggiore di persone vive da solo (8%) o con un partner senza figli (28%). Tra i 45 e i 65 anni, il 10% è costituito da genitori single. Configurazioni domestiche alternative, come appartamenti condivisi (comunità abitative) o famiglie nucleari (o persone con bambini piccoli) che convivono con altri adulti, sono rappresentate solo in misura molto ridotta tra i rispondenti.

Tabella 7. Tipologia di nucleo domestico dei rispondenti con figli, per fascia d'età (val.%)

Con bambini	18-34 anni	35-44 anni	45-65 anni
Single	3%	1%	8%
Con partner	4%	3%	28%
Famiglia nucleare	85%	83%	50%
Famiglia nucleare più altre persone	1%	1%	1%
Famiglia multigenerazionale	1%	1%	1%
Con partner e altre persone	1%	0%	0%
Genitori single	4%	7%	10%
Appartamento condiviso	0,5%	3%	2%
Co-genitorialità	0,5%	1%	0%
Totale	100%	100%	100%
N	156	526	1.306

Fonte: CHARLS 2023, ondata 1, n=1.988.

Questa relativa stabilità delle forme familiari tra i genitori si riflette anche nello stato relazionale e, in misura minore, nello stato civile dei rispondenti. Ad esempio, il 91% dichiara di essere in una relazione e il 75% è sposato. Ciò è coerente con i rilevamenti dell'Ufficio federale di statistica (si veda il **Capitolo I**), secondo i quali, sebbene nascano sempre più bambini fuori dal matrimonio, la struttura familiare quotidiana spesso continua a essere composta da due genitori eterosessuali con un figlio. La **Tabella 7** mostra le tipologie di nuclei domestici formati dai genitori in base all'età.

5.2 Nuove forme familiari e responsabilità genitoriale

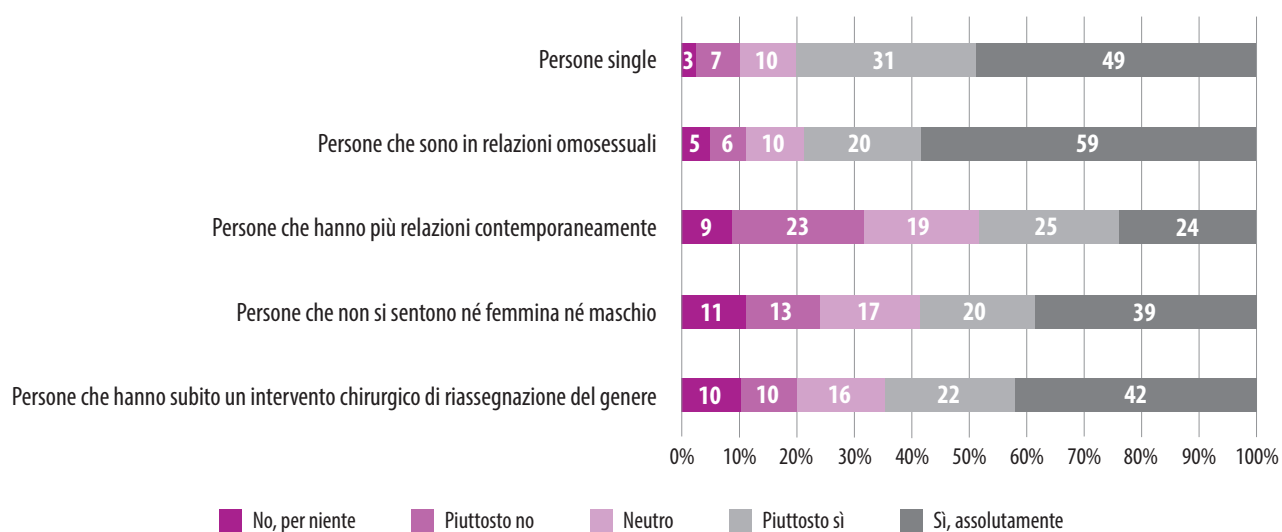
La questione di chi sia considerato idoneo ad assumersi la responsabilità genitoriale è strettamente legata alle concezioni sociali di (ciò che viene considerato) famiglia, relazione di coppia e cura. In un contesto di crescente diversità negli stili di vita e nelle forme di relazione, nella seconda ondata dell'indagine CHARLS ai rispondenti è stato chiesto di valutare diversi gruppi di persone rispetto alla loro capacità di esercitare il ruolo di genitori.

Nel complesso, i risultati mostrano un elevato grado di apertura verso forme familiari non tradizionali (**Figura 25**). Il sostegno è particolarmente forte per le persone in relazioni omosessuali che desiderano diventare genitori. Circa il 79% dei rispondenti ritiene che le coppie dello stesso sesso siano in grado di assumersi la responsabilità dei figli. Anche l'approvazione nei confronti delle persone single è altrettanto elevata: l'80% dei rispondenti ritiene che, in linea di principio, i single siano capaci di assumersi una responsabilità genitoriale.

I risultati indicano che, nella percezione della popolazione, la responsabilità genitoriale viene sempre più considerata indipendente dalla forma di famiglia e di relazione. La maggior parte dei rispondenti non considera decisive caratteristiche come il genere, lo stato relazionale o il modello familiare, ma fa piuttosto riferimento a concetti di cura, stabilità e responsabilità.

Allo stesso tempo, l'accettazione delle nuove forme familiari non è ugualmente marcata per tutti i gruppi. Se da un lato vi è un'ampia apertura verso coppie dello stesso sesso, persone single o persone transgender, dall'altro incontrano una bassa accettazione i modelli relazionali che – prevedendo più relazioni contemporaneamente – mettono più fortemente in discussione le concezioni tradizionali dell'impegno. Lo stesso vale per le persone che si definiscono non binarie.

Figura 25. Valutazione della capacità di assumersi la responsabilità genitoriale in base alla tipologia familiare e alle caratteristiche personali (val.%)



Fonte: CHARLS 2025, ondata 2, n=1.629.

Nel loro insieme, questi risultati mostrano che, sebbene le forme familiari e domestiche in Svizzera siano diventate più pluralistiche, la responsabilità genitoriale rimane legata ad aspettative normative centrali. La famiglia viene quindi definita meno dalla sua forma esteriore che dalla qualità attribuita alle relazioni e al lavoro di cura.

SINTESI

La riproduzione umana, le relazioni e le strutture familiari nelle società contemporanee stanno attraversando processi di profondo cambiamento. Questo rapporto descrive lo stato attuale di tali processi di trasformazione sociale e demografica nella società svizzera. L'analisi si basa su dati dell'Ufficio federale di statistica, di Eurostat e dell'indagine CHARLS. Nell'ambito di CHARLS, che ad oggi conta due ondate completate, la popolazione adulta svizzera è stata intervistata in merito ai propri comportamenti e atteggiamenti riguardo alla riproduzione, alle relazioni e alla famiglia. L'indagine panel è stata condotta nel contesto del Programma Prioritario di Ricerca Universitaria (URPP) "Human Reproduction Reloaded" dell'Università di Zurigo.

I dati di Eurostat e dell'Ufficio federale di statistica mostrano che i processi di cambiamento sociale e demografico in Svizzera sono in linea con gli sviluppi osservati in altri Paesi europei. Nei diversi Paesi si osservano tassi di fecondità in calo, un aumento dell'età di entrambi i genitori alla nascita del primo figlio e una quota crescente di bambini nati al di fuori del matrimonio. Ciò evidenzia che la riproduzione umana deve essere sempre compresa come inserita in relazioni e strutture sociali.

Considerando la fecondità e il desiderio di avere figli nel contesto sociale e culturale svizzero, si osserva un cambiamento netto. I figli sono sempre più visti come parte delle scelte di stile di vita dell'individuo. Di conseguenza, la percentuale della popolazione che non desidera avere figli sta crescendo significativamente. Per quanto riguarda la prospettiva individuale sull'aver figli, aspetti quali l'autorealizzazione, la relazione emotiva con i figli, le questioni finanziarie e l'incertezza rispetto al futuro giocano un ruolo centrale. Gli obblighi sociali e gli aspetti strumentali stanno diventando meno importanti. In una società sempre più individualizzata, pertanto, il desiderio di avere figli è plasmato soprattutto da prospettive individuali e orientamenti valoriali. Ciò è pienamente in linea con la più generale erosione dei punti di riferimento tradizionali e con la crescente modernizzazione riflessiva e l'individualizzazione della società (Beck *et al.*, 1996).

Oltre a coloro che scelgono consapevolmente di non avere figli, una quota considerevole della popolazione è interessata da infertilità o da assenza involontaria di figli. Circa il 20% dei rispondenti riferisce di aver vissuto periodi di infertilità. Quanto più a lungo durano tali fasi, tanto maggiore è il carico psicologico riportato dalle persone coinvolte. Nel complesso, i risultati mostrano che gli individui affrontano l'infertilità in modi molto diversi, sebbene gli approcci medici convenzionali rimangano l'opzione più frequentemente perseguita.

Lo studio CHARLS ha inoltre esaminato come l'infertilità venga percepita dalla popolazione generale. Una netta maggioranza non considera l'infertilità una malattia. Di conseguenza, il finanziamento dei trattamenti di medicina della riproduzione è in larga misura visto come una responsabilità individuale piuttosto che come una prestazione che dovrebbe essere coperta dalle assicurazioni malattia. Nel valutare le cause percepite dell'infertilità, i rispondenti fanno più frequentemente riferimento a fattori esterni, come lo stress e le influenze ambientali. Per contro, il ruolo dell'età biologica in relazione all'infertilità è generalmente sottostimato sia per le donne sia per gli uomini.

Il tema dell'infertilità solleva anche la questione del ruolo e della valutazione delle procedure di medicina riproduttiva in Svizzera. Rispetto alla quota di persone che riferisce periodi di infertilità, solo una piccola parte degli intervistati afferma di aver mai fatto ricorso personalmente alla medicina della riproduzione. Le procedure più utilizzate sono la terapia ormonale, l'inseminazione e la fecondazione *in vitro*. Dopo un marcato aumento nell'uso delle tecnologie mediche riproduttive all'inizio del XXI

secolo, i tassi di utilizzo si sono stabilizzati negli ultimi 10-15 anni. Le persone che hanno fatto ricorso a queste procedure si dichiarano, a posteriori, soddisfatte, ma riferiscono anche stress causato dai trattamenti medici. L'opinione pubblica guarda alle diverse opzioni di medicina riproduttiva disponibili in modo prevalentemente positivo e vi è anche un forte sostegno alla loro disponibilità legale. Fanno eccezione la maternità surrogata e la diagnosi genetica preimpianto (DGP).

I tassi di natalità, l'infertilità e la medicina della riproduzione sono sempre inseriti in contesti sociali più ampi, che a loro volta sono soggetti a continui processi di cambiamento sociale. Osservando i tipi di relazioni e di famiglie più comuni tra i rispondenti, emerge una chiara predominanza del modello familiare eterosessuale tradizionale, composto da una madre, un padre e uno o più figli. I cambiamenti sociali più rilevanti si osservano nella diffusione della genitorialità single e dei figli nati fuori dal matrimonio, entrambi aumentati significativamente nel tempo. Al contrario, i bambini che crescono con genitori dello stesso sesso rappresentano un gruppo molto esiguo all'interno del campione attuale. Allo stesso tempo, i risultati indicano un elevato livello di apertura della popolazione verso nuove forme di relazione e di famiglia, sia nei confronti dei genitori single sia dei genitori dello stesso sesso. I rispondenti mostrano un più alto grado di riserva verso i genitori transgender, non binari e poliamorosi.

In sintesi, si può affermare che in Svizzera stanno avvenendo simultaneamente molti diversi processi di cambiamento nel campo della riproduzione umana, delle relazioni e della famiglia, che non si muovono necessariamente nella stessa direzione: da un lato si osserva un aumento del numero di persone che decidono, in maniera consapevole e ponderata, di vivere senza figli, dall'altro si assiste alla crescita di un gruppo di persone che desiderano avvalersi dei servizi di medicina della riproduzione perché diversamente non potrebbero avere figli. Ciò vale in particolare per coloro che intendono realizzare il proprio desiderio di genitorialità come genitori single o all'interno di relazioni tra partner dello stesso sesso. In termini quantitativi, tuttavia, continua a predominare il segmento della popolazione che desidera ed è in grado di realizzare il proprio desiderio di avere figli in una configurazione familiare eterosessuale tradizionale, che sia all'interno del matrimonio o meno.

Oltre alla diversità degli sviluppi sociali osservati in Svizzera, lo studio evidenzia anche un elevato grado di apertura della popolazione verso questi processi di cambiamento in corso. Tale apertura è evidente sia rispetto al ricorso ai servizi di medicina della riproduzione, sia nell'accettazione di nuove configurazioni familiari. Nel loro insieme, tali atteggiamenti forniscono una base favorevole per l'ulteriore sviluppo di politiche familiari e sanitarie in Svizzera attentamente progettate e capaci di rispondere alle diverse esigenze dei vari gruppi di popolazione interessati dai molteplici processi di cambiamento trattati in questo rapporto.

BIBLIOGRAFIA

- Beck U, Giddens A, Lash S (1996). *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Büchler A, Rössel J, Gilgen S et al. (2023). *CHARLS 2023. Swiss Assisted Reproduction Longitudinal Study*. (1.0.0) [Dataset]. H2R, University of Zurich.
- Duvander AZ, Fahlén S, Brandén M, Ohlsson-Wijk S (2020). *Who makes the decision to have children? Couples' childbearing intentions and actual childbearing*. *Advances in Life Course Research*,43,100286.
- Eijkemans MJC, van Poppel F, Habbema DF et al. (2014). *Too old to have children? Lessons from natural fertility populations*. *Human reproduction*, 29(6);1304-12.
- Federal Department of Home Affairs (FDHA) (2025). *Decline in birth rates in Switzerland*. Bern. Rückgang der Geburtenhäufigkeit in der Schweiz [15.1.2026]
- Hassan MAM, Killick SR. (2003). *Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age*. *Fertility and sterility* 79(Supplement 3);1520-7.
- Lo W, Campo-Engelstein L (2018). "Expanding the Clinical Definition of Infertility to Include Socially Infertile Individuals and Couples." Pp. 71-83 in: Campo-Engelstein L, Burcher P (eds) *Reproductive Ethics II*. Springer, Cham.
- Merone L, Tsey K, Russell D, Nagle C (2022). *Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature*. *Women's health reports*, 3(1);49-59.
- Pape M, Miyagi M, Ritz SA et al. (2024). *Sex contextualism in laboratory research: Enhancing rigor and precision in the study of sex-related variables*. *Cell*, 187(6);1316-26.
- Rössel J, Gilgen S, Mertens M et al. (2025). *CHARLS 2025. Swiss Assisted Reproduction Longitudinal Study*. (1.0.0) [Dataset]. H2R, University of Zurich.
- Sobotka T, Zeman K, Jasilioniene A et al. (2023). *Pandemic Roller-Coaster? Birth Trends in Higher-Income Countries During the COVID-19 Pandemic*. *Population and Development Review*, 50;23-58.
- Stein P, Willen S, Pavetic M (2014). *Couples' fertility decision-making*. *Demographic Research*, 30(63);1697-732.
- Swiss Federal Statistical Office (FSO) (2015). *Statistics on medically assisted reproduction*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.assetdetail.34707490.html>
- Swiss Federal Statistical Office (FSO) (2015). *Statistics on natural population change*. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung BEVNAT | Bundesamt für Statistik - BFS
- Utting D, Bewley S (2011). *Family planning and age-related reproductive risk*. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 13;35-41.
- World Health Organization (WHO) (2018): *International Classification of Diseases. 11th Revision (ICD-11)*. WHO, Genf.
- Yovich JL, Keane K (2017). *Assessing the male in fertility clinics-men undervalued, undermanaged and undertreated*. *Translational Andrology and Urology*, 6(Supplement 4), 624-8.

Elternschaft in der Schweiz

Forschungsbericht über (Un-)Fruchtbarkeit
und Kinderlosigkeit

Angela Christen, Eva Corba, Larissa Fritsch, Sandra Gilgen,
Maila Mertens, Jörg Rössel, Julia H. Schroedter

Universität Zürich, URPP Human Reproduction Reloaded

INHALTSVERZEICHNIS

- 53** VORWORT

- 55** EINLEITUNG

- 60** **1. REFERENZRAHMEN: ANALYSE VON STRUKTURDATEN**
 - 60 **1.1** Die Entwicklung der Geburtenraten in der Schweiz
 - 61 **1.2** Alter bei der ersten Geburt in der Schweiz
 - 62 **1.3** Zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ) in der Schweiz
 - 63 **1.4** Entwicklung von Fortpflanzungsabsichten

- 65** **2. SOZIALE WAHRNEHMUNG VON GEBURTENRATE UND ELTERNSCHAFT IN DER SCHWEIZ**
 - 65 **2.1** Vermutete Gründe für den Rückgang der Geburtenrate
 - 66 **2.2** Die Bedeutung der Elternschaft
 - 67 **2.3** Hindernisse für die Elternschaft
 - 68 **2.4** Kinderlosigkeit als individuelle Entscheidung

- 71** **3. UNFRUCHTBARKEIT: ERFAHRUNGEN UND UNGEWOLLTE KINDERLOSIGKEIT**
 - 72 **3.1** Erfahrungen mit Unfruchtbarkeit in der Schweizer Bevölkerung
 - 74 **3.2** Umgang mit Unfruchtbarkeit
 - 74 **3.3** Gründe für Unfruchtbarkeit
 - 76 **3.4** Wissen und Wahrnehmung
 - 77 **3.5** Fruchtbarkeitsbehandlungen für Männer

- 79** **4. MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE FORTPFLANZUNG (MAR)**
 - 79 **4.1** Kenntnisse über medizinisch unterstützten Fortpflanzungsmethoden
 - 81 **4.2** Einstellungen zur der medizinisch unterstützten Fortpflanzung
 - 82 **4.3** Bewertung der rechtlichen Regelung medizinisch unterstützter Fortpflanzungsverfahren
 - 83 **4.4** Einstellungen zum Zugang und zur Finanzierung von medizinisch unterstützten Fortpflanzungsverfahren für unterschiedliche partnerschaftliche Konstellationen
 - 85 **4.5** Medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft)

- 88** **5. NEUE FAMILIENFORMEN**
 - 88 **5.1** Wohnsituation und Familienkonstellationen
 - 89 **5.2** Neue Familienformen und die elterliche Verantwortung

- 91** ZUSAMMENFASSUNG

- 93** LITERATURVERZEICHNIS

VORWORT

In modernen Gesellschaften ist Elternschaft nicht länger ein biologischer oder sozialer Meilenstein, der selbstverständlich ist, sondern vielmehr eine bewusste und komplexe Entscheidung, die stark von gesellschaftlichen Strukturen und individuellen Lebensentwürfen beeinflusst wird. In diesem Kontext ist die Schweiz ein beispielhafter Fall, da hier der Übergang ins Erwachsenenalter und ins Familienleben zunehmend flexibler und weniger einheitlich verläuft.

Die Studie ist das Ergebnis einer Forschungsarbeit der Universität Zürich im Rahmen des Universitären Forschungsschwerpunkts (UFSP) *Human Reproduction Reloaded*. Sie wurde in enger Zusammenarbeit mit der IBSA Foundation for scientific research durchgeführt, der Stiftung des Pharmaunternehmens IBSA mit Sitz in Lugano, das sich seit langem für die Förderung der wissenschaftlichen Kultur und Forschung auf internationaler Ebene einsetzt. Das Projekt wurde zudem durch den wissenschaftlichen Beitrag von Prof. em. Dr. med. Bruno Imthurn unterstützt, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der IBSA Foundation und emeritierter Professor für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie an der Universität Zürich.

Dieser Bericht ist die Fortsetzung einer Forschungsinitiative, die 2017 in der Schweiz von der IBSA Foundation ins Leben gerufen wurde. Die erste Studie, die von GfK durchgeführt wurde, war die erste systematische Untersuchung der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Fruchtbarkeit und medizinisch unterstützter Fortpflanzung (MAR) in der Schweiz. Die Studie aus dem Jahr 2017 hatte bereits aufgezeigt, wie die Familienplanung von wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst wird und dass es an Informationen über die biologischen Grenzen der weiblichen Fruchtbarkeit mangelt. Die vorliegende Analyse baut auf dieser Studie auf und vertieft sie. Zusammen mit den in Italien in Zusammenarbeit mit Censis durchgeführten Erhebungen haben es diese Untersuchungen der Stiftung im Laufe der Jahre ermöglicht, eine einzigartige Forschungsplattform zur Dynamik der Fertilität und zum Geburtenrückgang zu schaffen, die eine fundierte Analyse der sozialen und demografischen Veränderungen in beiden Ländern liefert.

Dank der Daten der Schweizer (CH) Langzeitstudie zur assistierten Reproduktion (CHARLS), die im Rahmen des UFSP *Human Reproduction Reloaded* stattfindet, liegt der Fokus dieser Ausgabe der Untersuchung auf der Schweiz und bietet eine systematische und aktuelle Analyse der Einstellungen und Verhaltensweisen der Schweizer Bevölkerung. Die Studie beginnt mit einer Analyse der strukturellen Daten, die ein klares demografisches Muster aufzeigen: Zwischen 2015 und 2023 ist die Zahl der Lebendgeburten in der Schweiz um 7,6 % zurückgegangen, die Fruchtbarkeitsrate ist auf 1,33 Kinder pro Frau gesunken und liegt damit weit unter dem Generationenersatzschwellenwert von 2,1 Kindern pro Frau, der für die langfristige zahlenmässige Stabilität einer Bevölkerung als Massstab gilt. Gleichzeitig ist das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes auf 31,3 Jahre gestiegen und gehört damit zu den höchsten Werten in Europa. Diese Verschiebung der Elternschaft ist Ausdruck einer kulturellen Veränderung, bei der persönliche Erfüllung und sozioökonomische Bedingungen eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung für oder gegen Kinder spielen.

Ein zentraler Forschungsschwerpunkt ist die Analyse der Unfruchtbarkeit und die Rolle der MAR. Etwa 20 % der Schweizer Bevölkerung geben an, in ihrem Leben bereits eine Phase der Unfruchtbarkeit erlebt zu haben, was mit einer erheblichen psychischen Belastung einhergeht, die sich mit der Zeit noch verstärkt. Der Bericht untersucht auch die öffentliche Wahrnehmung von Fortpflanzungstechniken und zeigt, dass diese weitgehend akzeptiert werden, sofern sie gesetzlich erlaubt sind, wie zum Beispiel die Samenspende (66 %) und die Eizellspende (59 %). Bei umstritteneren Verfahren wie Leihmutter-schaft und Präimplantationsdiagnostik gibt es jedoch ethische Bedenken.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Forschungsbericht die Schweiz als eine Gesellschaft beschreibt, die sich zwischen der Beibehaltung traditioneller Modelle und einer tiefgreifenden «reflexiven Modernisierung» bewegt. Die Studie zeigt eine doppelte Dynamik: Einerseits ist die Zahl der Menschen, die bewusst auf Kinder verzichten, deutlich gestiegen (innerhalb von zehn Jahren von 6 % auf 17 % bei jungen Menschen), andererseits wird die Reproduktionsmedizin immer häufiger und gezielter eingesetzt, um biologische oder soziale Barrieren zu überwinden. Eine weitere wichtige Erkenntnis ist, dass Elternschaft heute nicht mehr durch die äussere Form der Familie definiert wird, sondern durch die Qualität der emotionalen Beziehung und der Betreuungsarbeit.

Dieser Forschungsbericht liefert nicht nur für Politik, Fachleute der Branche und die Öffentlichkeit eine detaillierte demografische Analyse, sondern dient auch als Leitfaden für den Umgang mit einer Gesellschaft, die Begriffe wie Familie und Verantwortung aktiv neu definiert.

Jörg Rössel

PhD, Professor, Department of Sociology,
University of Zurich

Silvia Misiti

Director, IBSA Foundation
for scientific research

EINLEITUNG

Elternschaft ist ein Thema, das in modernen Gesellschaften untrennbar mit Fragen der Fruchtbarkeit, des gesellschaftlichen Wandels und der Lebensplanung des Einzelnen verbunden ist. Veränderungen in der Familienbildung spiegeln nicht nur individuelle Entscheidungen wider, sondern werden auch von gesellschaftlichen Strukturen geprägt und haben langfristige Auswirkungen auf die demografische Struktur. Die Schweiz bildet hier keine Ausnahme. In vielen europäischen Ländern vollzieht sich ein tiefgreifender Wandel, in dem die Übergänge ins Erwachsenen- und Familienleben immer flexibler werden und nicht mehr einem einheitlichen Muster folgen. Die Vorstellung eines traditionellen Lebenslaufs – Ausbildung abschliessen, Berufseinstieg, Partnerschaft, die in die Ehe mündet, und schliesslich die Gründung einer eigenen Familie – hat sich allmählich aufgelöst. Da die individuelle Wahl und die Möglichkeiten zunehmend als entscheidend angesehen werden, entstehen immer mehr unterschiedliche Lebensverläufe und die Akzeptanz weniger traditioneller Wege zur Familiengründung nimmt zu. Menschen gehen später eine dauerhafte Partnerschaft ein und Ehen werden daher oft aufgeschoben oder durch alternative Lebensformen ersetzt. Anstatt davon auszugehen, dass jeder Erwachsene automatisch eine eigene Familie gründen sollte, wird heute erwartet, dass die Entscheidung für oder gegen Kinder viel bewusster getroffen wird als früher. Diese Entwicklung, bei der Elternschaft nicht mehr als normativ erwarteter Lebensschritt gilt, sondern zunehmend eine bewusste Entscheidung darstellt, kann als kultureller Wandel mit weitreichenden Folgen betrachtet werden, zu denen auch eine höhere Akzeptanz von nicht traditionellen Familien gehört. In der Schweiz ist dieser Wandel ebenfalls zu spüren und führt zu einer zunehmenden Heterogenität der Familienformen, die durch unterschiedliche individuelle Werte und sozioökonomische Bedingungen geprägt sind. Gleichzeitig hat die zunehmende Akzeptanz unterschiedlicher Lebensstile auch dazu geführt, dass immer mehr Menschen sich für ein kinderloses Leben entscheiden.

Die demografischen Trends sind eindeutig. Zwischen 2015 und 2023 ist die absolute Zahl der Lebendgeburten in der Schweiz von 86'559 auf 80'024 zurückgegangen, was einem Rückgang von 7,6 % entspricht. Die sinkende Geburtenrate in der Schweiz entspricht dem europaweiten Trend, der durch veränderte Lebensstile und Werte, wirtschaftliche Unsicherheiten und steigende Anforderungen an die Work-Life-Balance geprägt ist. Laut den Eurostat-Umfragen aus den Jahren 2015 und 2023 verzeichnen fast alle europäischen Länder einen Rückgang sowohl der Geburten- als auch der Fertilitätsraten, während das Alter der Frauen bei der ersten Geburt und das durchschnittliche Alter bei der Geburt kontinuierlich ansteigen.

Tabelle 1 zeigt auch die hohe Heterogenität innerhalb Europas. Während die Fertilitätsrate (die durchschnittliche Anzahl Kinder pro Frau im gebärfähigen Alter) in Ländern wie Frankreich (1,66) und Dänemark (1,50) vergleichsweise hoch ist, liegt sie in anderen Ländern wie Spanien (1,12) und Italien (1,21) auf einem historisch niedrigen Niveau. Mit einer Fertilitätsrate von 1,33 Kindern pro Frau liegt die Schweiz immer noch etwas unter dem europäischen Durchschnitt und weit unter dem Wert von 2,1, der für die Erhaltung der Bevölkerung erforderlich wäre.

Während in vielen europäischen Ländern das Durchschnittsalter der Frauen bei der ersten Geburt bei etwa 30 Jahren liegt (31,3 Jahre), sind Frauen in der Schweiz mehr als ein Jahr älter (siehe **Tabelle 1**). Nur in Spanien, Liechtenstein (beide 31,5 Jahre), Irland (31,6 Jahre) und Italien (31,8 Jahre) ist das Durchschnittsalter der Mütter bei der ersten Geburt noch höher.

Tabelle 1. Fertilitätsrate und Geburten in der Europäischen Union im Jahr 2015 und 2023

	Geburtenrate (Lebendgeborene pro 1'000 Einwohner)		Fertilitätsrate		Lebendgeburten		Mittleres Alter von Frauen bei der ersten Geburt		Mittleres Alter der Frauen bei der Geburt	
	2015	2023	2015	2023	2015	2023	2015	2023	2015	2023
Bulgarien	9,2	8,9	1,53	1,81	65'950	57'197	26,0	26,9	27,4	28,2
Nordmazedonien	11,1	9,2	1,50	1,71	23'075	16'737	26,8	26,6	28,6	29,2
Frankreich	12,0	9,9	1,96	1,66	799'671	678'333	28,4	29,1	30,4	31,0
Grossbritannien	11,9	10,0	1,80	1,56	776'746	712'699	28,7	28,5	30,3	30,5
Ungarn	9,4	9,1	1,45	1,55	92'135	87'671	27,8	28,8	29,6	30,2
Island	12,5	11,2	1,80	1,55	4'129	4'315	27,5	28,8	30,3	30,8
Rumänien	10,0	8,4	1,58	1,54	197'491	160'078	26,3	27,1	27,7	28,3
Slowenien	10,0	8,0	1,57	1,51	20'641	16'989	28,7	29,1	30,2	30,5
Serbien	9,3	9,2	1,46	1,51	65'657	61'052	27,7	28,4	29,0	29,3
Türkei	16,9	11,2	2,14	1,51	1'325'783	958'408	27,1	27,1	28,6	29,2
Dänemark	10,2	9,7	1,71	1,50	58'205	57'469	29,2	30,1	31,0	31,8
Irland	14,0	10,3	1,92	1,50	65'537	54'472	29,9	31,6	31,6	33,2
Slowakei	10,3	9,0	1,40	1,49	55'602	48'627	27,1	27,3	28,8	28,8
Belgien	10,8	9,4	1,70	1,47	122'274	110'785	28,7	29,5	30,4	31,1
Kroatien	8,9	8,3	1,40	1,47	37'503	32'170	28,3	29,3	29,9	30,8
Tschechien	10,5	8,4	1,57	1,46	110'764	91'149	28,2	28,9	30,0	30,4
Portugal	8,3	8,1	1,31	1,45	85'500	85'699	29,5	30,2	30,9	31,7
Schweden	11,7	9,5	1,85	1,45	114'870	100'051	29,2	30,0	31,0	31,7
Liechtenstein	8,7	9,1	1,40	1,45	325	361	30,6	31,5	31,6	32,8
Niederlande	10,1	9,2	1,66	1,43	170'510	164'487	29,7	30,4	31,2	31,8
Zypern	10,8	10,7	1,32	1,40	9'170	10'241	29,4	29,8	31,3	31,5
Norwegen	11,3	9,4	1,72	1,40	58'815	51'983	28,9	30,1	30,7	31,7
Deutschland	9,0	8,3	1,50	1,39	737'575	692'989	29,5	29,8	30,9	31,3
EU (Länder)	10,0	8,2	1,58	1,38	5'065'662	3'669'659	26,5	29,8	30,5	31,2
Lettland	11,1	7,7	1,70	1,36	21'979	14'490	26,5	28,0	29,4	30,4
Schweiz	10,5	9,0	1,54	1,33	86'559	80'024	30,6	31,3	31,8	32,4
Österreich	9,8	8,5	1,49	1,32	84'381	77'605	29,2	29,9	30,6	31,2
Estland	10,6	8,0	1,58	1,31	13'907	10'949	27,2	28,7	29,9	31,0
Griechenland	8,5	6,8	1,33	1,26	91'847	71'249	30,2	31,0	31,3	32,1
Finnland	10,1	7,8	1,65	1,26	55'472	43'383	28,8	30,0	30,6	31,5
Luxemburg	10,7	9,5	1,47	1,25	6'115	6'320	30,2	31,4	31,5	32,4
Italien	8,0	6,4	1,35	1,21	485'780	379'890	30,8	31,8	31,7	32,5
Polen	9,7	7,4	1,32	1,20	369'308	272'451	27,0	28,4	29,2	30,1
Litauen	10,8	7,2	1,70	1,18	31'475	20'623	27,0	28,4	29,5	30,4
Spanien	9,0	6,6	1,33	1,12	418'432	319'830	30,7	31,5	31,9	32,6
Malta	10,0	8,1	1,45	1,06	4'325	4'462	28,7	29,8	30,3	31,2

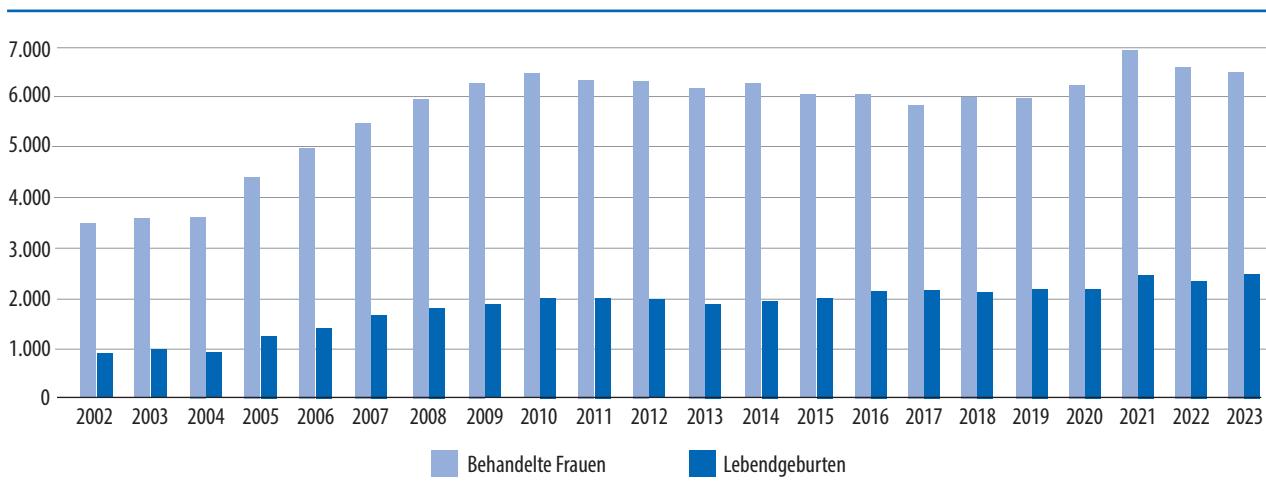
Quelle 2023: Eurostat / BFS (Zusammenstellung, 2025). Quelle 2015: Eurostat (aufbereitet nach Quotidiano Sanità, März 2017).

Das steigende Alter von Erstgebärenden hat weitreichende Folgen. Mit zunehmendem Alter sinkt die Wahrscheinlichkeit einer spontanen/natürlichen Schwangerschaft, während gleichzeitig das Risiko von Fruchtbarkeitsproblemen, Fehlgeburten und Chromosomenanomalien steigt. In diesem Zusammenhang gewinnt die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (medically assisted reproduction:

MAR; international oft als ART, artificial reproductive technology, bezeichnet) immer mehr an Bedeutung. Sie umfasst Verfahren wie die In-vitro-Fertilisation (IVF), die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und andere Techniken, die eine Schwangerschaft ermöglichen oder die Erfolgchancen erhöhen. MAR ist daher nicht nur ein medizinisches Instrument, sondern auch ein sozial relevantes Phänomen: Es eröffnet einer wachsenden Bevölkerungsgruppe die Möglichkeit, Eltern zu werden, und beeinflusst damit die demografische Entwicklung.

Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) zeigen, dass die medizinisch unterstützte Fortpflanzung in der Schweiz seit den frühen 2000er Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen hat. **Abbildung 1** zeigt, dass die Zahl der behandelten Frauen zwischen 2002 und 2010 stetig anstieg. Danach blieb die Nutzung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung relativ stabil. Parallel zur Entwicklung der Behandlungszahlen ist auch die Zahl der Lebendgeburten nach MAR-Anwendung gestiegen. Wie **Abbildung 1** zeigt, hat sich diese Zahl zwischen den frühen 2000er Jahren und den 2010er Jahren mehr als verdoppelt. In den darauffolgenden Jahren blieb die Zahl trotz kleiner Schwankungen relativ stabil und ist erst in den letzten Jahren wieder leicht angestiegen.

Abbildung 1. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung (ausserhalb des Körpers durchgeführte Befruchtungsmethoden) in der Schweiz. Anzahl behandelter Frauen¹ und Lebendgeburten² in der Schweiz



¹ Anzahl der Frauen, die in einem Kalenderjahr mit In-vitro-Fertilisationsmethoden behandelt werden.

² Geburten finden sowohl im Jahr der IVF-Behandlung als auch im darauffolgenden Jahr statt, je nach Schwangerschaftsdauer.

Quelle: BFS – Statistiken zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung, 2025.

Die aktuellen Zahlen in **Tabelle 2** bestätigen, dass die MAR in der Schweiz ein integraler Bestandteil der reproduktionsmedizinischen Versorgung ist und für diejenigen, die «auf natürlichem Weg» keine oder nur schwer Kinder bekommen, eine wichtige Rolle bei der Erfüllung des Kinderwunsches spielt. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 6513 Frauen mit Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung behandelt. Im gleichen Jahr wurden nach diesen Behandlungen 2511 Lebendgeburten registriert. Bei knapp der Hälfte der behandelten Frauen führte die Behandlung zu einer Schwangerschaft, von diesen brachten mehr als drei Viertel ihr Kind zur Welt, während in etwa 3 % der Fälle Mehrlingsgeburten zu verzeichnen waren.

In der Schweiz ist die medizinisch unterstützte Fortpflanzung durch das Fortpflanzungsmedizingesetz geregelt. Im Mittelpunkt stehen Verfahren wie die In-vitro-Fertilisation (IVF), die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und die medizinisch unterstützte Verwendung von gespendetem Sperma. Diese Methoden werden in der Regel angewendet, wenn eine Unfruchtbarkeit medizinisch behandelt

Tabelle 2. Behandelte Frauen, Behandlungszyklen und Schwangerschaften in der Schweiz (2023)

Behandelte Frauen (insgesamt)	6'513
Frauen, die im angegebenen Jahr mit der Behandlung anfangen	3'202
Begonnene Behandlungszyklen	12'497
Punktion zur Gewinnung von Eizellen (nur bei neuen Zyklen)	5'985
Embryo-Transfer	8'164
Transfers mit Samenspenden	231
Frauen, die behandelt wurden und infolge der Therapie schwanger wurden, in %	48,6
<i>Ausgang der Schwangerschaften</i>	
Schwangerschaften, die zu Geburten führten, in %	77,3
Mehrlingsgeburten als Prozentsatz der Geburten	2,8
Lebendgeburten	2'511
Anteil an Mehrlingsgeburten als Prozentsatz der Kinder	5,5
Totgeborene Kinder als Prozentsatz der Kinder	0,2
Anzahl der Kinder, die nach Verwendung von Samenspenden geboren wurden	67

Quelle: BFS – Statistik zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung, 2025.

werden muss und weniger invasive Massnahmen entweder erfolglos waren oder keine realistische Aussicht auf Erfolg bieten. Eine weitere Indikation kann die Vermeidung der Übertragung schwerer Erbkrankheiten sein.

Der Zugang zu diesen Verfahren ist für verschiedene Gruppen unterschiedlich geregelt. Behandlungen mit den eigenen Keimzellen des Paares, wie IVF oder ICSI, stehen sowohl verheirateten als auch unverheirateten Paaren offen. Die Verwendung von Samenspenden ist hingegen auf verheiratete Paare beschränkt. Seit der Einführung der Ehe für alle im Jahr 2022 gilt dies sowohl für heterosexuelle Ehepaare als auch für verheiratete weibliche Paare. Unverheiratete Paare und Alleinstehende haben keinen Zugang zu Samenspenden.

Ein weiterer wichtiger Meilenstein war die 2016 von der Schweizer Bevölkerung befürwortete Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID). Seitdem können im Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung Embryonen vor der Übertragung in die Gebärmutter auf schwere genetische Erkrankungen oder Chromosomenanomalien untersucht werden. Die damalige Diskussion zeigte, dass die MAR nicht nur medizinische, sondern auch ethische und soziale Fragen aufwirft. Trotz dieser Entwicklungen sind in der Schweiz mehrere Verfahren der Reproduktionsmedizin, die in anderen Ländern erlaubt sind, nach wie vor gesetzlich verboten. Dazu gehören die Eizellspende, die Embryonenspende und die Leihmutterchaft. Der Bundesrat hat jedoch beschlossen, das Fortpflanzungsmedizinengesetz zu überarbeiten und unter anderem die Zulassung der Eizellspende zu prüfen.

Die vorliegende Studie basiert auf den ersten beiden Wellen der Schweizerischen (CH) Longitudinalstudie zur Künstlichen Reproduktion (CHARLS). Es handelt sich um die erste Schweizer Panelstudie, die Daten zu Einstellungen, Erfahrungen und Anschauungen bezüglich künstlicher Befruchtung und Familiengründung erhebt (Büchler *et al.*, 2023). Sie wird im Rahmen des universitären Forschungsprogramms «Human Reproduction Reloaded | H2R» an der Universität Zürich durchgeführt.

Die Daten der ersten CHARLS-Welle wurden zwischen März und August 2023 erhoben. Die überproportional geschichtete Stichprobe umfasste 20'000 Personen und wurde dem Schweizer Bevölkerungsregister entnommen. Die Bevölkerungsgruppe bestand aus allen Personen ab 18 Jahren, die

ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Die Schichtung erfolgte nach den drei Sprachregionen¹ und innerhalb dieser nach Geschlecht. Innerhalb der Schichten wurden die Personen zufällig ausgewählt. Die Zielbevölkerung wurde schriftlich kontaktiert und zur Teilnahme an der Online- oder Papierumfrage eingeladen. Die Antwortquote betrug 26 %, insgesamt nahmen 5'256 Personen teil. Die zweite CHARLS-Welle wurde zwischen Mai und Oktober 2025 durchgeführt. Alle Personen der ersten Welle, deren Adressen aktuell waren und die nicht explizit eine Nichtteilnahme angaben, wurden kontaktiert (n=5'096). Die Rücklaufquote war mit 56 % (n=2'846) zufriedenstellend. Allerdings zeigten sich bei der Rücklaufquote beider Wellen gewisse Selektionstendenzen. So war die Teilnahmequote der Schweizerinnen und Schweizer höher als diejenige der Ausländerinnen und Ausländer (Teilnahme: 76 % und 24 %, Anteil an der Bevölkerung: 73 %:27 %²). Die Teilnahmequoten waren in städtischen Gebieten höher als in ländlichen Gebieten. Zudem war die Teilnahme im Tessin höher, was teilweise auf eine Überrepräsentation zurückzuführen ist (Teilnahme: 12 %, Anteil an der Schweizer Bevölkerung: 8 %). Auch ein Bildungsbias ist zu beobachten, da die überrepräsentierten Personen in der Stichprobe einen höheren Bildungsabschluss aufweisen: Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss machen 35 % der Befragten aus, während sie in der Gesamtbevölkerung nur 31 % ausmachen. Personen mit höchstens einer abgeschlossenen obligatorischen Schulbildung sind mit 5 % deutlich unterrepräsentiert, während sie in der Gesamtbevölkerung 14 % ausmachen³. Ausserdem haben sich mehr Frauen als Männer an der Umfrage beteiligt (57 % gegenüber 43 %). Diese Selektionsmuster sind bei Bevölkerungsumfragen üblich.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der ersten Studie der *IBSA Foundation für wissenschaftliche Forschung* werden in der vorliegenden deskriptiven Analyse nur Personen im Alter von 18 (in der Welle 1) bis 64 Jahren berücksichtigt. Die Daten wurden nicht gewichtet. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, da in der Stichprobe, wie bereits erwähnt, Schweizer Staatsangehörige, Personen mit höherer Bildung, Personen, die im Tessin leben, Frauen und Personen aus städtischen Gebieten, leicht überrepräsentiert sind.

¹ Die Sprachregionen umfassten die drei Hauptsprachen der Schweiz: Deutsch (einschliesslich Rätoromanisch), Französisch und Italienisch. Einige Kantone gehören zu zwei Sprachregionen (z. B. Bern). Um für jede Sprachregion repräsentative Aussagen zu ermöglichen, waren die Schichten unterschiedlich gross: Die Deutschschweiz machte 66,6 % der definierten Bevölkerung aus, die Welschschweiz 23,4 % und die Italienischschweiz 10,0 %.

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung.html>

³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/indicators/bildungsstand.assetdetail.33907281.html>

I. REFERENZRAHMEN: ANALYSE VON STRUKTURDATEN

I.1 Die Entwicklung der Geburtenraten in der Schweiz

Die Geburtenrate bezieht sich auf die Anzahl der Lebendgeburten, die in einem Kalenderjahr bei der durchschnittlichen ständigen Wohnbevölkerung registriert werden. Sie wird als Anzahl der Lebendgeburten pro 1'000 Einwohner angegeben und ermöglicht eine Klassifizierung der Geburtenentwicklung in Bezug auf die Gesamtbevölkerung.

In der Schweiz blieb die Geburtenrate über viele Jahre relativ stabil bei rund 10 Lebendgeburten pro 1'000 Einwohner. Die absolute Zahl der Lebendgeburten nahm zwischen 2011 und 2018 von 80'808 auf 87'851 Lebendgeburten zu und erreichte einen vorläufigen Höchststand. Wie **Tabelle 3** zeigt, hing diese Entwicklung unter anderem mit einem steigenden Anteil von Geburten von Kindern ausländischer Eltern zusammen.

Tabelle 3. Geburten in der Schweiz

Jahr	Lebendgeburten (insgesamt)	Jungen	Mädchen	Schweizer Staatsangehörige	Ausländische Staatsangehörige
2011	80'808	41'626	39'182	59'043	21'765
2012	82'164	42'435	39'729	59'684	22'480
2013	82'731	42'595	40'136	59'440	23'291
2014	85'287	43'850	41'437	60'707	24'580
2015	86'559	44'649	41'910	61'344	25'215
2016	87'883	44'932	42'951	61'570	26'313
2017	87'381	44'873	42'508	61'124	26'257
2018	87'851	45'013	42'838	61'650	26'201
2019	86'172	44'123	42'049	60'875	25'297
2020	85'914	44'299	41'615	61'049	24'865
2021	89'644	45'928	43'716	64'132	25'512
2022	82'371	42'464	39'907	58'556	23'815
2023	80'024	41'048	38'976	56'122	23'902
2024	78'256	40'159	38'097	54'815	23'441

Quelle: BFS – Statistik zu Geburten in der Schweiz, 2025.

Ein Abwärtstrend setzte jedoch 2019 ein. Die Zahl der Lebendgeburten sank zunächst moderat und dann deutlich, nach einem vorübergehenden Höhepunkt im Jahr 2021, der wahrscheinlich auf die Pandemie zurückzuführen ist. 2023 wurden in der Schweiz 80'024 Lebendgeburten registriert, 2024 sank die Zahl weiter auf 78'256. Gleichzeitig ging auch die Geburtenrate zurück und sank 2024 auf rund 8,7 Lebendgeburten pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, was deutlich unter dem Niveau der Vorjahre liegt. Dies stellt einen klaren Rückgang des bisher relativ stabilen Geburtenverlaufs über einen langen Zeitraum dar.

Der Anstieg der Geburtenraten im Jahr 2021 darf nicht als strukturelle Trendwende interpretiert werden. Internationale Studien (vgl. Sobotka *et al.*, 2023) zeigen, dass in mehreren europäischen

Ländern nach dem ersten Lockdown im Jahr 2020 kurzfristig ein Geburtenanstieg im Jahr 2021 zu verzeichnen war. Dieser sogenannte Pandemie- oder Aufholeffekt wird unter anderem auf veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen während der Lockdowns zurückgeführt, wie beispielsweise mehr Zeit zu Hause, veränderte Arbeitsstrukturen und die Vorverlegung bereits bestehender Kinderwünsche.

Auch in der Schweiz war dieser Anstieg nur von kurzer Dauer und wurde in den Folgejahren von einem erneuten Rückgang der Geburtenraten begleitet. Der Trend seit 2019 zeigt daher keine nachhaltige Erholung der Geburtenraten, sondern bestätigt vielmehr den anhaltenden Abwärtstrend.

1.2 Alter bei der ersten Geburt in der Schweiz

Die Altersstruktur der Eltern bei der Geburt ihres ersten Kindes hat sich in der Schweiz in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich verändert. Besonders auffällig ist der starke Rückgang der Erstgeburten bei jungen Altersgruppen. Während im Jahr 2005 noch 253 Erstgeburten von Müttern unter 20 Jahren registriert wurden, waren es im Jahr 2024 nur noch 31. Auch bei den Müttern im Alter von 20 bis 24 Jahren ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Ihre Zahl sank in diesem Zeitraum von 4'310 auf 1'474 Erstgeburten.

Ausserdem hat sich der Schwerpunkt der Erstgeburten zunehmend auf ältere Altersgruppen verlagert. Die Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen ist seit vielen Jahren die grösste Gruppe der Erstgebärenden. Ihre Zahl stieg von 10'472 im Jahr 2005 auf über 11'600 Erstgeburten im Jahr 2021 und lag 2024 bei 10'200 Erstgeburten. Das bedeutet, dass rund 42 % aller Erstgeburten im Jahr 2024 in dieser Altersgruppe lagen. Gleichzeitig hat auch die Zahl der Erstgebärenden im Alter von 35 bis 39 Jahren deutlich zugenommen. Die Erstgeburten in dieser Altersgruppe stiegen von 4'879 im Jahr 2005 auf 5'065 im Jahr 2024, was einem Anteil von knapp über 21 % aller Erstgeburten entspricht.

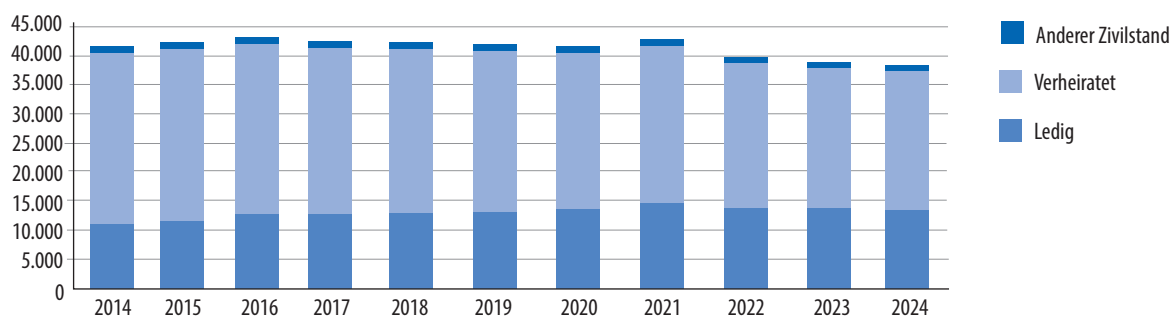
Auch in noch höheren Altersgruppen sind Erstgeburten heute deutlich häufiger als früher. Während im Jahr 2005 insgesamt 964 Erstgeburten von Müttern ab 40 Jahren registriert wurden (rund 3,2 %), stieg diese Zahl im Jahr 2024 auf 1304 Erstgeburten, was einem Anteil von 5,4 % entspricht. Diese Entwicklung zeigt, dass sich das Alter, in dem Menschen eine Familie gründen, in den letzten Jahren deutlich nach oben verschoben hat.

Ein ähnliches Muster gibt es bei den Vätern von Erstgeborenen. Die Mehrheit der Väter ist zwischen 30 und 39 Jahren alt, wenn sie ihr erstes Kind bekommen. Besonders stark vertreten ist die Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen über den gesamten Zeitraum. Gleichzeitig ist der Anteil der Väter, die 40 Jahre und älter sind, gestiegen. Im Jahr 2005 entfielen auf diese Altersgruppen 4'097 Erstgeburten, was 13,6 % aller Erstgeburten entspricht. Im Jahr 2024 waren es 3'750 Erstgeburten in diesen Altersgruppen, was einem Anteil von 15,5 % entspricht, den Geburtenrückgang mitberücksichtigend. Dies zeigt, dass es auch zu einem deutlichen Wandel in Bezug auf das Alter der Väter bei der ersten Geburt gekommen ist.

Die Geburt des ersten Kindes ist für die weitere Familienplanung von besonderer Bedeutung. Allgemein gilt: Je später die erste Geburt stattfindet, desto weniger Zeit bleibt für weitere Geburten. Der Zeitpunkt der ersten Geburt beeinflusst daher nicht nur den individuellen Lebensverlauf, sondern auch die Geburtenraten und die langfristige Generationenfolge.

Abbildung 2 zeigt, wie sich die Verteilung der Erstgeburten in der Schweiz zwischen 2014 und 2024 nach Familienstand der Mutter verändert hat. Obwohl die Mehrheit der Erstgeburten in diesem Zeitraum innerhalb einer Ehe stattfand, ist der Anteil dieser Geburten kontinuierlich gesunken.

Abbildung 2. Anzahl der Erstgeburten in der Schweiz nach Familienstand der Mutter, 2014–2024



Quelle: BFS – Statistik zur Entwicklung der Bevölkerung, 2025.

Im Jahr 2014 wurden 71 % der Erstgeburten von verheirateten Frauen geboren, während dieser Anteil bis 2024 auf etwa 62 % sank. Gleichzeitig sind Erstgeburten unverheirateter Mütter deutlich häufiger geworden. Ihr Anteil stieg von rund 27 % im Jahr 2014 auf knapp 36 % im Jahr 2024. Auch wenn Erstgeburten von Frauen in einem anderen Familienstand, geschiedenen oder verwitweten Frauen, zahlenmässig eher eine untergeordnete Rolle spielen, ist auch hier ein leichter Rückgang zu beobachten.

Diese Entwicklung zeigt, dass sich die Familien- und Lebensformen in der Schweiz weiter verändern. Die Elternschaft ist immer weniger an die Ehe gebunden und findet immer häufiger ausserhalb des traditionellen institutionellen Rahmens statt. Die Daten zu den Geburten nach dem Familienstand der Mutter spiegeln daher eine zunehmende Vielfalt an individuellen Lebensformen und Partnerschaftsmodellen wider.

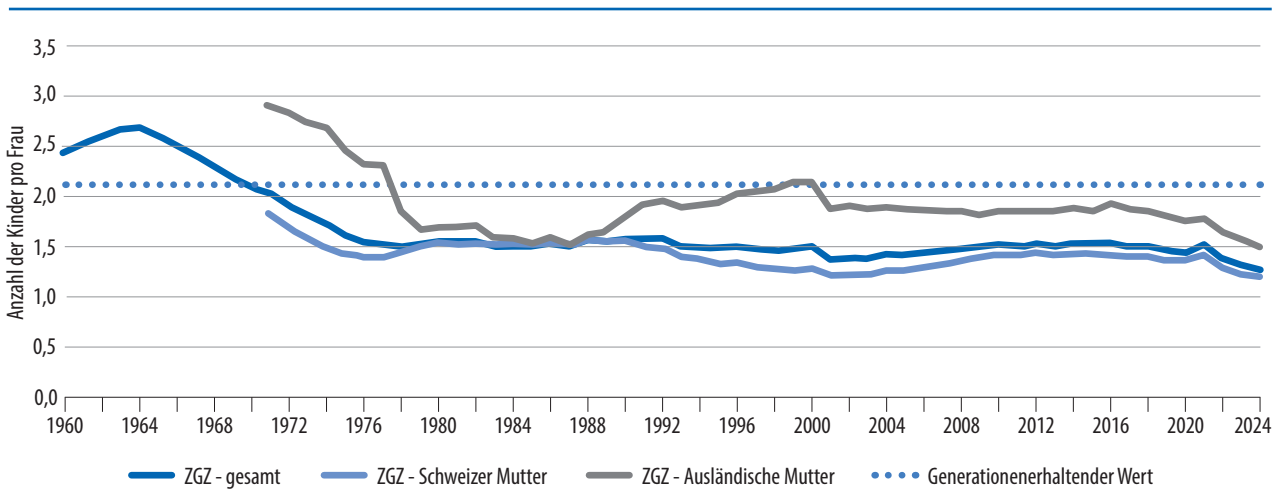
1.3 Zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ) in der Schweiz

Ein wichtiger Indikator für die systematische Analyse dieser Entwicklungen ist die zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ), die angibt, wie viele Kinder eine Frau im Durchschnitt gebären würde, wenn die altersspezifischen Geburtenraten eines bestimmten Jahres während ihres gesamten Lebens konstant blieben. Nach dem Ende des Babybooms sank die ZGZ in der Schweiz in den 1970er Jahren deutlich und unterschritt die Schwelle für den Generationenersatz von rund 2,1 Kindern pro Frau. Seitdem liegt sie unterhalb dieses Wertes. Mit rund 1,3 Kindern pro Frau im Jahr 2024 war die ZGZ in den letzten Jahren besonders niedrig ([Abbildung 3](#)).

Der Wert von rund 2,1 Kindern pro Frau, der für den Ersatz durch neue Generationen erforderlich ist, gilt als Benchmark für die langfristige zahlenmässige Erneuerung einer Bevölkerung. Bleibt die Geburtenrate unter diesem Wert, führt dies langfristig zu einer Veränderung der Altersstruktur. In der Schweiz ist diese Entwicklung seit mehreren Jahrzehnten in Form einer immer älter werdenden Bevölkerung zu beobachten. Dies stellt auch die Umlagefinanzierung der sozialen Sicherungssysteme wie der Schweizerischen Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) vor Herausforderungen, deren Finanzierung von der Relation zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen abhängt. Wie in anderen europäischen Ländern zeigen die Geburtenstatistiken, dass Frauen mit ausländischer Staatsbürgerschaft im Durchschnitt mehr Kinder zur Welt bringen als Schweizerinnen.

Innerhalb der Schweiz gibt es auch Unterschiede in den Geburtenraten zwischen den Kantonen. Das Tessin weist seit Jahren eine niedrige Geburtenrate auf und liegt bei der durchschnittlichen Kinderzahl

Abbildung 3. Entwicklung der zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ) in der Schweiz nach Staatsangehörigkeit der Mutter, 1960–2024



Quelle: BFS – Statistik zur Entwicklung der Bevölkerung, 2025.

pro Frau an letzter Stelle. Diese Entwicklung sollte jedoch nicht als isolierter Sonderfall interpretiert werden. Vielmehr hängen die Ursachen mit strukturellen und sozialen Merkmalen zusammen, die auch in anderen Regionen mit niedriger Geburtenrate zu beobachten sind. Dazu gehören ein höheres Durchschnittsalter bei der Familiengründung, veränderte Berufs- und Lebenswege sowie wirtschaftliche und soziale Bedingungen, die die Entscheidung für oder gegen Kinder beeinflussen können. Gleichzeitig zeigen internationale Vergleiche, dass Regionen mit kultureller, wirtschaftlicher und demografischer Nähe zu Süd- und Westeuropa oft ähnliche Muster aufweisen. In diesem Sinne passt das Tessin in einen breiteren europäischen Kontext, der insgesamt durch niedrige Geburtenraten und späte Familiengründungen gekennzeichnet ist.

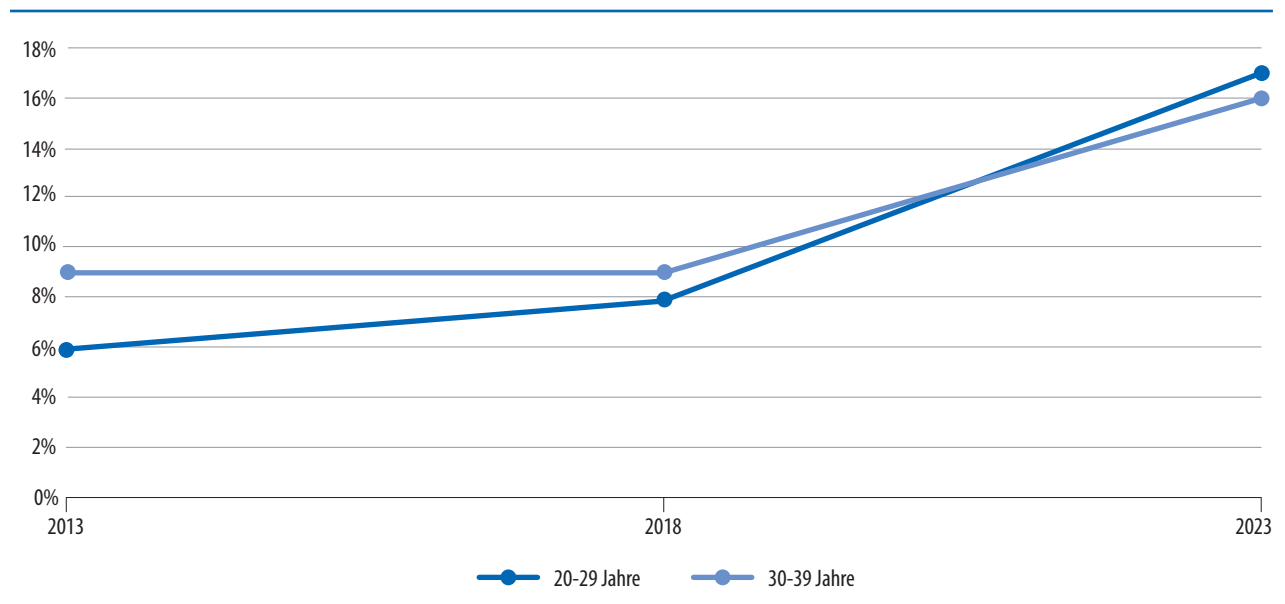
Die kantonalen Unterschiede zeigen somit, dass die Entwicklung der Geburtenraten nicht nur von nationalen Faktoren abhängt, sondern auch von regionalen Kontexten kleineren Umfangs beeinflusst wird. Gleichzeitig unterstreichen sie, dass die demografischen Veränderungen in der Schweiz Teil breiterer europäischer Entwicklungen sind.

1.4 Entwicklung von Fortpflanzungsabsichten

Parallel zu den strukturellen Veränderungen bei Erstgeburten und Fertilität lassen sich auch Verschiebungen bei den Reproduktionsabsichten beobachten. **Abbildung 4** zeigt den Anteil der Personen ohne Kinderwunsch in zwei Altersgruppen (20–29 und 30–39 Jahre) im Zeitverlauf. In beiden Gruppen stieg der Anteil zwischen 2013 und 2023 deutlich an. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei den 20- bis 29-Jährigen: Während 2013 rund 6 % angaben, keine Kinder zu wollen, lag der Anteil 2023 bei rund 17 %. Bei den 30- bis 39-Jährigen gab es ebenfalls einen Anstieg von rund 9 % (2013) auf rund 16 % (2023). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Wunsch nach Kindern heute bei jüngeren und mittleren Altersgruppen seltener ist als noch vor zehn Jahren.

Zusammenfassend lässt sich der Geburtenrückgang in der Schweiz als Ergebnis mehrerer miteinander verknüpfter Entwicklungen verstehen. Neben der Verschiebung des Familiengründungsalters und der anhaltend niedrigen Geburtenziffer gibt es auch zunehmend Veränderungen in den reproduktiven Absichten. Der wachsende Anteil der Menschen, die keine Kinder wollen, insbesondere in jüngeren

Abbildung 4. Anteil der Menschen ohne Kinderwunsch nach Altersgruppe in der Schweiz, 2013-2023



Quelle: EDI – Geburtenrückgang in der Schweiz, 2025.

Altersgruppen, deutet darauf hin, dass der Geburtenrückgang nicht nur auf die spätere Familiengründung zurückzuführen ist, sondern zunehmend auch auf bewusste Entscheidungen gegen Kinder.

Die vorgestellten strukturellen Befunde zeigen somit, dass demografische Entwicklungen nicht isoliert betrachtet werden können, sondern im Kontext von sich wandelnden Lebensläufen, Partnerschaftsformen und individuellen Prioritäten und Werten gesehen werden müssen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie diese Entwicklungen in der Bevölkerung wahrgenommen werden, welche Erklärungen und Interpretationen damit verbunden sind und welche Bedeutungen dem Elternsein heute zugeschrieben werden.

2. SOZIALE WAHRNEHMUNG VON GEBURTENRATE UND ELTERN SCHAFT IN DER SCHWEIZ

2.1 Vermutete Gründe für den Rückgang der Geburtenrate

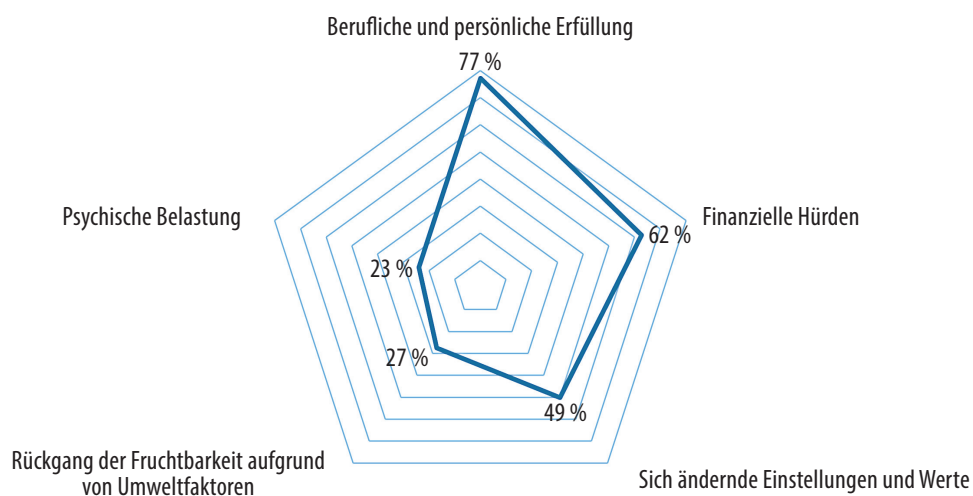
In der zweiten Welle der Umfrage wurden die Befragten gebeten, die Gründe zu nennen, die ihrer Meinung nach zum Rückgang der Geburtenrate in der Schweiz beitragen. Die Frage wurde als Multiple-Choice-Frage formuliert, sodass mehrere Gründe gleichzeitig genannt werden konnten. Die Häufigkeitsverteilung der Antworten ist in **Abbildung 5** dargestellt.

Am häufigsten wurde die berufliche und persönliche Erfüllung als Grund genannt (77 %), gefolgt von finanziellen Hürden (62 %) und sich ändernde Einstellungen und Werte (49 %). Weniger häufig, aber dennoch von einem relevanten Anteil der Befragten, wurden als mögliche Gründe ein Rückgang der Fruchtbarkeit aufgrund von Umweltfaktoren (27 %) und psychischer Belastung (23 %) genannt. Diese Ergebnisse geben Aufschluss darüber, welche Erklärungen für den Rückgang der Geburtenrate in der Bevölkerung besonders verbreitet sind.

Neben den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten konnten die Befragten in eigenen Worten weitere Gründe angeben. Rund 14 % nutzten diese Option. Die freien Antworten wurden nach Themen gruppiert und dienen als qualitative Ergänzung zu den standardisierten Ergebnissen.

Aus den offenen Antworten lassen sich drei wiederkehrende Interpretationen ableiten: Erstens wird in vielen Antworten auf die Unsicherheit der Zukunft verwiesen – beispielsweise in Bezug auf politische Krisen, den Klimawandel oder allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen. Zweitens werden in zahlreichen Antworten die strukturellen Rahmenbedingungen für die Familiengründung thematisiert, wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zeitliche Einschränkungen oder fehlende Unterstützungssysteme. Drittens werden normative Veränderungen und materielle Lebensverläufe genannt, wie veränderte Lebenspläne, spätere Familiengründung oder veränderte Partnerschaftsdynamiken.

Abbildung 5. Vermutete Gründe für den Rückgang der Geburtenrate, in %



Quelle: CHARLS 2025, Welle 2, n = 1'988.

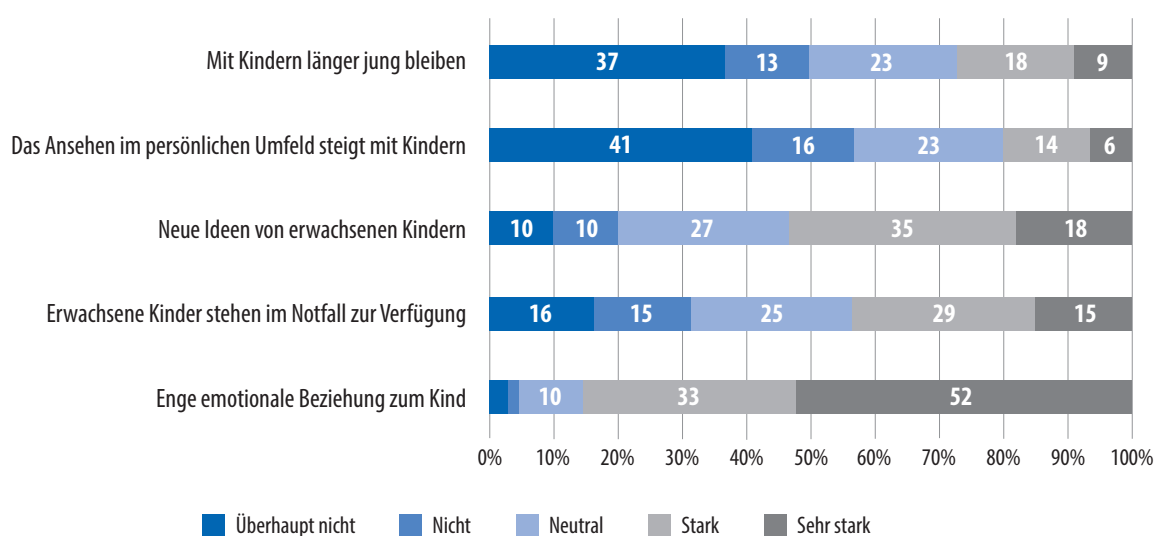
Insgesamt ergänzen die offenen Antworten die geschlossenen Antwortkategorien, indem sie verdeutlichen, dass viele Befragte den Rückgang der Geburtenrate nicht nur auf individuelle Entscheidungen zurückführen, sondern vielmehr als das Ergebnis eines Zusammenspiels sozialer, wirtschaftlicher und biographischer Faktoren sehen.

2.2 Die Bedeutung der Elternschaft

Die Bedeutung des Elternseins ist eng mit gesellschaftlichen Werten und individuellen Lebensentwürfen verbunden. Vorstellungen davon, was es bedeutet, Eltern zu sein, beeinflussen sowohl die Entscheidung für oder gegen Kinder als auch die Erwartungen an die Beziehungen innerhalb der Familie im Laufe des Lebens. In den letzten Jahrzehnten ist eine Veränderung in der Bedeutung dieser Fragen zu beobachten. Neben traditionellen normativen Vorstellungen prägen zunehmend emotionale, zwischenmenschliche und individuelle Lebensverlaufsfaktoren die Entscheidungen zur Familienplanung. Elternschaft wird weniger als soziale Verpflichtung verstanden, sondern vielmehr als individuelle Lebensentscheidung, gegen die man sich entscheiden kann.

Vor diesem Hintergrund wurde in der ersten Welle der CHARLS-Erhebung nach den Erwartungen und Bedeutungen gefragt, welche die Befragten mit Elternschaft verbinden. Die Ergebnisse geben Aufschluss darüber, welche Aspekte der Elternschaft in der Bevölkerung heute als besonders relevant wahrgenommen werden. Eine emotionale Beziehung zu den eigenen Kindern wird als besonders wichtig erachtet. Eine deutliche Mehrheit der Befragten misst der Erwartung einer engen emotionalen Bindung zu den eigenen Kindern eine hohe Bedeutung bei. Rund 85 % sagen, dass dieser Aspekt für sie eine starke oder sehr starke Rolle spielt (siehe [Abbildung 6](#)). Elternschaft wird also in erster Linie als langfristige, vertrauensvolle Beziehung verstanden, die über verschiedene Lebensphasen hinweg von zentraler Bedeutung ist. Auch gegenseitige Unterstützung im Erwachsenenalter ist für viele Befragte ein wichtiger Bestandteil der Elternschaft. 44 % haben die Erwartung, dass erwachsene Kinder in Notlagen zur Verfügung stehen. Ausserdem hofft mehr als die Hälfte der Befragten, dass die erwachsenen Kinder neue Impulse oder Inspirationen für das eigene Leben geben. Elternschaft ist also

Abbildung 6. Erwartungen und Bedeutungszuweisungen im Zusammenhang mit Elternschaft. Darstellung der Übereinstimmung mit ausgewählten Aussagen nach Grad der Erwartung, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 3'189.

nicht nur auf die Kindheitsphase beschränkt, sondern wird als generationsübergreifende, wechselseitige Beziehung wahrgenommen.

Im Gegensatz dazu spielen statusbezogene oder zweckorientierte Motive eine deutlich geringere Rolle. Die meisten Befragten messen Erwartungen wie einem gesteigerten Ansehen im persönlichen Umfeld oder dem Gefühl, durch Kinder länger jung zu bleiben, nur geringe oder gar keine Bedeutung bei. Elternschaft wird daher weniger mit sozialem Ansehen oder individuellen Nutzenüberlegungen in Verbindung gebracht als vielmehr mit Nähe, Verlässlichkeit und emotionaler Bindung.

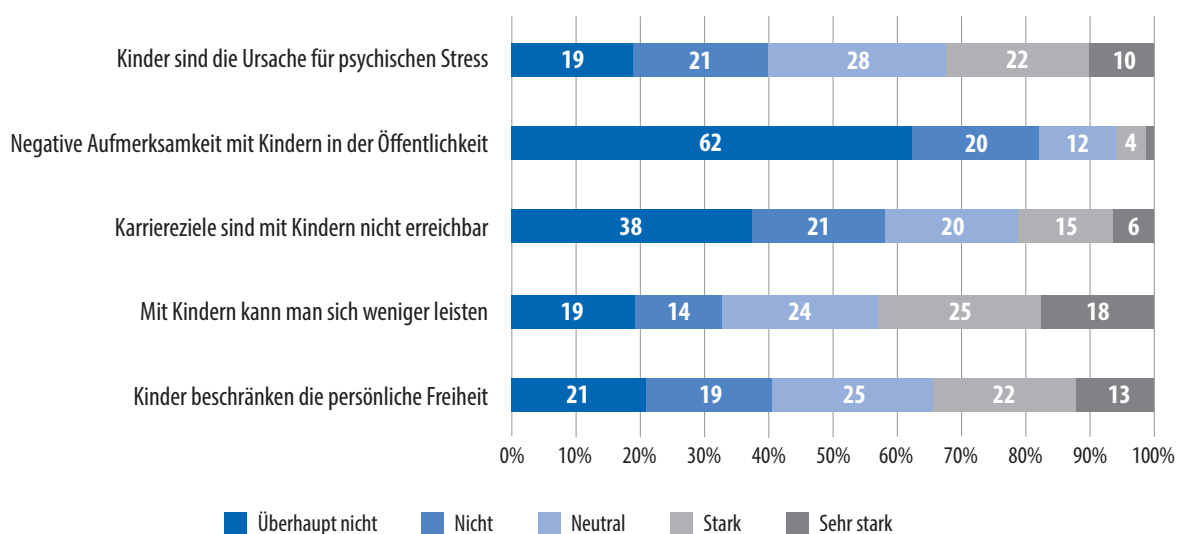
Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sich Elternschaft aus Sicht der Befragten heute vor allem durch emotionale Beziehungen, gegenseitige Unterstützung und langfristige Sicherheit der Beziehung definiert. Diese Bedeutungszuweisungen entsprechen den oben beschriebenen demografischen Entwicklungen und unterstreichen die Verlagerung der Elternschaft hin zu einer stärker individualisierten, biografisch verankerten Erfahrung.

2.3 Hindernisse für die Elternschaft

Neben den positiven Erwartungen im Hinblick darauf Kinder zu haben, spielt auch die Wahrnehmung von Belastungen und Einschränkungen eine Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine Elternschaft. Die Ergebnisse der CHARLS-Umfrage zeigen, dass Teile der Bevölkerung Kinder mit Kosten und Einschränkungen verbinden, sowohl materieller als auch immaterieller Art, die als potenzielle Hindernisse für eine Elternschaft wirken können.

Am stärksten negativ wird die Einschränkung der persönlichen Freiheit eingeschätzt. Rund 35 % der Befragten geben an, dass Kinder ihre persönliche Freiheit stark oder sehr stark einschränken (siehe [Abbildung 7](#)). Gleichzeitig lehnt jedoch eine Mehrheit diese Einschätzung ab: 40 % geben an, dass Kinder ihre persönliche Freiheit gar nicht oder kaum einschränken. Die Einschränkung der persönlichen Freiheit wird also von einem erheblichen Teil der Bevölkerung wahrgenommen, stellt aber keine vorherrschende Meinung dar.

Abbildung 7. Wahrnehmung von Hindernissen und Einschränkungen für die Elternschaft. Übereinstimmung mit ausgewählten Aussagen nach Grad der Erwartung, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 3'189.

Auch finanzielle Aspekte spielen eine Rolle. Rund 43 % der Befragten stimmen der Aussage, dass Kinder zu haben bedeutet, dass man sich weniger leisten kann, stark oder sehr stark zu. 33 % hingegen sagen, dass sie in diesem Bereich keine oder kaum Einschränkungen erwarten. Die finanziellen Belastungen werden also von einem beträchtlichen Teil der Bevölkerung als Hindernis wahrgenommen, sind aber nicht für alle Befragten gleich relevant.

Die wahrgenommenen Opportunitätskosten in Bezug auf die Karriere sind für die Befragten deutlich weniger wichtig. Die Mehrheit von 59 % gibt an, dass Kinder ihre Karriereziele überhaupt nicht oder kaum beeinträchtigen würden. Nur 21 % stimmen der Aussage, dass Kinder sie daran hindern würden, ihre Karriereziele zu erreichen, stark oder sehr stark zu. Dies deutet darauf hin, dass die meisten Befragten zwar Karriere-Nachteile sehen, diese aber nicht als entscheidend betrachten.

Die Zustimmung bei der Erwartung sozialer Benachteiligungen ist eher gering. Eine sehr deutliche Mehrheit von 82 % ist der Meinung, dass Kinder zu haben in der Öffentlichkeit gar nicht oder kaum negative Aufmerksamkeit auf sich zieht. Nur 6 % der Befragten äussern starke oder sehr starke Bedenken in dieser Hinsicht. Die soziale Stigmatisierung ist aus Sicht der Befragten also kaum ein relevantes Hindernis für die Elternschaft.

Schliesslich wird auch der psychische Stress, der durch Kinder verursacht wird, insgesamt als moderat eingestuft. Rund 32 % der Befragten halten Kinder für eine starke oder sehr starke Belastung, während 40 % diese Einschätzung klar ablehnen. Eine weitere nennenswerte Gruppe von Befragten nimmt eine neutrale Haltung ein.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Schweizer Bevölkerung verschiedene Hindernisse für die Elternschaft wahrnimmt, jedoch keines davon von der Mehrheit der Bevölkerung als besonders relevant empfunden wird. Finanzielle Einschränkungen und der Verlust an persönlicher Freiheit spielen eine grössere Rolle als berufliche oder soziale Nachteile. Diese Ergebnisse ergänzen die positiven Erwartungen, die mit der Elternschaft verbunden werden, und zeigen, wie die Menschen die emotionalen Vorteile gegen die wahrgenommenen Opportunitätskosten abwägen, wenn sie sich für oder gegen die Elternschaft entscheiden.

2.4 Kinderlosigkeit als individuelle Entscheidung

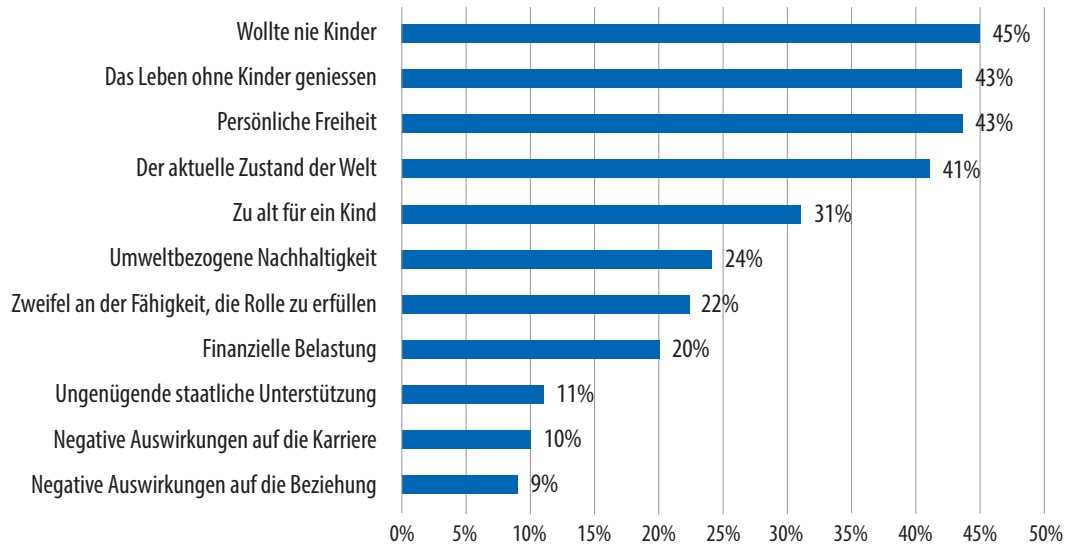
Kinderlosigkeit kann unterschiedliche Ursachen haben und ist nicht unbedingt Ausdruck von eingeschränkten Möglichkeiten oder einem unerfüllten Kinderwunsch. In modernen Gesellschaften gewinnt die bewusst gewählte Kinderlosigkeit – als Ausdruck individueller Lebensstile – an Bedeutung.

Bei der gewollten Kinderlosigkeit handelt es sich um eine Lebenssituation, in der Erwachsene keinen Wunsch nach eigenen Kindern haben und sich somit bewusst gegen Elternschaft entscheiden. Sie unterscheidet sich deutlich von der ungewollten Kinderlosigkeit, die auf biologische, medizinische oder partnerschaftliche Einschränkungen zurückzuführen ist (siehe **Kapitel 3**). Die gewollte Kinderlosigkeit bezieht sich vielmehr auf Entscheidungen, die im Kontext von Lebensstil, Autonomie, Werten und der Wahrnehmung der Anforderungen der Elternschaft getroffen werden.

Vor diesem Hintergrund analysieren wir die Gründe, die Menschen für ihre Entscheidung, keine Kinder zu bekommen, angeben. Die folgenden Auswertungen geben Aufschluss über die Motive dieser Personengruppe und zeigen, welche individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Aspekte dabei eine Rolle spielen.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass Kinderlosigkeit in dieser Gruppe überwiegend als bewusste Lebensentscheidung verstanden wird. Die am häufigsten genannten Gründe beziehen sich auf

Abbildung 8. Gründe für Kinderlosigkeit ohne Kinderwunsch (Mehrfachnennungen möglich), in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 525. Mehrere Antworten möglich; die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil der Befragten, die keine Kinder haben möchten und den entsprechenden Grund genannt haben.

persönliche Lebensstilentscheidungen, individuelle Prioritäten und grundsätzliche Einstellungen zur Elternschaft (siehe [Abbildung 8](#)). Besonders häufig wird der Punkt genannt, dass sie nie eigene Kinder haben wollten (45 %). Auch Einschränkungen der persönlichen Freiheit (43 %) und der Wunsch, das Leben bewusst ohne Kinder zu genießen (43 %) werden häufig genannt. Rund 41 % der Befragten begründen ihre Entscheidung auch damit, dass sie aufgrund gesellschaftlicher, politischer oder ökologischer Bedenken kein Kind in die heutige Welt bringen wollen.

Neben diesen grundsätzlichen Einstellungen spielt auch das Alter eine Rolle. Knapp ein Drittel der Befragten (31 %) fühlt sich zu alt, um ein Kind zu bekommen. Dies deutet darauf hin, dass subjektiv wahrgenommene altersbedingte Grenzen für die Elternschaft schon lange vor dem biologischen Ende der fruchtbaren Lebensphase für solche Entscheidungen relevant sind.

Auch wirtschaftliche und individuelle Stressfaktoren werden genannt, allerdings seltener: Rund 20 % nennen die hohe finanzielle Belastung, rund 22 % geben an, dass sie sich nicht sicher sind, ob sie Eltern werden können. Gründe wie mögliche negative Auswirkungen auf die Karriere (10 %), auf die Beziehung (9 %) oder unzureichende staatliche Unterstützung (11 %) spielen im Vergleich eine geringere Rolle.

Rund 11 % der Befragten nutzten die Gelegenheit, ihre Gründe in eigenen Worten zu erläutern. Diese 54 offenen Antworten ergänzen die standardisierten Ergebnisse und lassen sich in mehrere Themenbereiche einteilen. Ein zentrales Thema sind gesundheitliche und biologische Gründe. Dazu zählen Unfruchtbarkeit, medizinische Eingriffe (z. B. Hysterektomie), chronische Erkrankungen und genetische Risiken, die nicht weitervererbt werden sollen. Auch traumatische Reproduktionserfahrungen wie Fehl- oder Totgeburten werden genannt. Diese Aussagen verdeutlichen, dass die Entscheidung, keine Kinder zu bekommen, nicht nur eine freie Entscheidung ist, sondern auch medizinisch bedingt sein kann.

Ein weiteres Thema betrifft psychische Belastungen und persönliche Ressourcen. Mehrere Befragte sprechen von psychischen Erkrankungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Bindungsproblemen

oder Angst vor der Geburt. In diesen Fällen scheint die Entscheidung für keine Kinder eine bewusste Entscheidung zu sein, die auf der Abwägung der eigenen Belastbarkeit und Verantwortung gegenüber einem potenziellen Kind basiert.

Zudem werden in den einzelnen Antworten partnerschaftliche und praktische Lebensumstände thematisiert, wie z. B. das Fehlen eines Partners, der Wunsch, nicht alleinerziehend zu sein, oder die bereits bestehende Aufgabe, einen chronisch kranken Partner zu betreuen. Diese Aspekte ergänzen die standardisierte Kategorie der partnerschaftlichen Gründe für Kinderlosigkeit.

In den offenen Antworten werden auch soziale und normative Überzeugungen zum Ausdruck gebracht. So werden unter anderem Umweltkrisen, Überbevölkerung, politische Unsicherheiten und eine grundsätzliche Ablehnung der Elternschaft als gesellschaftliche Erwartung genannt. In den individuellen Antworten wird auch auf rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen verwiesen, beispielsweise im Zusammenhang mit gleichgeschlechtlichen Partnerschaften oder eingeschränkten Möglichkeiten, eine Familie zu gründen. Schliesslich gibt es auch Aussagen, in denen die Kinderlosigkeit als positive und endgültige Lebensentscheidung beschrieben wird. Mehrere Befragte betonen ihre Zufriedenheit mit einem Leben ohne Kinder oder geben an, dass ihr früherer Kinderwunsch im Laufe ihres Lebens an Bedeutung verloren hat.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Kinderlosigkeit ohne Kinderwunsch in dieser Bevölkerungsgruppe vor allem Ausdruck bewusster Lebensentscheidungen und individueller Wertvorstellungen ist. Finanzielle, berufliche oder institutionelle Aspekte spielen zwar eine Rolle, sind aber in der Regel nicht der Hauptgrund. Die freien Antworten verdeutlichen zudem, dass die Entscheidung, keine Kinder zu bekommen, oft auf unterschiedlichen biografischen Erfahrungen beruht. Kinderlosigkeit erweist sich damit als ein komplexes Phänomen, das eng mit sich wandelnden Vorstellungen von Elternschaft und einem erfüllten Leben verbunden ist.

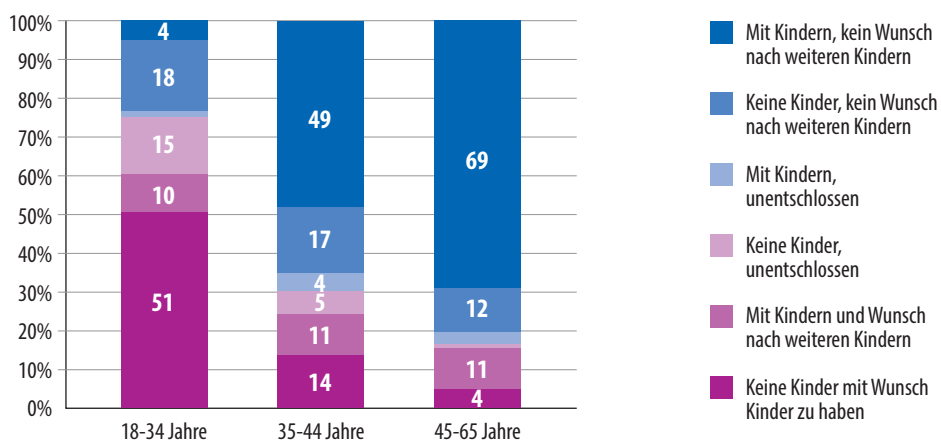
3. UNFRUCHTBARKEIT: ERFAHRUNGEN UND UNGEWOLLTE KINDERLOSIGKEIT

Bei der Untersuchung von Unfruchtbarkeit muss zunächst zwischen primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit sowie zwischen biologischer und sozialer Unfruchtbarkeit unterschieden werden. Während primär unfruchtbare Personen ohne medizinische Unterstützung keine biologischen Kinder bekommen können, bezeichnet sekundäre Unfruchtbarkeit das Unvermögen, nach der Geburt eines Kindes eine weitere erfolgreiche Schwangerschaft zu erreichen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Unfruchtbarkeit als die Unfähigkeit eines heterosexuellen Paares, nach 12 Monaten (oder länger) regelmässigen, ungeschützten Geschlechtsverkehrs eine Schwangerschaft zu erreichen (World Health Organisation, 2018). Die Unterscheidung zwischen biologischer und sozialer Unfruchtbarkeit macht deutlich, dass nicht jede (primäre und sekundäre) Kinderlosigkeit biologische Ursachen hat, sondern dass auch Lebensumstände wie das Fehlen eines geeigneten Partners oder eine gleichgeschlechtliche Beziehung einen entscheidenden Einfluss haben können (Lo & Campo-Engelstein, 2018).

Abbildung 9 zeigt die Lebenspläne und -situationen der Befragten nach Altersgruppen. Es zeigt, dass 81 % der 45- bis 65-Jährigen ihr Ziel erreicht haben: Sie wollen keine Kinder (mehr) und sind entweder mit (69 %) oder ohne (12 %) Kinder zufrieden. Vier Prozent sind sich noch nicht sicher, ob sie (mehr) Kinder wollen, und 11 % wünschen sich mindestens ein Kind (mehr). Vier Prozent dieser Altersgruppe sind kinderlos, obwohl sie Kinder haben möchten.

Bei den 18- bis 34-Jährigen ist die Verteilung umgekehrt. Sie stehen relativ gesehen am Anfang ihres Erwachsenenlebens. 51 % haben noch keine Kinder, möchten aber in Zukunft welche haben, 10 % haben bereits Kinder und wünschen sich mehr, 17 % sind sich noch nicht sicher, ob sie (mehr) Kinder wollen, und 18 % möchten keine Kinder haben (dies entspricht den Daten des BFS). 4 % der jüngsten Altersgruppe haben ihre Familienplanung bereits abgeschlossen. Im nächsten Schritt können wir nun untersuchen, wie viel dieser Kinderlosigkeit auf biologische Unfruchtbarkeit zurückzuführen ist.

Abbildung 9. Ergebnisse der Befragten mit und ohne Kinder und ihr Wunsch, (weitere) Kinder zu bekommen, nach Altersgruppe, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 3'294.

3.1 Erfahrungen mit Unfruchtbarkeit in der Schweizer Bevölkerung

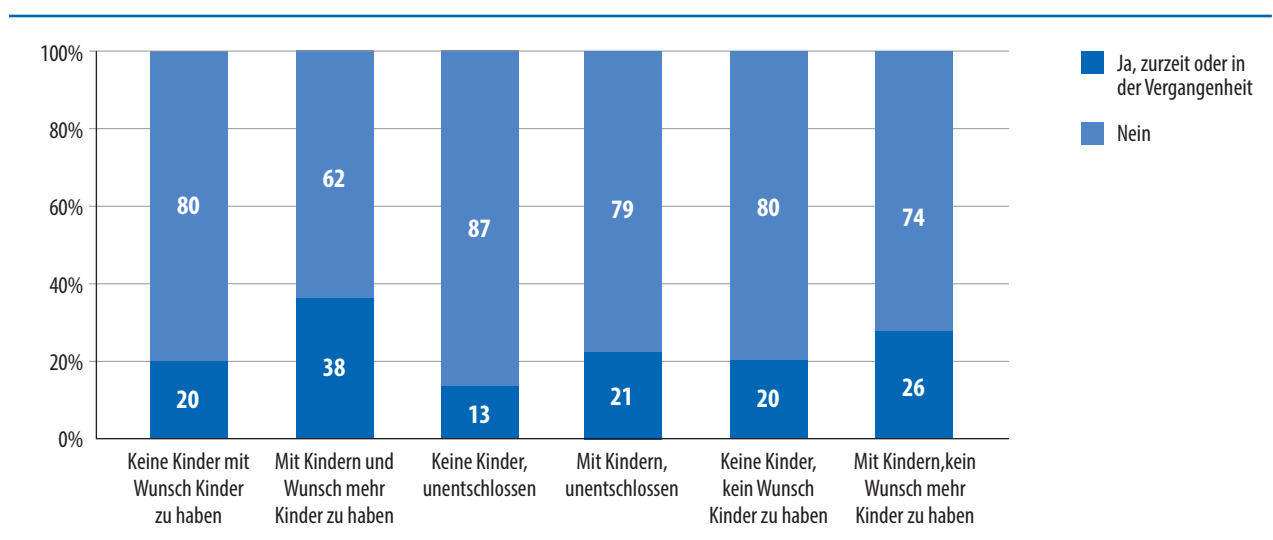
Von den 2'974 Befragten, welche die Frage nach einer Phase regelmässigen, ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehrs ohne Schwangerschaft beantwortet haben (19 % haben die Frage nicht beantwortet), haben 790 Personen (20 %) mit «Ja» geantwortet, entweder für die Vergangenheit (17 %) oder die Gegenwart (3 %). Interessanterweise gaben mehr Frauen als Männer an, davon betroffen zu sein (26 % der Frauen im Vergleich zu 22 % der Männer). Das scheint unter der Annahme, dass ein Paar gemeinsam versucht, ein Kind zu zeugen, statistisch nicht plausibel. Diese Diskrepanz könnte darauf hindeuten, dass die Familienplanung häufig von der Frau übernommen wird (vgl. Duvander *et al.*, 2020 und Stein *et al.*, 2014).

Betrachtet man die Unfruchtbarkeitserfahrungen aller Befragten entsprechend ihren Lebensplänen (siehe **Abbildung 10**), so zeigt sich zunächst, dass auch bei Personen, die überhaupt keine Kinder wollen, eine Phase des regelmässigen, ungeschützten Geschlechtsverkehrs stattfindet. Dies wirft die Frage nach der Verhütung auf. Aus den offenen Kommentaren geht hervor, dass das Risiko einer Schwangerschaft bei Personen, die keine Kinder wollen, manchmal in Kauf genommen wird (z. B. «Glücklicherweise ist noch niemand schwanger geworden») oder dass es andere Gründe für die Nichtverwendung von Verhütungsmitteln gibt, wie z. B. die Menopause oder die Vasektomie des Partners.

Unter den Eltern, die mehr Kinder haben möchten, ist der Anteil derjenigen, die Erfahrung mit Unfruchtbarkeit haben, höher (38 %), und unter den Eltern, die keine weiteren Kinder haben möchten, ist er geringer (26 %). Dies ist zum Teil auf das höhere Alter dieser Personengruppen zurückzuführen. Es zeigt sich aber auch, dass ein Viertel bis ein Drittel aller Befragten eine Phase in ihrem Leben durchmachen, in der sie keine Verhütungsmittel anwenden und trotzdem nicht schwanger werden.

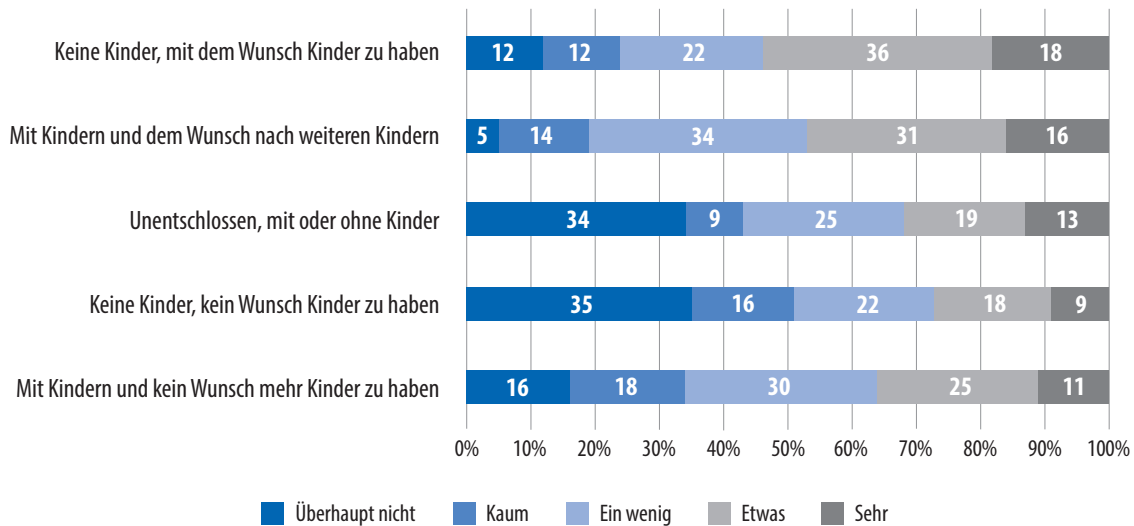
Unter den Befragten, die eine Phase der Unfruchtbarkeit erlebt haben (n=686; siehe **Abbildung 11**), leiden oder litten die kinderlosen Menschen, die Kinder haben woll(t)en (n=107) am meisten (54 % gaben an, dass sie etwas oder sehr stark leiden bzw. gelitten haben), gefolgt von Eltern, die weitere Kinder haben wollten (47 %, 50 von 107). Am wenigsten betroffen waren Personen, die sich bezüglich des Wunsches nach (mehr) Kindern noch nicht entschieden hatten, ob sie Kinder haben wollten oder nicht (43 %, 14 von 32 gaben an, dass sie nicht bzw. kaum oder gar nicht leiden/ gelitten haben) und die kinderlosen Menschen, die keine Kinder haben wollten (51 %, 44 von 86, mit keiner bzw. kaum psychischer Belastung). Dass Menschen, die keine Kinder wollen, unter einer

Abbildung 10. Erfahrung mit biologischer Unfruchtbarkeit gemäss Lebensplan, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle I, n = 2'974.

Abbildung 11. Leiden unter Unfruchtbarkeit, in %

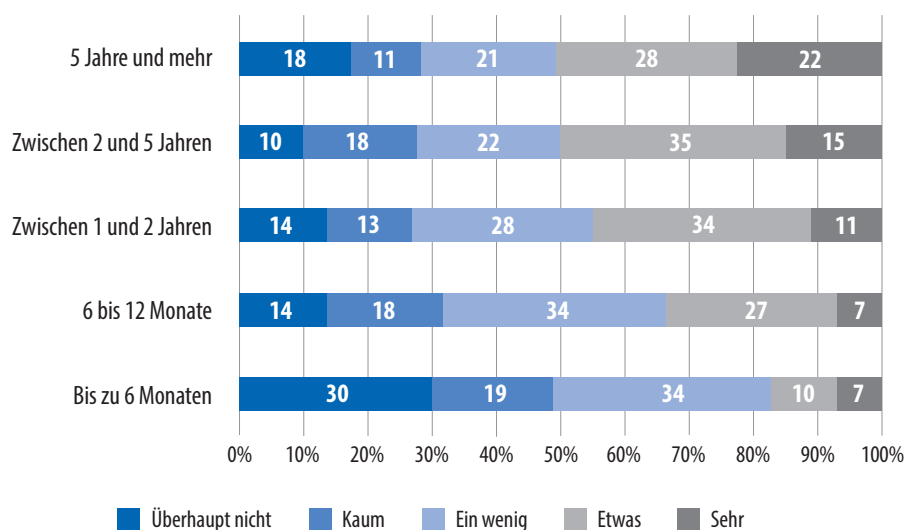


Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 686.

biologischen Unfruchtbarkeit leiden, könnte durch den Kinderwunsch des Partners erklärt werden. Ein weiterer Aspekt ist der Faktor der biografischen Zeit, wie dieser Kommentar zeigt: «Es wurde von uns erwartet und uns aufgedrängt, dass wir Kinder wollen. Wir wissen jetzt, dass wir mit Kindern nicht glücklich geworden wären, da wir nie welche haben wollten.» Bei anderen Befragten haben sich die Lebensumstände geändert, sodass die Erfahrung im Rückblick positiv bewertet wird: «Wir haben uns getrennt und ich bin jetzt froh, dass es nicht geklappt hat, danke Universum!»

Es ist kaum verwunderlich, dass die psychische Belastung mit der Dauer der Phase der Unfruchtbarkeit (d.h. der Zeitspanne, in der trotz regelmässigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt) zunimmt (siehe [Abbildung 12](#)). Nur 17 % der Personen, die bis zu 6 Monate versucht hatten, schwanger zu

Abbildung 12. Psychologische Belastung in Abhängigkeit von der Dauer der Unfruchtbarkeit, in %



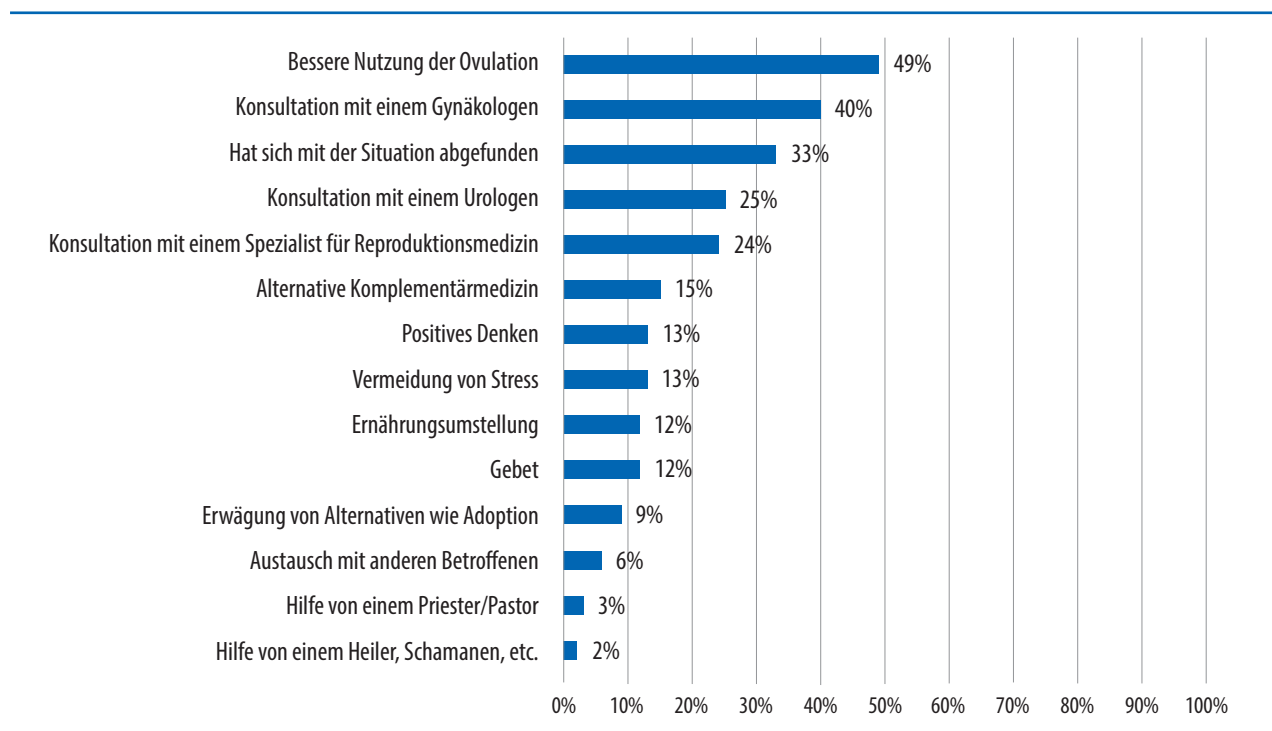
Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 717.

werden, gaben an, dass sie unter einer psychischen Belastung leiden oder gelitten haben (in hohem Masse), aber nach 5 Jahren berichteten 50 % der Betroffenen von einer psychischen Belastung oder davon, dass sie in hohem Masse darunter gelitten haben. Diese Ergebnisse bestätigen die Gültigkeit der WHO-Definition von einem Jahr, da die psychische Belastung mit der Dauer der Unfruchtbarkeit eindeutig zunimmt.

3.2 Umgang mit Unfruchtbarkeit

789 Personen, die Unfruchtbarkeit erlebt haben, beantworteten weitere Fragen zum Thema. Die in **Abbildung 13** dargestellte Liste wurde den Teilnehmenden präsentiert, die gebeten wurden, die Massnahmen, die sie zur Bewältigung ihrer Unfruchtbarkeit ergriffen haben, anzukreuzen. Rund 10 % der Befragten haben nichts angekreuzt, während 30 Personen, also 3 %, 8 oder mehr der 14 Optionen angekreuzt haben. Die meisten Befragten (35 %) haben eine Massnahme ergriffen. Die drittmeist genannte Massnahme war «sich mit der Situation abfinden». Dies bedeutet einerseits, dass die Betroffenen Strategien entwickeln, um auch ohne oder mit weniger Kindern als gewünscht ein gutes Leben zu führen, andererseits aber auch, dass mehr getan werden könnte, um die Unfruchtbarkeit aktiv zu bewältigen. So gaben beispielsweise nur 12 % der Befragten an, ihre Ernährung umgestellt zu haben und nur 24 % hatten sich an Fachleute der Reproduktionsmedizin gewandt. Je stärker die Befragten unter ihrer Unfruchtbarkeit litten, desto mehr Massnahmen haben sie ergriffen, um sie zu bewältigen ($r=0.48, p < 0.001$).

Abbildung 13. Umgang mit Unfruchtbarkeit (mehrere Antworten möglich), in %

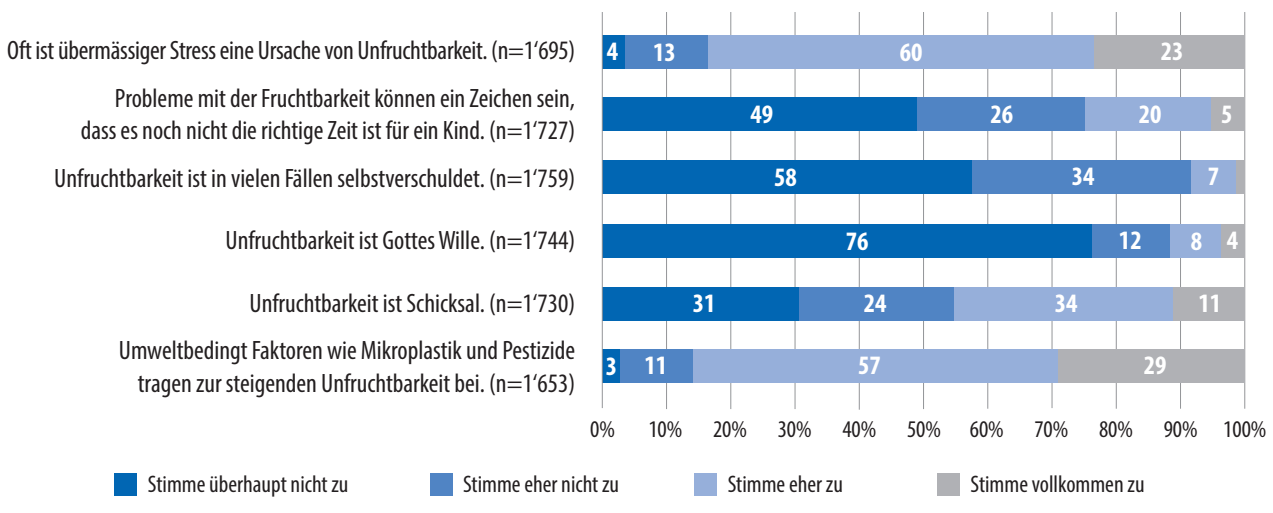


Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 789.

3.3 Gründe für Unfruchtbarkeit

Die CHARLS-Daten untersuchen verschiedene Aspekte der Gründe für Unfruchtbarkeit. Einerseits wollten wir wissen, welche Bedeutung die Befragten der Unfruchtbarkeit zuschreiben, andererseits wurden mögliche persönliche gesundheitliche Ursachen für Unfruchtbarkeit abgefragt. Auf die Frage, ob Unfruchtbarkeit eine Krankheit sei, antworteten nur 23 % der 1'265 Befragten mit vollständiger oder

Abbildung 14. Einstellungen zu und Wahrnehmungen von Unfruchtbarkeit, in %



Quelle: CHARLS 2025, Welle 2.

teilweiser Zustimmung. 15 % stimmten der Aussage weder zu noch widersprachen sie ihr, während 62 % der Aussage widersprachen (vollständig). Dies könnte bedeuten, dass die Befragten soziale Gründe für Unfruchtbarkeit sehen, aber auch, dass sie Unfruchtbarkeit eher als Schicksal, denn als heilbare Krankheit betrachten. In **Abbildung 14** ist zu sehen, dass 45 % der Befragten der Meinung sind, dass Unfruchtbarkeit Schicksal ist und 12 % sie als Gottes Wille betrachten. Fast alle Befragten lehnen (tendenziell) die Vorstellung ab, dass Unfruchtbarkeit die eigene Schuld sei (92 %) oder ein Zeichen dafür, dass es nicht der richtige Zeitpunkt für ein Kind ist (75 %). Weitaus häufiger wird Unfruchtbarkeit auf äussere Einflüsse wie Umweltverschmutzung (86 % stimmen (vollkommen) zu) oder Stress (83 % stimmen zu) zurückgeführt.

In der zweiten Erhebungswelle von CHARLS konnten die Teilnehmenden angeben, ob sie an einer fruchtbarkeitsmindernden Erkrankung⁴ leiden oder gelitten haben. (siehe **Tabelle 4**). 15 % der Befragten

Tabelle 4. Krankheiten, welche die Fruchtbarkeit beeinflussen können

Diagnose	%	Anzahl	Total
Keine Diagnose	85	1'639	1'936
Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS)	5	55	1'168
Endometriumpolypen	2	20	1'168
Endometriose	7	76	1'168
Uterusmyome	3	33	1'168
prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI)	0.2	2	1'168
Hodeninsuffizienz/Hodenhypofunktion	1	10	773
Testosteronmangel	0.5	4	773
Posttestikuläre Funktionsstörung	0	0	773
Zystische Fibrose	0.2	3	1'936
Hyperprolaktinämie (erhöhte Prolaktinwerte im Blut)	0.3	6	1'936
Primäre Ziliendyskinesie (Störung der Zilienzellen)	0	0	1'936
Andere ernste systemische Erkrankungen (z. B. schwere Nierenerkrankung, Krebs)	2	41	1'936

Quelle: CHARLS 2025, ondata 2.

⁴ Dazu gehören: Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS), Hodeninsuffizienz/Hodenunterfunktion, hypogonadotropes Hypogonadismus, Endometriumpolypen, Testosteronmangel, Mukoviszidose, Endometriose, posttestikuläre Störung, Hyperprolaktinämie (erhöhte Prolaktinspiegel im Blut), Uterusmyome, primäre Ziliendyskinesie (Störung der Zilienzellen), vorzeitige Ovarialinsuffizienz (POI), andere schwere Systemerkrankungen (z. B. schwere Nierenerkrankung, Krebs).

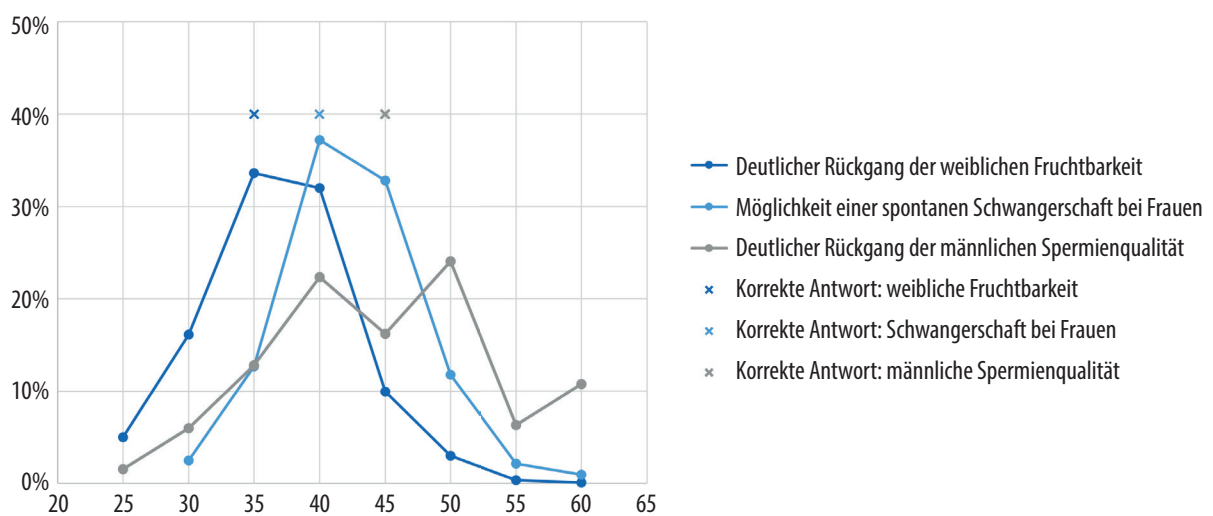
antworteten mit «Ja». Die häufigsten Erkrankungen, die den weiblichen Körper betreffen, sind Endometriose, polyzystisches Ovarialsyndrom und Gebärmuttermyome.

3.4 Wissen und Wahrnehmung

Da die Fruchtbarkeit stark mit dem biologischen Alter zusammenhängt, haben wir die Kenntnisse und Vorstellungen der Befragten in diesem Bereich analysiert. Die Fruchtbarkeit von Frauen sinkt ab dem 35. Lebensjahr deutlich (Utting & Bewley 2011). Ein Drittel der Befragten hat diese Frage richtig beantwortet, während fast ein weiteres Drittel 40 Jahre angegeben hat, was darauf hindeutet, dass die Fruchtbarkeit von Frauen in ihren Dreissigern tendenziell überschätzt wird (siehe **Abbildung 15**). 16 % gehen fälschlicherweise davon aus, dass die Fruchtbarkeit junger Frauen ab 30 Jahren stark abnimmt, während 13 % diese Abnahme fälschlicherweise erst viel später im Leben, bei Frauen zwischen 45 und 60 Jahren, erwarten. Das Alter, in dem Frauen im Allgemeinen ohne medizinische Hilfe schwanger werden können, liegt im Durchschnitt bei etwas über 40 Jahren (Eijkemans *et al.*, 2014). Die meisten der Befragten (37 %) haben diese Frage richtig beantwortet. 33 % schätzen das maximale natürliche gebärfähige Alter mit 45 Jahren etwas höher ein. 12% schätzen es auf 50 Jahre, was in etwa dem Einsetzen der Menopause entspricht. 15 % gehen davon aus, dass jüngere Frauen davon betroffen sind, während 3 % die Altersspanne ab 55 oder 60 Jahren angeben. Insgesamt haben die Befragten eine zu optimistische Sicht auf den altersbedingten Rückgang der Fruchtbarkeit.

Die «biologische Uhr» tickt auch bei Männern. Studien, die den Zeitraum bis zur Empfängnis mit dem Alter der werdenden Väter verglichen, zeigten, dass die «Versuchsphase» bei Männern über 45 länger dauert (Hassan & Killick, 2003). Dieses Alter wurde von 16 % der Befragten als Zeitpunkt angegeben, an dem ihrer Meinung nach die Spermienqualität bei Männern signifikant abnimmt. 43 % der Befragten gingen davon aus, dass dies bereits früher der Fall ist, während 41 % die Spermienqualität von Männern über 50 Jahren überschätzten. Diese deutlichen Unterschiede deuten darauf hin, dass das Wissen über die Beziehung zwischen Fruchtbarkeit und Alter bei Männern in der allgemeinen Bevölkerung eher gering ist. Dennoch schätzten 63 % der Befragten das kritische Alter zwischen 40 und 50 Jahren korrekt ein (siehe **Abbildung 15**).

Abbildung 15. Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeit und Alter, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 1'173–1'257 (je nach Frage).

3.5 Fruchtbarkeitsbehandlungen für Männer

Historisch gesehen hat sich die medizinische Forschung stark auf den männlichen Körper konzentriert – sowohl in der Grundlagenforschung als auch in klinischen Studien (Merone *et al.*, 2022; Pape *et al.*, 2024). Die Reproduktionsmedizin ist in gewisser Weise eine Ausnahme: Fragen der Fruchtbarkeit und medizinische Unterstützung bei Unfruchtbarkeit werden immer noch oft in erster Linie mit dem weiblichen Körper und der weiblichen Fortpflanzungsfähigkeit in Verbindung gebracht, obwohl in einem erheblichen Anteil der Fälle auch männliche Faktoren eine Rolle spielen (Yovich & Keane, 2017).

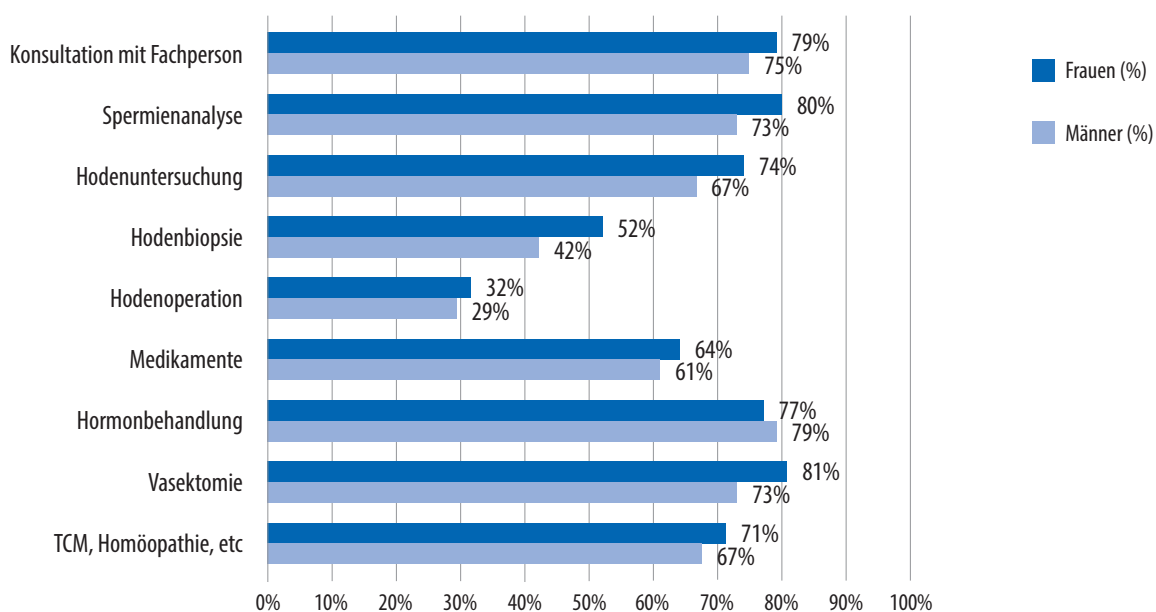
Vor diesem Hintergrund bietet insbesondere die CHARLS-Studie einen Mehrwert. Die Studie befragt Frauen und Männer gleichermaßen und ermöglicht in der zweiten Datenerhebungswelle eine systematische Untersuchung der männlichen Fertilitätsbehandlungen aus zwei Perspektiven: Männer berichten über ihre eigenen Erfahrungen, während Frauen mit männlichen Partnern Informationen über die Behandlung ihrer Partner liefern. Dies gibt nicht nur Aufschluss über die Verbreitung der Anwendung von MAR-Verfahren, sondern auch über das Bewusstsein und das Wissen der Bevölkerung über diese Verfahren bei Frauen und Männern – und über mögliche Unterschiede in der Wahrnehmung und dem Wissen innerhalb von Paarbeziehungen.

Die Befragten wurden zu einer Reihe von medizinischen und komplementärmedizinischen Verfahren befragt, darunter Facharztkonsultationen, Spermienanalysen, Untersuchungen und chirurgische Eingriffe an den Hoden, medikamentöse und hormonelle Behandlungen, Vasektomien sowie komplementärmedizinische Ansätze. Für jedes Verfahren konnten drei Antwortkategorien ausgewählt werden: «nicht bekannt», «bereits gehört» und «Behandlung erhalten». Die folgenden Auswertungen beziehen sich zunächst auf die Kategorie «bereits gehört» und damit auf die allgemeine Bekanntheit der einzelnen Massnahmen.

Ergebnisse zum Bekanntheitsgrad

Die Ergebnisse (siehe **Abbildung 16**) zeigen, dass die Kenntnisse über die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Verfahren der männlichen Reproduktionsmedizin insgesamt sehr gut sind. Mehr

Abbildung 16. Bekanntheit von Fruchtbarkeitsbehandlungen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht der Befragten, in %



Quelle: CHARLS 2025, Welle 2, n = 692-708 (abhängig vom Verfahren).

als drei Viertel der Befragten – sowohl Männer als auch Frauen mit männlichen Partnern – kennen die Möglichkeiten der ärztlichen Beratung, der Spermienanalyse und der Hormontherapie. Auch die Möglichkeit einer Vasektomie ist den Menschen weitgehend bekannt: 73 % der Männer und 81 % der Frauen haben schon einmal davon gehört.

Ergebnisse bezüglich der Nutzung

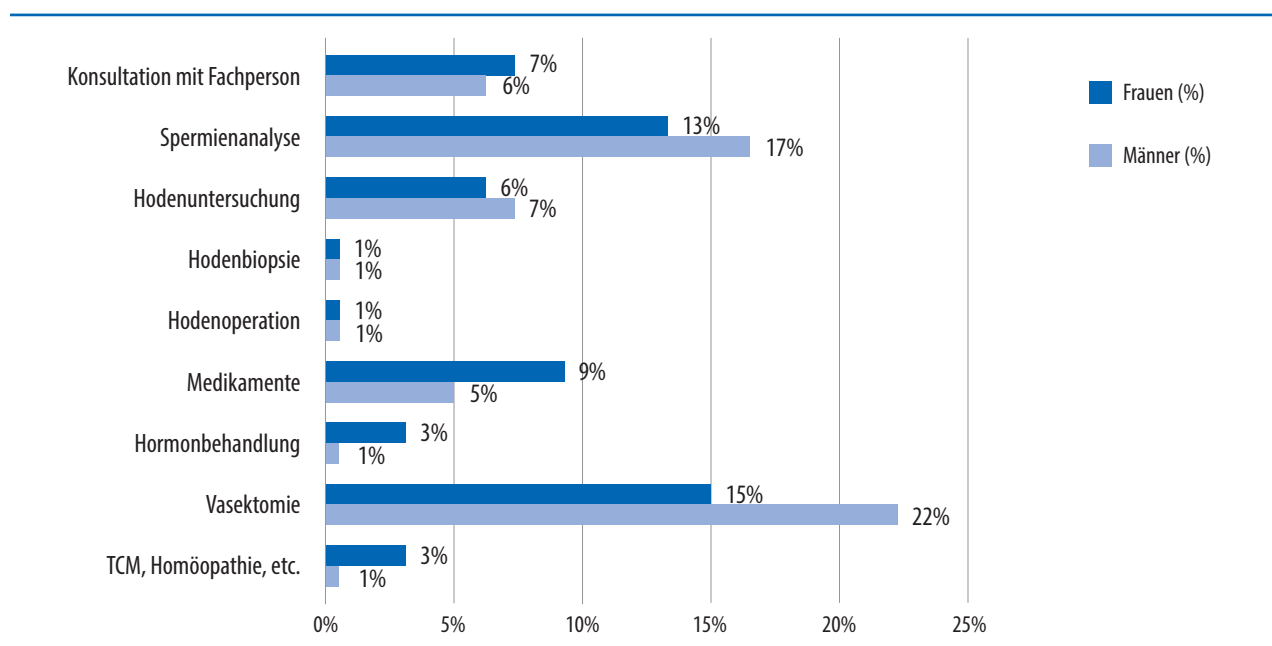
Die Angaben von Männern sowie Frauen mit männlichen Partnern über die Inanspruchnahme von Behandlungen zur Steigerung der Fruchtbarkeit zeigen ein differenziertes Bild der tatsächlichen Nutzung. Insgesamt scheint es so, dass nur eine begrenzte Anzahl der bekannten Verfahren tatsächlich angewendet wird, was darauf zurückzuführen ist, dass nur ein Teil der Befragten unfruchtbar ist und dass medizinische Eingriffe im Bereich der männlichen Fruchtbarkeit selektiv sind.

Am häufigsten werden diagnostische und präventive Massnahmen genannt. Rund 17 % der Männer geben an, sich bereits einer Spermienanalyse unterzogen zu haben (siehe [Abbildung 17](#)). Auch die Vasektomie ist relativ weit verbreitet: 22 % der männlichen Befragten gaben an, sich dieser Operation unterzogen zu haben. Diese beiden Eingriffe sind daher für die Erfahrungen von Männern mit der Reproduktionsmedizin von besonderer Bedeutung.

Im Gegensatz dazu ist der Einsatz therapeutischer oder invasiverer Massnahmen deutlich geringer. Nur 6 % der Männer geben an, eine fachärztliche Beratung zur Fruchtbarkeit in Anspruch genommen zu haben, und nur 5 % berichten von einer medikamentösen Behandlung. Hormontherapien, operative Eingriffe an den Hoden und Hodenbiopsien werden nur von sehr kleinen Minderheiten erwähnt, mit Anteilen von jeweils rund 1 %. Auch komplementärmedizinische Ansätze wie TCM oder Homöopathie spielen bei der tatsächlichen Nutzung kaum eine Rolle.

Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die behandlungsbezogenen Kontakte von Männern im Bereich der Fertilität vor allem über wenige klar definierte Anlaufstellen erfolgen – insbesondere bei der Diagnostik und bei der Entscheidung über Verhütungsmethoden –, während umfassendere therapeutische Interventionen nur für eine kleine Gruppe relevant sind.

Abbildung 17. Anwendung von Fruchtbarkeitsbehandlungen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht der Befragten (eigene Anwendung oder Anwendung durch den männlichen Partner), in %



Quelle: CHARLS 2025, Welle 2, n = 839-866 (je nach Verfahren). Die Frauen beantworteten die Fragen für ihre männlichen Partner.

4. MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE FORTPFLANZUNG (MAR)

Unter dem Begriff «Medizinisch unterstützte Fortpflanzung» (medically assisted reproduction, MAR) werden verschiedene Verfahren und Behandlungen zusammengefasst, die Paaren oder Einzelpersonen mit Fruchtbarkeitsproblemen und/oder unerfülltem Kinderwunsch dabei helfen, eine Schwangerschaft zu erreichen. In der Umfrage wurden neun verschiedene Verfahren berücksichtigt. Um Klarheit zu schaffen, wurden den Befragten in jedem Fall Erläuterungen zur Verfügung gestellt:

- ▶ Insemination (Samenübertragung; instrumentelle Samenübertragung*)
- ▶ Künstliche Befruchtung ausserhalb des Körpers (z. B. In-vitro-Fertilisation der Eizelle im Labor)
- ▶ Samenspende (Mann spendet Spermien an Dritte)
- ▶ Eizellspende (Frau spendet Eizellen an Dritte)
- ▶ Embryonenspende** (Zwei Personen spenden Embryonen an Dritte)
- ▶ Leihmutterschaft (Frau trägt ein Kind für eine andere Person/andere Personen aus)
- ▶ Einfrieren von Eizellen (um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, zu einem späteren Zeitpunkt Kinder bekommen zu können)
- ▶ Einfrieren von Embryos (um die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft zu einem späteren Zeitpunkt zu erhöhen)
- ▶ Präimplantationsdiagnostik (PID = Auswahl von Embryonen nach Untersuchung ihres Erbguts)

* Je nach Variante wird das Spermia in den Gebärmutterhals oder direkt in die Gebärmutter injiziert.

** Ein befruchtetes Ei, das sich bereits zu entwickeln begonnen hat, wird als Embryo bezeichnet. Bei der Embryonenspende wird der gespendete Embryo in die Gebärmutter der zukünftigen Mutter eingesetzt. Nach der 10. Schwangerschaftswoche wird das ungeborene Kind nicht mehr als Embryo, sondern als Fötus bezeichnet. Ab diesem Zeitpunkt sind alle inneren Organe vollständig entwickelt.

4.1 Kenntnisse über medizinisch unterstützte Fortpflanzungsmethoden

Basierend auf den Informationen der Umfrage ist das Wissen über MAR-Methoden in der Schweiz weit verbreitet (siehe [Tabelle 5](#)). Nur ein sehr geringer Prozentsatz der Befragten (<1,5 %) gibt an, noch nie von einer dieser Methoden gehört zu haben. Die Nichtbeantwortung der relevanten Fragen liegt bei rund 6 %. Die Befragten sind in Bezug auf die meisten Verfahren gut informiert. Auf einer Skala von 1 («nie davon gehört») bis 5 («sehr gut bekannt») bewerten 45 % der Befragten die Samenspende mit der

Tabelle 5. Kenntnisse über Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung, in %

	Nie davon gehört	Schon davon gehört	Öfter davon gehört	Etwas bekannt	Sehr gut bekannt	Total	N
Insemination	9	7	20	28	36	100	3'767
IVF	5	8	22	29	35	100	3'748
Samenspende	2	3	18	32	45	100	3'745
Eizellspende	3	7	23	31	37	100	3'739
Embryonenspende	22	18	26	17	18	100	3'731
Leihmutterschaft	2	5	21	31	40	100	3'730
Einfrieren von Eizellen	3	6	19	30	42	100	3'734
Einfrieren von Embryonen	20	14	23	19	24	100	3'721
PID	23	14	22	20	21	100	3'728

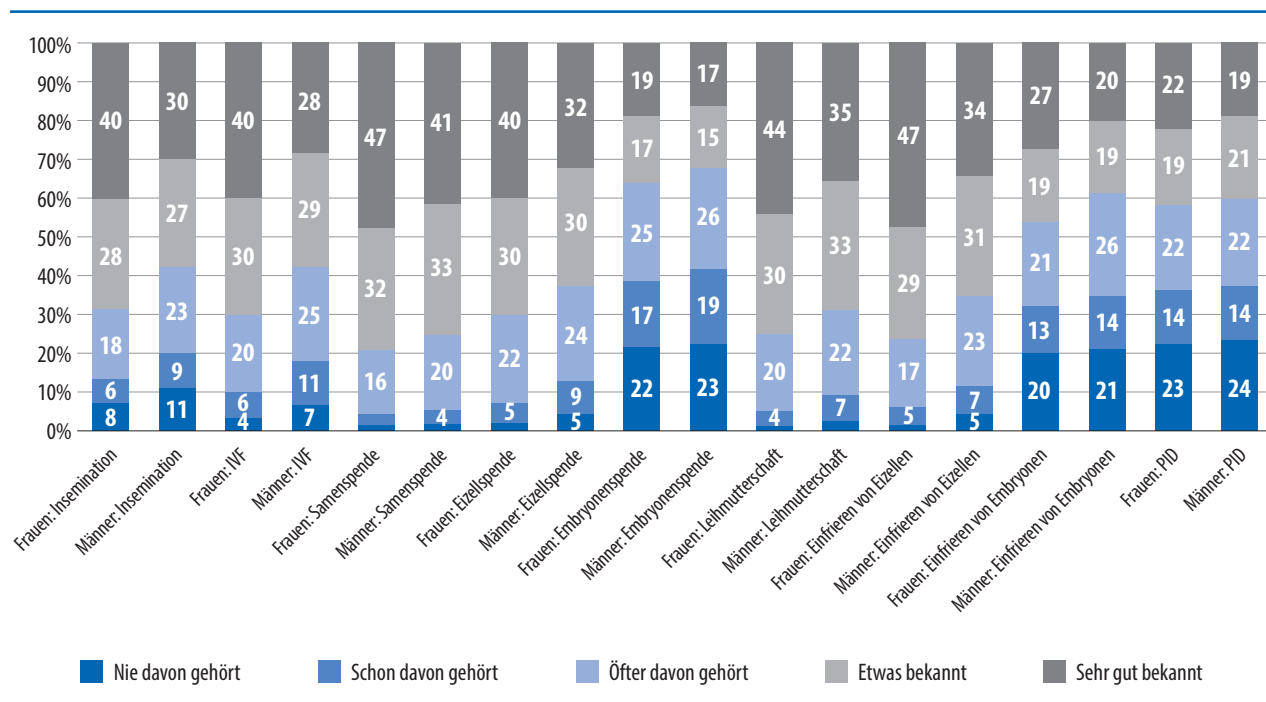
Quelle: CHARLS 2023, Welle 1.

höchsten Note («sehr gut bekannt»). An zweiter Stelle folgt das Einfrieren von Eizellen (42 %), gefolgt von Leihmutterschaft (40 %), Eizellspende (37 %), Insemination und In-vitro-Fertilisation (je 36 %). Weniger bekannt sind das Einfrieren und die Spende von Embryonen sowie die Präimplantationsdiagnostik (PID). Rund ein Fünftel der Befragten gab jedoch an, auch mit diesen Methoden vertraut zu sein: 24 % mit der Kryokonservierung von Embryonen, 21 % mit der PID und 18 % mit der Spende von Embryonen. Gleichzeitig gibt es einen nicht unerheblichen Anteil an Personen, die noch nie von diesen Verfahren gehört haben: 23 % bei der PID, 22 % bei der Embryonenspende und 20 % beim Einfrieren von Embryonen. Insgesamt lässt sich sagen, dass die überwiegende Mehrheit der Schweizer Bevölkerung zumindest von einigen MAR-Methoden gehört hat.

Allerdings bestehen je nach Geschlecht und Alter der Befragten erhebliche Unterschiede in der Kenntnis der Verfahren. Im Durchschnitt sind Frauen mit den MAR-Methoden besser vertraut als Männer (siehe **Abbildung 18**), was möglicherweise ein weiterer Hinweis darauf ist, dass Frauen häufig die Verantwortung für die Familienplanung übernehmen. Bei Insemination, IVF und Eizellspende beträgt der Unterschied in der Vertrautheit mit den jeweiligen Methoden zwischen den Geschlechtern 10 % bis 12 %. Bei der Eizellkonservierung ist der Unterschied noch deutlicher: 47 % der Frauen geben an, mit dem Verfahren sehr vertraut zu sein, bei den Männern sind es nur 34 %, was einen Geschlechterunterschied von 13 % bedeutet. Bei der Kenntnis der Präimplantationsdiagnostik hingegen bestehen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

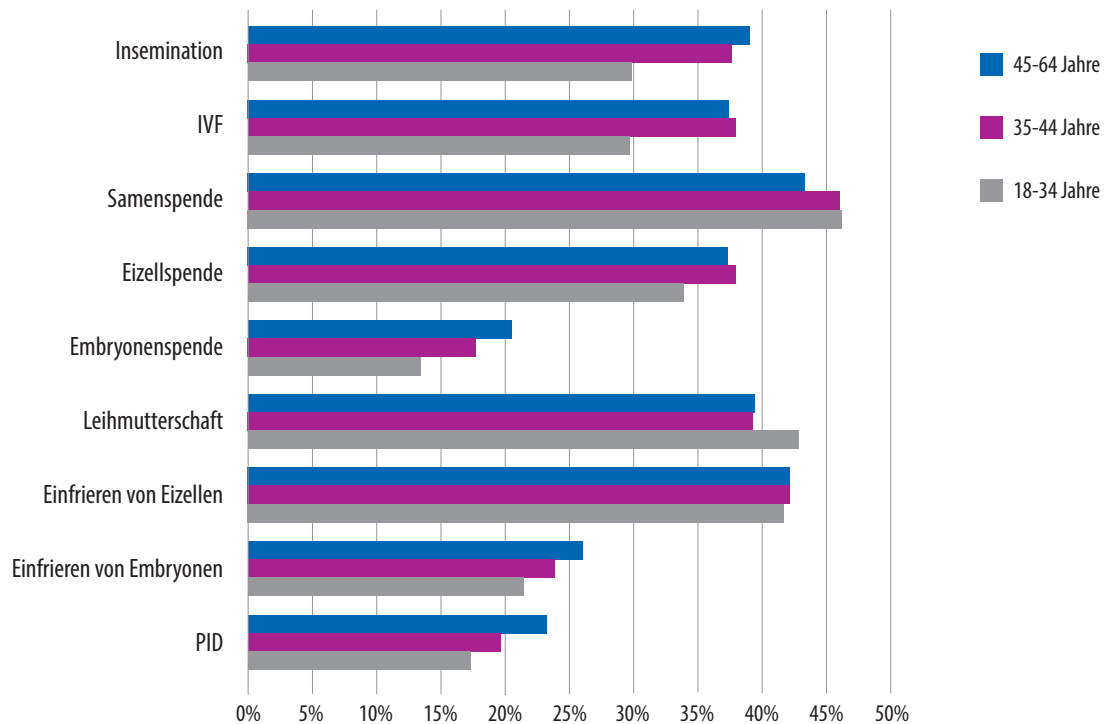
Auffällig sind auch Unterschiede in Bezug auf das Alter: Ältere (45-64 Jahre) sind oft am besten über MAR-Methoden informiert (siehe **Abbildung 19**; hier werden nur Antworten mit «sehr gut bekannt» berücksichtigt). Bei der jüngsten Altersgruppe sind Insemination, IVF, Eizell- und Embryonenspende sowie PID deutlich weniger bekannt. Beim Einfrieren von Eizellen gibt es kaum Unterschiede. Hier geben rund 42 % aller Altersgruppen an, dass sie mit der Methode sehr gut vertraut sind. Allerdings sind die Befragten der jüngsten Altersgruppe etwas besser über Leihmutterschaft und Samenspende informiert als die Befragten über 35 Jahre.

Abbildung 18. Kenntnisse über MAR-Methoden nach Geschlecht, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n=3'697-3'743 (abhängig vom Verfahren).

Abbildung 19. Gute Kenntnisse der MAR-Methoden nach Altersgruppe, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n=3,721-3,767 (abhängig vom Verfahren).

4.2 Einstellungen zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung

Die moralischen Einstellungen gegenüber den verschiedenen MAR-Technologien sind sehr unterschiedlich (siehe **Tabelle 6**). Während die meisten Befragten künstliche Befruchtung, IVF, das Einfrieren von Eizellen und Spermien sowie Eizell- und Samenspende als moralisch akzeptabel beurteilen, werden PID und Leihmutterchaft deutlich kritischer gesehen. Die höchsten Zustimmungsraten gibt es für die Insemination (53 %), gefolgt von der IVF (41 %) und dem Einfrieren von Eizellen (40 %). Nur wenige Befragte lehnen diese Verfahren komplett ab (Insemination: 4 %, IVF: 9 %, Einfrieren von Eizellen: 9 %). Am stärksten abgelehnt wird die PID: Nur 12 % finden sie moralisch akzeptabel, 32 % halten diese Methode für völlig inakzeptabel.

Tabelle 6. Moralische Einstellungen gegenüber verschiedenen MAR-Methoden, in %

	Moralisch nicht vertretbar	Moralisch eher nicht vertretbar	Neutral	Moralisch eher vertretbar	Moralisch sehr vertretbar	Total	N
Insemination	4	5	17	21	53	100	3'672
IVF	9	9	19	22	41	100	3'706
Samenspende	9	10	22	24	35	100	3'735
Eizellspende	10	11	24	23	31	100	3'715
Embryonenspende	23	20	27	14	17	100	3'637
Leihmutterchaft	21	22	25	17	15	100	3'709
Einfrieren von Eizellen	9	10	18	22	40	100	3'717
Einfrieren von Embryonen	26	17	22	14	21	100	3'677
PID	32	21	24	11	12	100	3'606

Quelle: CHARLS 2023, Welle 1.

Die Beurteilung der Verfahren wird stark durch das Geschlecht, das Alter und den Wissensstand der Befragten beeinflusst (nicht dargestellt). Frauen beurteilen viele Verfahren positiver als Männer. Was das Alter betrifft, so zeigt sich, dass – mit Ausnahme der künstlichen Befruchtung und IVF – die jüngste Altersgruppe bis 34 Jahre deutlich offener für MAR-Verfahren ist als die mittlere Altersgruppe (35-44 Jahre) und insbesondere die älteste Altersgruppe (45-64 Jahre). Darüber hinaus hat der Wissensstand der Befragten über Methoden der assistierten Reproduktion einen signifikanten Einfluss auf die moralische Beurteilung: Je besser die Befragten mit einem Verfahren vertraut sind, desto positiver beurteilen sie es.

4.3 Bewertung der rechtlichen Regelung medizinisch unterstützter Fortpflanzungsverfahren

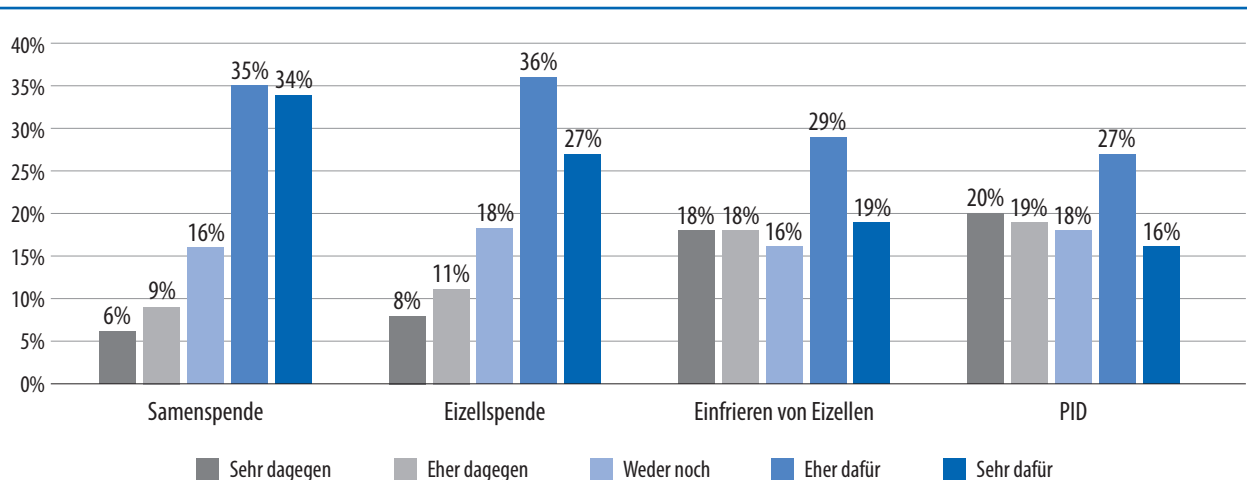
Die Befragten sollten beurteilen, welche Techniken der assistierten Reproduktion in der Schweiz rechtlich zulässig sein sollten. Die Umfrage bezog sich sowohl auf bereits legale Techniken wie Samenspende, Einfrieren von Eizellen und Präimplantationsdiagnostik (PID) als auch auf derzeit verbotene Techniken wie Eizellspende. Ziel war es, Einblicke in die öffentliche Meinung zum rechtlichen Zugang zu diesen Techniken zu gewinnen.

Insgesamt ist die öffentliche Meinung gemischt (siehe **Abbildung 20**). Die Befragten befürworten die Legalisierung der Samenspende am deutlichsten: Rund 69 % der Befragten stimmen (eher oder voll und ganz) zu, dass die Samenspende gesetzlich erlaubt sein sollte. Nur rund 15 % sind dagegen. Die öffentliche Meinung entspricht also weitgehend dem Status quo, da die Samenspende in der Schweiz bereits gesetzlich erlaubt ist.

Die Unterstützung für die Eizellspende ist etwas geringer, aber insgesamt immer noch positiv: Rund 63 % der Befragten befürworten die Legalisierung, während 19 % dagegen sind. In der Schweiz ist diese Methode zurzeit verboten, was bedeutet, dass die Akzeptanz der Bevölkerung von der derzeitigen rechtlichen Lage abweicht. Die laufenden Bemühungen zur Legalisierung der Eizellspende werden daher von der Bevölkerung unterstützt.

Die Reaktionen auf das Einfrieren von Eizellen, das in der Schweiz legal ist, sind überraschend gemischt: 48 % der Befragten sind dafür, dass die Methode legal ist, 36 % sind eher oder stark dagegen. Dies

Abbildung 20. Zustimmung, dass das Verfahren in der Schweiz gesetzlich erlaubt sein sollte, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 1'113 (Samenspende), n = 1'061 (Eizellspende), n = 3'196 (Einfrieren von Eizellen), n = 1'083 (PID).

deutet darauf hin, dass die Legalisierung nicht automatisch mit einer breiten Zustimmung einhergeht und dass die Methode, obwohl sie gesetzlich erlaubt ist, in der Bevölkerung nach wie vor umstritten ist.

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim Einfrieren von Eizellen: 43 % der Befragten sind dafür, dass die Methode legal ist, 39 % dagegen. Auch hier ist die öffentliche Meinung gespalten, was möglicherweise auf ethische Bedenken oder Unsicherheiten darüber zurückzuführen ist, wofür die Methode eingesetzt werden kann bzw. wird. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die gesellschaftliche Akzeptanz assistierter Reproduktionstechniken nicht allein von ihrem rechtlichen Status abhängt.

4.4 Einstellungen zum Zugang und zur Finanzierung von medizinisch unterstützten Fortpflanzungsverfahren für unterschiedliche partnerschaftliche Konstellationen

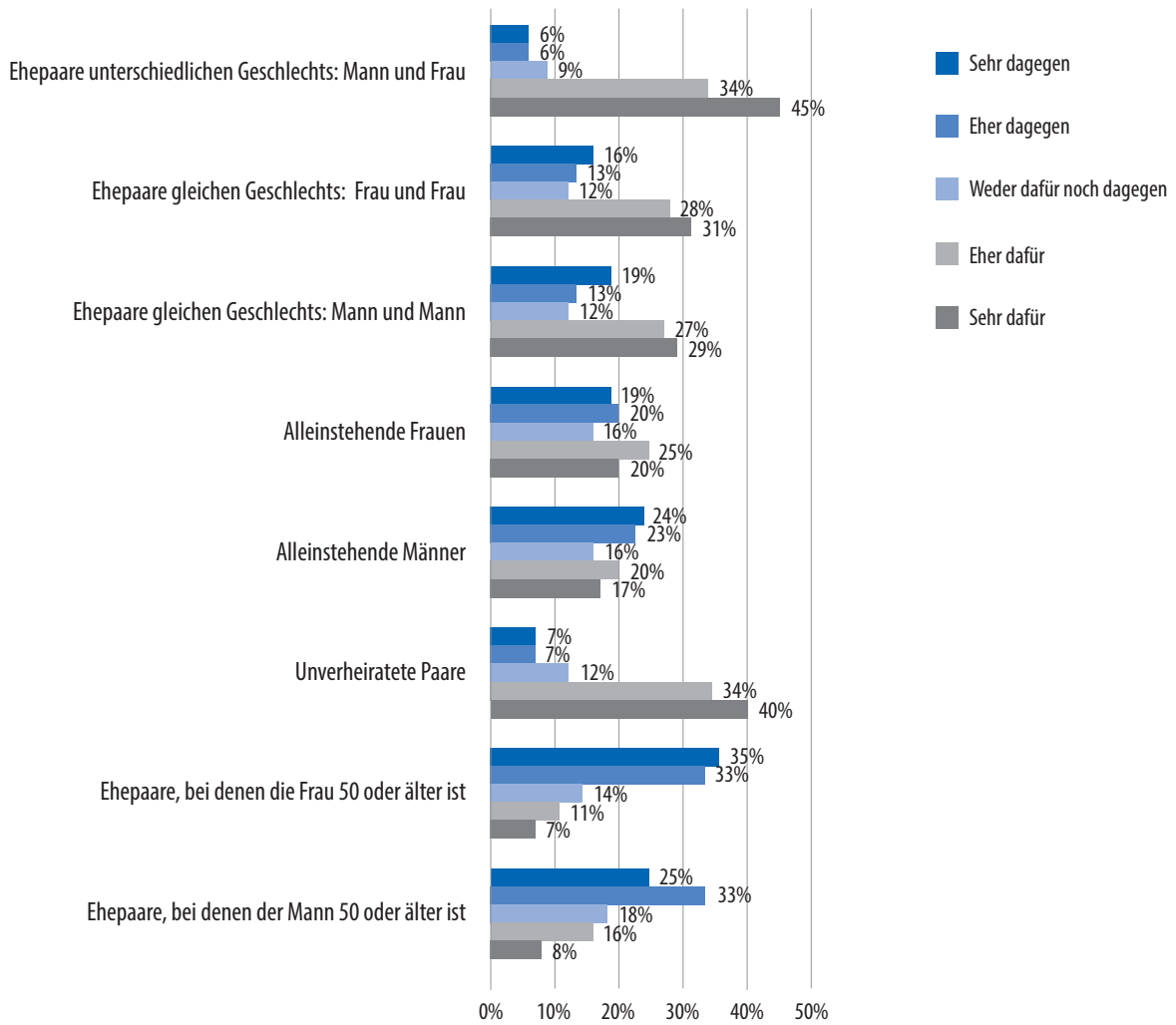
Die Befragten wurden auch gebeten anzugeben, für welche Bevölkerungsgruppen sie die legale Nutzung von medizinisch unterstützten Fortpflanzungsverfahren unterstützen würden (siehe **Abbildung 21**). Die Unterstützung für verheiratete Paare unterschiedlichen Geschlechts ist eindeutig: 79 % der Befragten befürworten den Zugang zu einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung für diese Paare (45 % davon sogar vorbehaltlos), während nur 12 % dagegen sind. Auch unverheiratete Paare unterschiedlichen Geschlechts erhalten eine hohe Unterstützung: 74 % der Befragten sind generell für den Zugang zu medizinisch unterstützten Fortpflanzungsverfahren für diese Gruppe. Eine Mehrheit der Befragten befürwortet ebenfalls den Zugang für verheiratete gleichgeschlechtliche Paare. Die Akzeptanz ist bei gleichgeschlechtlichen Paaren von Frauen etwas höher (59 %) als bei gleichgeschlechtlichen Paaren von Männern (56 %). Die Ablehnung liegt bei 29 % (weibliche Paare) und 32 % (männliche Paare). Die Befragten sind viel kritischer, wenn es um die Nutzung der MAR durch Alleinstehende geht: Bei alleinstehenden Frauen befürworten 45 % die Nutzung der MAR, bei alleinstehenden Männern ist die Zustimmung mit 37 % deutlich geringer. Gleichzeitig gibt es auch deutliche Gegenstimmen: 39 % lehnen den Zugang für Frauen, die allein leben, ab, bei Männern, die allein leben, sind es 47 %. Bei beiden Bevölkerungsgruppen ist der Anteil der neutralen Antworten hoch – je 16 % bei alleinstehenden Frauen und Männern.

Die grössten Vorbehalte bestehen jedoch gegenüber dem Zugang für ältere Menschen. Nur 17 % befürworten die Verwendung der MAR bei verheirateten Frauen ab 50 Jahren, während 68 % dies ablehnen. Bei verheirateten Männern in der gleichen Altersgruppe ist die Situation ähnlich: 58 % der Befragten sind gegen den Zugang zur MAR, 24 % befürworten ihn.

Bei der Frage nach der Finanzierung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung ist die Mehrheit der Befragten der Meinung, dass die Betroffenen die Kosten selbst tragen sollten (siehe **Abbildung 22**). Auf die Frage, ob künstliche Befruchtung (z. B. IVF) in verschiedenen Situationen von der Krankenversicherung übernommen werden sollte, antworteten 29 % der Befragten, dass die Kosten bei eingeschränkter Fruchtbarkeit beim ersten Kind vollständig von der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) übernommen werden sollten. 22 % waren der Meinung, dass die OKP zumindest einen Teil der Kosten übernehmen sollte, während 25 % der Meinung waren, dass eine Zusatzversicherung die Kosten übernehmen sollte. Etwa ein Viertel der Befragten lehnte jegliche Beteiligung der Krankenkassen ab.

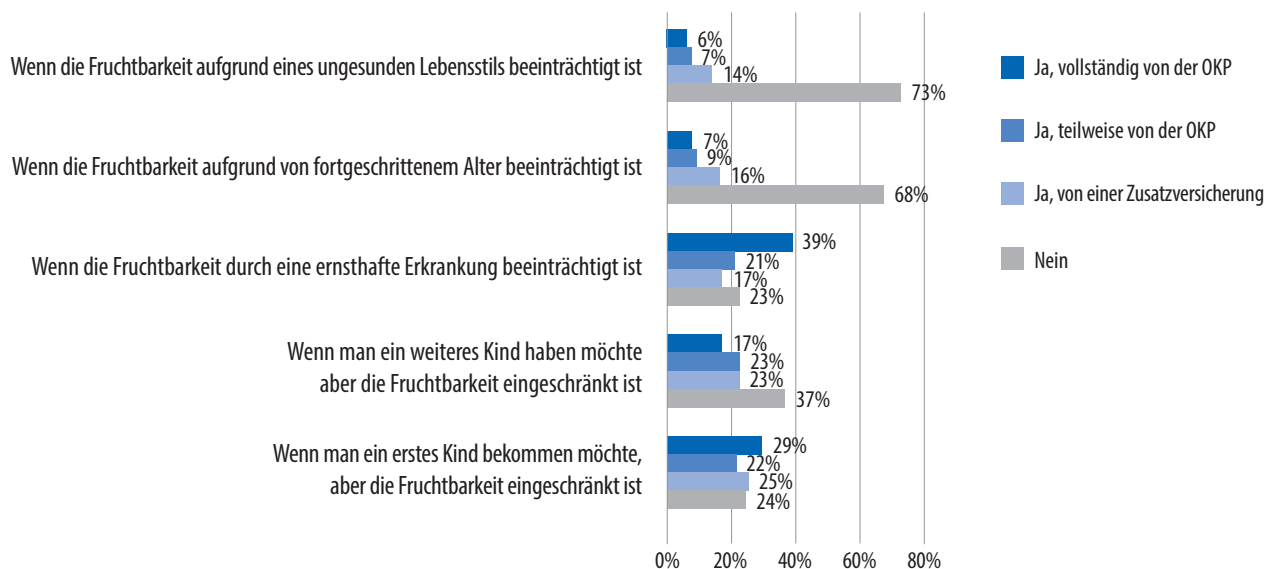
Bei denjenigen, die bereits mindestens ein Kind haben und sich mit Unfruchtbarkeitsproblemen konfrontiert sehen, ist die Ablehnung einer (teilweisen) Kostenübernahme durch die Krankenkassen mit 37 % deutlich höher. Nur 17 % der Befragten befürworten in diesen Fällen noch eine vollständige Kostenübernahme durch die OKP. Die Kostenübernahme wird jedoch am stärksten bei Personen

Abbildung 21. Einstellungen zur Verwendung assistierter Reproduktionstechniken durch verschiedene Bevölkerungsgruppen, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, Teilstichprobe, n=1'553-1'610 (je nach Konstellation).

Abbildung 22. Einstellungen zur Deckung der Kosten der künstlichen Befruchtung durch die Krankenversicherung, nach Lebensumständen, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, Teilstichprobe, n=1'539-1'594 (je nach Aussage).

befürwortet, deren Fruchtbarkeit durch eine schwere Krankheit beeinträchtigt wurde: 39 % befürworten eine vollständige Kostenübernahme und 21 % eine teilweise Kostenübernahme durch die OKP.

Szenarien, in denen die Fruchtbarkeit «aus eigener Schuld» eingeschränkt wird, stossen auf eine starke Ablehnung der Kostenteilung zwischen Betroffenen und Krankenkassen. Wird eine künstliche Befruchtung angewendet, weil die betroffene Person aufgrund eines fortgeschrittenen Alters oder eines ungesunden Lebensstils eine eingeschränkte Fortpflanzungsfähigkeit aufweist, lehnen 68 % bzw. 73 % der Befragten die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen vollständig ab. Nur wenige Befragte sind der Meinung, dass die Krankenkassen in diesen Fällen eine Kostenübernahmepflicht haben: 14 % bzw. 16 % sind der Meinung, dass eine Zusatzversicherung die Kosten übernehmen sollte, 6 % (bei ungesundem Lebensstil) bzw. 7 % (bei fortgeschrittenem Alter) sind der Meinung, dass die OKP die Kosten voll übernehmen sollte, 7 % bzw. 9 % sind der Meinung, dass die Kosten teilweise übernommen werden sollten.

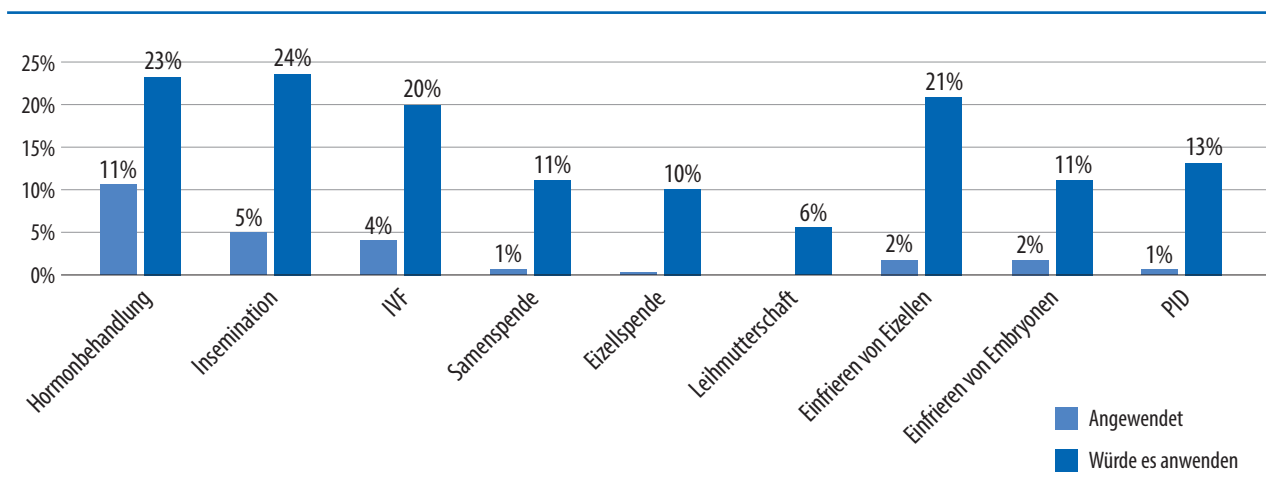
4.5 Medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft)

In der ersten Umfragewelle wurden alle Befragten – unabhängig von ihren eigenen Erfahrungen mit Fruchtbarkeitsproblemen – gefragt, ob sie bereits bestimmte Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (MAR) angewendet haben, ob sie sich vorstellen können, diese grundsätzlich anzuwenden oder ob sie diese Verfahren ausschliessen würden.

In der nachfolgenden Grafik (**Abbildung 23**) wird der Anteil derjenigen, die bereits ein Verfahren angewendet haben, mit dem Anteil derjenigen verglichen, die angeben, dass sie es bis jetzt noch nicht angewendet haben, aber es unter bestimmten Umständen in Betracht ziehen würden.

Wie erwartet ist der Anteil der Befragten, die mindestens eine der bewerteten Methoden angewendet haben, gering. Am häufigsten genannt werden Hormonbehandlungen: Rund 11 % der Befragten geben an, bereits eine solche Methode angewendet zu haben. Der Anteil derer, die eine solche Methode nicht ausschliessen, liegt mit 23 % deutlich höher. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Insemination und IVF, die bisher von 5 % und 4 % der Befragten genutzt wurden, während etwa ein Fünftel der Befragten angibt, diese Verfahren unter bestimmten Umständen in Betracht zu ziehen.

Abbildung 23. Nutzung und Offenheit für Verfahren der unterstützten Fortpflanzung, in %



Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 199 (angewendet), 1'888 (noch nicht angewendet).

Bei rechtlich eingeschränkten oder verbotenen Verfahren wie Eizellspende oder Leihmutterschaft sind die (angegebenen) Nutzungsraten sehr gering. Gleichzeitig besteht aber auch eine gewisse Offenheit: Zwischen 6 % und 10 % der Befragten geben an, dass sie sich vorstellen könnten, diese Verfahren grundsätzlich in Anspruch zu nehmen.

Die Nutzung von Embryo-Kryokonservierung und Präimplantationsdiagnostik liegt ebenfalls bei 1-2 %, während der Anteil derjenigen, die die Nutzung dieser Verfahren nicht ausschliessen, deutlich höher ist.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass medizinisch unterstützte Fortpflanzung bisher nur von einer kleinen Gruppe der Gesamtbevölkerung genutzt wurde. Gleichzeitig besteht unabhängig von den individuellen Lebensumständen eine breite Offenheit gegenüber verschiedenen MAR-Verfahren.

In der ersten Befragungswelle wurde zudem die Frage gestellt, ob Menschen, die bereits eine MAR-Methode angewendet haben, diese wieder anwenden würden. Insgesamt fällt die Bewertung der eigenen Erfahrung überwiegend positiv aus: Bei den meisten Verfahren gibt die Mehrheit der Nutzer an, dass sie sich wieder für diese Methode entscheiden würden. Die Bereitschaft zur erneuten Anwendung ist besonders hoch bei IVF, Einfrieren von Embryonen und Präimplantationsdiagnostik. Bei Hormonbehandlungen und Insemination ist sie etwas geringer, liegt aber immer noch über 50 %. Die Ergebnisse für Eizellspende und Leihmutterschaft basieren auf sehr geringen Fallzahlen.

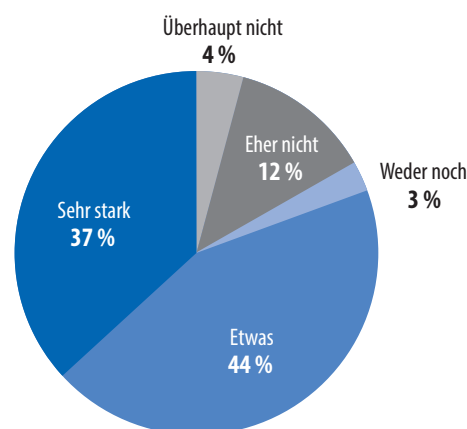
Durch die Nutzung von MAR verursachter wahrgenommener Stress

In der zweiten Umfragewelle wurden die Befragten, die angegeben hatten, dass sie bereits eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung in Anspruch genommen hatten, gefragt, wie stressbehaftet sie die Erfahrung insgesamt empfanden. Die Frage richtete sich also ausschliesslich an Personen, die diese Methoden aus eigener Erfahrung kannten.

Die Ergebnisse (**Abbildung 24**) zeigen ein klares Muster: Die meisten Befragten beschreiben die Durchführung einer MAR als anstrengend. Etwa 44 % der Befragten gaben an, dass die Erfahrung «etwas anstrengend» war, und weitere 37 % bezeichneten sie als «sehr anstrengend». Das bedeutet, dass mehr als vier Fünftel der Befragten von zumindest einer gewissen Anspannung berichten.

Im Gegensatz dazu gab nur ein sehr geringer Anteil der Befragten an, dass die Erfahrung (überhaupt) nicht stressig war. 12 % gaben an, dass die Erfahrung für sie nicht sehr stressig war, und 4 % berichteten,

Abbildung 24. Empfundene Belastung durch die Nutzung von MAR, in %



Quelle: CHARLS 2025, Welle 2, n = 144.

dass sie überhaupt keinen Stress empfanden. Nur ein sehr geringer Anteil gab an, dass die MAR-Erfahrung für sie weder stressig noch stressfrei war.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die medizinisch unterstützte Fortpflanzung von den meisten Nutzenden als emotional belastend empfunden wird. Die hier berichteten Ergebnisse sind subjektive Einschätzungen und erlauben daher keine Rückschlüsse auf spezifische Ursachen oder Stressformen.

In der zweiten Welle der Befragung wurde zudem die allgemeine Zufriedenheit mit der Anwendung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung untersucht. Trotz der berichteten hohen subjektiven Belastung ist die allgemeine Zufriedenheit sehr hoch ($M = 8,16$ auf einer Skala von 10). Mehr als die Hälfte der Befragten bewertete ihre Zufriedenheit im oberen Bereich der Skala. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass belastende Erfahrungen nicht zwangsläufig mit einer negativen Gesamtbewertung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung einhergehen.

5. NEUE FAMILIENFORMEN

Die Familien- und Haushaltsformen in der Schweiz sind heute vielfältiger als noch vor einigen Jahrzehnten. Obwohl ein grosser Teil der Bevölkerung nach wie vor in traditionellen Konstellationen lebt, insbesondere in Haushalten mit zwei Eltern und eigenen Kindern und in kinderlosen Paarhaushalten, haben sich die Wohn- und Partnerschaftsformen allmählich diversifiziert. Trennungen und neue Partnerschaften, Patchwork-Familien, Alleinerziehende und gleichgeschlechtliche Partnerschaften, auch mit Kindern, gehören für einen Teil der Bevölkerung zunehmend zur Realität. Auch im Laufe des Lebens ändern sich Wohn- und Haushaltsformen, beispielsweise durch die Trennung der Eltern, neue Partnerschaften oder den Übergang in einen kinderlosen Haushalt, wenn die Kinder erwachsen sind und das Elternhaus verlassen haben.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, Familienformen nicht nur als Momentaufnahme zu betrachten, sondern auch eine lebenslaufbezogene Perspektive einzunehmen. Das folgende Kapitel beschreibt daher die Familienkonstellationen, in denen die Befragten bis zum 18. Lebensjahr aufgewachsen sind, und wie ihre aktuelle Wohnsituation und Haushaltssituation aussehen, insbesondere bei den Eltern. Es folgt eine Darstellung der Einstellungen der Befragten dazu, wer als Elternteil in Frage kommt, und wie offen sie für verschiedene Familienformen und Lebensstile sind.

5.1 Wohnsituation und Familienkonstellationen

Die Betrachtung der Sozialisation innerhalb der Familien und der aktuellen Wohnsituation und Haushaltsstruktur ermöglicht es, die familiären Kontexte, in denen die Befragten aufgewachsen sind, und die Art und Weise, wie Elternschaft im Erwachsenenalter gelebt wird, besser zu verstehen. Dieser Vergleich kann Aufschluss darüber geben, welche Familien- und Haushaltsstrukturen die Biografien der Befragten geprägt haben und wie Elternschaft heute organisiert ist. Die folgenden Ergebnisse basieren auf Daten der ersten Welle der CHARLS-Befragung und beziehen sich sowohl auf die retrospektive Information zur Kindheit und Jugend als auch auf die aktuelle Wohnsituation und Haushaltsstruktur der Befragten.

Die meisten Befragten sind in einem traditionellen Zwei-Eltern-Haushalt aufgewachsen. Rund 85 % lebten bis zum 18. Lebensjahr bei beiden Eltern. Weitere 7 % wuchsen bei einem alleinerziehenden Elternteil auf, während kleinere Anteile in Patchwork-Konstellationen lebten, beispielsweise bei einem Elternteil und dessen Partner des anderen Geschlechts (4 %) oder des gleichen Geschlechts (0,2 %), oder abwechselnd bei beiden getrennten Eltern (1,2 %). Die Wohnsituation mit anderen Verwandten oder in anderen Konstellationen wurde seltener erwähnt.

Auch die Angaben zur Geschwisterstruktur zeigen, dass knapp 88 % der Befragten keine Halb-, Stief- oder Adoptivgeschwister haben. Rund 12 % geben an, mindestens eine solche Geschwisterbeziehung zu haben, wobei die häufigste Variante ein einzelnes Halb- oder Stiefgeschwister ist. Grössere Geschwisterkonstellationen in Patchworkfamilien sind nach wie vor die Ausnahme.

Die meisten Befragten mit Kindern lebten zum Zeitpunkt der Befragung als Elternteil in einer traditionellen Kernfamilie. Dieser Anteil nimmt jedoch mit zunehmendem Alter ab. In der ältesten Altersgruppe leben mehr Menschen allein (8 %) oder mit einem Partner ohne Kinder (28 %). In der Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren sind 10 % alleinerziehende Eltern. Alternative Haushaltsformen wie Wohngemeinschaften oder Kernfamilien (oder Menschen mit kleinen Kindern) zusammen mit anderen Erwachsenen sind unter den Befragten nur sehr wenig vertreten.

Tabelle 7. Haushaltstyp der Befragten mit Kindern nach Altersgruppe, in %

Mit Kindern	18-34 Jahre	35-44 Jahre	45-65 Jahre
Single	3 %	1 %	8 %
Mit Partner	4 %	3 %	28 %
Kleinfamilie	85 %	83 %	50 %
Kleinfamilie plus andere Personen	1 %	1 %	1 %
Familie mit mehreren Generationen	1 %	1 %	1 %
Mit Partner und anderen Personen	1 %	0 %	0 %
Alleinerziehende	4 %	7 %	10 %
Wohngemeinschaft	0,5 %	3 %	2 %
Gemeinsame Erziehung (co-parenting)	0,5 %	1 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %
N	156	526	1'306

Quelle: CHARLS 2023, Welle 1, n = 1'988.

Diese relative Stabilität der Familienformen bei den Eltern spiegelt sich auch im Beziehungsstatus und in geringerem Masse im Familienstand der Befragten wider. So geben 91 % an, in einer Beziehung zu leben und 75 % sind verheiratet. Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Bundesamts für Statistik (siehe [Kapitel I](#)), wonach zwar immer mehr Kinder ausserhalb der Ehe geboren werden, die alltägliche Familienstruktur aber oft weiterhin aus zwei Eltern unterschiedlichen Geschlechts und einem Kind besteht. Die Haushaltstypen der Eltern nach Altersgruppe sind in [Tabelle 7](#) dargestellt.

5.2 Neue Familienformen und die elterliche Verantwortung

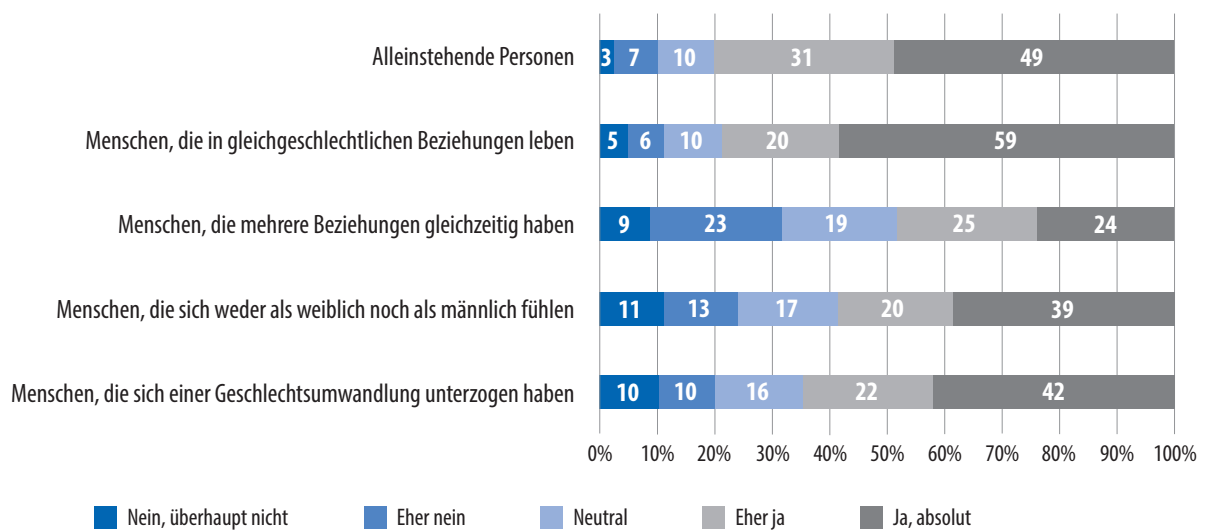
Die Frage, wer als geeignet für die Übernahme der elterlichen Verantwortung betrachtet wird, ist eng mit gesellschaftlichen Vorstellungen von Familie, Partnerschaft und Fürsorge verbunden. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Vielfalt von Lebens- und Beziehungsformen wurden die Teilnehmenden der zweiten Welle der CHARLS-Studie gebeten, verschiedene Personengruppen hinsichtlich ihrer Eignung als Eltern zu bewerten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse eine hohe Offenheit gegenüber nicht-traditionellen Familienformen bei den Befragten (siehe [Abbildung 25](#)). Besonders stark befürworten die Befragten, dass Menschen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen Eltern werden können. So sind rund 79 % der Befragten der Meinung, dass gleichgeschlechtliche Paare in der Lage sind, Verantwortung für Kinder zu übernehmen. Die Zustimmung gegenüber Alleinstehenden ist ähnlich hoch: 80 % der Befragten sind der Meinung, dass diese grundsätzlich in der Lage sind, elterliche Verantwortung zu übernehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die elterliche Verantwortung in der Wahrnehmung der Bevölkerung immer weniger an die Familien- und Beziehungsform gebunden ist. Die meisten Befragten sehen Merkmale wie Geschlecht, Beziehungsstatus oder Familienform nicht als entscheidend an, sondern verknüpfen sie eher mit Vorstellungen von Fürsorge, Stabilität und Verantwortung.

Gleichzeitig ist die Akzeptanz neuer Familienformen nicht in allen Gruppen gleich stark ausgeprägt. Während es eine breite Offenheit gegenüber gleichgeschlechtlichen Paaren, Alleinstehenden oder Transgender-Personen gibt, stossen Beziehungsmodelle, die die traditionellen Vorstellungen von Partnerschaft durch die gleichzeitige Führung mehrerer Beziehungen stärker in Frage stellen, auf geringe Akzeptanz. Das Gleiche gilt für Personen, die sich als nichtbinär identifizieren.

Abbildung 25. Bewertung der Fähigkeit zur Übernahme der elterlichen Verantwortung nach Familienart und persönlichen Merkmalen, in %



Quelle: CHARLS 2025, Welle 2, n = 1'629.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass die Familien- und Haushaltsformen in der Schweiz zwar pluralistischer geworden sind, die elterliche Verantwortung jedoch weiterhin mit zentralen normativen Erwartungen verbunden ist. Die Familie wird also weniger durch ihre äussere Form definiert, sondern durch die zugeschriebene Qualität der Beziehungen und der Pflegearbeit.

ZUSAMMENFASSUNG

Die menschliche Fortpflanzung, Beziehungen und Familienstrukturen in der heutigen Gesellschaft sind einem tiefgreifenden Wandel unterworfen. Der vorliegende Bericht beschreibt den aktuellen Stand dieser Prozesse des sozialen und demografischen Wandels in der Schweizer Gesellschaft. Die Analyse basiert auf Daten des Bundesamts für Statistik, von Eurostat und der CHARLS-Studie. Im Rahmen von CHARLS wurden bisher zwei Erhebungswellen durchgeführt, in denen die Schweizer Bevölkerung im Erwachsenenalter zu ihrem Verhalten und ihren Einstellungen in Bezug auf Fortpflanzung, Beziehungen und Familie befragt wurde. Die Panel-Befragung wurde im Rahmen des universitären Forschungsprogramms (URPP) Human Reproduction Reloaded der Universität Zürich durchgeführt.

Daten von Eurostat und dem Bundesamt für Statistik zeigen, dass die sozialen und demografischen Veränderungsprozesse in der Schweiz mit den Entwicklungen in anderen europäischen Ländern übereinstimmen. In allen Ländern sind rückläufige Geburtenraten, steigendes Alter der Eltern bei der ersten Geburt sowie ein zunehmender Anteil von Kindern, die ausserhalb der Ehe geboren werden, zu beobachten. Dies verdeutlicht, dass die menschliche Fortpflanzung stets als Teil sozialer Beziehungen und sozialer Strukturen verstanden werden muss.

Betrachtet man die Geburtenrate und den Kinderwunsch im sozialen und kulturellen Kontext der Schweiz, lässt sich ein deutlicher Wandel feststellen. Kinder werden zunehmend als Teil der individuellen Lebensstilentscheidungen angesehen. Entsprechend wächst der Anteil der Bevölkerung ohne Kinderwunsch deutlich. Bei der individuellen Betrachtung des Kinderwunsches spielen Aspekte wie Selbstverwirklichung, die emotionale Beziehung zu Kindern, finanzielle Fragen und Zukunftsunsicherheit eine zentrale Rolle. Soziale Verpflichtungen und instrumentelle Aspekte verlieren an Bedeutung. In einer zunehmend individualisierten Gesellschaft wird der Kinderwunsch daher vor allem durch individuelle Perspektiven und Wertorientierungen geprägt. Dies deckt sich sehr gut mit der allgemeineren Erosion traditioneller Bezugspunkte und der zunehmenden reflexiven Modernisierung und Individualisierung der Gesellschaft (Beck *et al.*, 1996)

Neben denjenigen, die sich bewusst dafür entscheiden, keine Kinder zu bekommen, sind auch viele Menschen von Unfruchtbarkeit oder ungewollter Kinderlosigkeit betroffen. Rund 20 % der Befragten geben an, dass sie bereits Phasen der Unfruchtbarkeit erlebt haben. Je länger diese Phasen andauern, desto stärker ist die psychische Belastung, von der die Betroffenen berichten. Insgesamt zeigt sich, dass die Bewältigung von Unfruchtbarkeit sich sehr unterschiedlich gestaltet, wobei konventionelle medizinische Ansätze jedoch am häufigsten angewendet werden. Die CHARLS-Studie hat auch untersucht, wie die Unfruchtbarkeit in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Eine deutliche Mehrheit der Befragten betrachtet Unfruchtbarkeit nicht als Krankheit. Entsprechend wird die Finanzierung von reproduktionsmedizinischen Behandlungen überwiegend als individuelle Angelegenheit und nicht als Leistung der Krankenversicherung angesehen. Bei der Einschätzung der wahrgenommenen Ursachen von Unfruchtbarkeit werden am häufigsten externe Faktoren wie Stress und Umwelteinflüsse genannt. Die Rolle des biologischen Alters bei Unfruchtbarkeit wird sowohl bei Frauen als auch bei Männern generell unterschätzt.

Das Thema Unfruchtbarkeit wirft auch die Frage zur Rolle und zur Bewertung der Reproduktionsmedizin in der Schweiz auf. Im Vergleich zur Anzahl der Personen, die von Unfruchtbarkeit betroffen sind, geben nur wenige Befragte an, selbst Reproduktionsmedizin in Anspruch genommen zu haben. Die am häufigsten angewandten Verfahren sind Hormontherapie, Insemination und In-vitro-Fertilisation. Nach einem deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren zu Beginn des

21. Jahrhunderts haben sich die Nutzungsraten in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren stabilisiert. Die Befragten, die diese Verfahren in Anspruch genommen haben, sind rückblickend zufrieden, berichten aber auch von Stress durch die medizinischen Behandlungen. Die Bevölkerung steht den verschiedenen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin überwiegend positiv gegenüber und befürwortet ihre rechtliche Zugänglichkeit. Die Ausnahmen sind Leihmutterschaft und Präimplantationsdiagnostik (PID).

Geburtenraten, Unfruchtbarkeit und Reproduktionsmedizin sind immer in breitere gesellschaftliche Kontexte eingebunden, die selbst ständigen sozialen Veränderungen unterliegen. Die Analyse der Beziehungs- und Familienformen der Befragten zeigt eine klare Dominanz des traditionellen heterosexuellen Familienmodells, das aus einer Mutter, einem Vater und einem oder mehreren Kindern besteht. Die grössten sozialen Veränderungen sind bei der Verbreitung von Ein-Eltern-Haushalten und Kindern, die ausserhalb der Ehe geboren wurden, zu beobachten, beides hat im Laufe der Zeit stark zugenommen. Kinder, die bei gleichgeschlechtlichen Eltern aufwachsen, stellen dagegen eine sehr kleine Gruppe innerhalb der vorliegenden Stichprobe dar. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse auf eine hohe Offenheit der Bevölkerung gegenüber neuen Beziehungs- und Familienformen hin, sowohl gegenüber Ein-Eltern-Haushalten als auch gegenüber gleichgeschlechtlichen Eltern. Eine grössere Zurückhaltung zeigen die Befragten gegenüber trans-, nichtbinären und polyamoren Eltern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Schweiz viele verschiedene Veränderungsprozesse im Bereich der menschlichen Fortpflanzung, der Beziehungen und der Familie gleichzeitig stattfinden. Diese bewegen sich nicht unbedingt in die gleiche Richtung: Einerseits beobachten wir eine Zunahme von Menschen, die sich bewusst und überlegt für ein kinderloses Leben entscheiden, andererseits gibt es eine wachsende Gruppe von Menschen, die aufgrund von Unfruchtbarkeit reproduktionsmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen. Dies gilt insbesondere für Menschen, die ihren Kinderwunsch als Alleinerziehende oder in gleichgeschlechtlichen Beziehungen erfüllen möchten. Quantitativ gesehen dominiert jedoch weiterhin der Bevölkerungsanteil, der seinen Kinderwunsch in einer traditionellen heterosexuellen Familienkonstellation, egal ob verheiratet oder nicht, erfüllen möchte und kann.

Neben der Vielfalt der gesellschaftlichen Entwicklungen in der Schweiz zeigt die Studie auch eine hohe Offenheit der Bevölkerung gegenüber diesen sich abzeichnenden Veränderungsprozessen. Diese Offenheit zeigt sich sowohl in Bezug auf die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Leistungen als auch in der Akzeptanz neuer Familienkonstellationen. Zusammengenommen bieten diese Einstellungen eine günstige Ausgangslage für eine sorgfältig geplante und auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Bevölkerungsgruppen abgestimmte Weiterentwicklung der Familien- und Gesundheitspolitik in der Schweiz, die den vielfältigen Veränderungsprozessen, die in diesem Bericht beschrieben werden, Rechnung trägt.

LITERATURVERZEICHNIS

- Beck U, Giddens A, Lash S (1996). *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Büchler A, Rössel J, Gilgen S et al. (2023). *CHARLS 2023. Swiss Assisted Reproduction Longitudinal Study*. (1.0.0) [Dataset]. H2R, University of Zurich.
- Duvander AZ, Fahlén S, Brandén M, Ohlsson-Wijk S (2020). *Who makes the decision to have children? Couples' childbearing intentions and actual childbearing*. *Advances in Life Course Research*, 43, 100286.
- Eijkemans MJC, van Poppel F, Habbema DF et al. (2014). *Too old to have children? Lessons from natural fertility populations*. *Human reproduction*, 29(6);1304-12.
- Federal Department of Home Affairs (FDHA) (2025). *Decline in birth rates in Switzerland*. Bern. Rückgang der Geburtenhäufigkeit in der Schweiz [15.1.2026]
- Hassan MAM, Killick SR. (2003). *Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age*. *Fertility and sterility* 79(Supplement 3);1520-7.
- Lo W, Campo-Engelstein L (2018). "Expanding the Clinical Definition of Infertility to Include Socially Infertile Individuals and Couples." Pp. 71-83 in: Campo-Engelstein L, Burcher P (eds) *Reproductive Ethics II*. Springer, Cham.
- Merone L, Tsey K, Russell D, Nagle C (2022). *Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature*. *Women's health reports*, 3(1);49-59.
- Pape M, Miyagi M, Ritz SA et al. (2024). *Sex contextualism in laboratory research: Enhancing rigor and precision in the study of sex-related variables*. *Cell*, 187(6);1316-26.
- Rössel J, Gilgen S, Mertens M et al. (2025). *CHARLS 2025. Swiss Assisted Reproduction Longitudinal Study*. (1.0.0) [Dataset]. H2R, University of Zurich.
- Sobotka T, Zeman K, Jasilioniene A et al. (2023). *Pandemic Roller-Coaster? Birth Trends in Higher-Income Countries During the COVID-19 Pandemic*. *Population and Development Review*, 50;23-58.
- Stein P, Willen S, Pavetic M (2014). *Couples' fertility decision-making*. *Demographic Research*, 30(63);1697-732.
- Swiss Federal Statistical Office (FSO) (2015). *Statistics on medically assisted reproduction*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.assetdetail.34707490.html>
- Swiss Federal Statistical Office (FSO) (2015). *Statistics on natural population change*. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung BEVNAT | Bundesamt für Statistik - BFS
- Utting D, Bewley S (2011). *Family planning and age-related reproductive risk*. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 13;35-41.
- World Health Organization (WHO) (2018): *International Classification of Diseases. 11th Revision (ICD-11)*. WHO, Genf.
- Yovich JL, Keane K (2017). *Assessing the male in fertility clinics-men undervalued, undermanaged and undertreated*. *Translational Andrology and Urology*, 6(Supplement 4), 624-8.

La parentalité en Suisse

Rapport sur l'(in)fertilité et l'absence d'enfants

Angela Christen, Eva Corba, Larissa Fritsch, Sandra Gilgen,
Maila Mertens, Jörg Rössel, Julia H. Schroedter

Université de Zurich, URPP Human Reproduction Reloaded

TABLE DES MATIÈRES

99 AVANT-PROPOS

101 INTRODUCTION

106 1. LE CADRE DE RÉFÉRENCE : ANALYSE DES DONNÉES STRUCTURELLES

106 1.1 L'évolution de la natalité en Suisse

107 1.2 L'âge de la première maternité en Suisse

108 1.3 L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) en Suisse

109 1.4 L'évolution des intentions en matière de reproduction

111 2. LA PERCEPTION SOCIALE DE LA NATALITÉ ET DE LA PARENTALITÉ EN SUISSE

111 2.1 Les raisons perçues de la baisse de la natalité

112 2.2 Le sens de la parentalité

113 2.3 Les obstacles à la parentalité

114 2.4 L'absence d'enfant : un choix individuel

117 3. L'INFERTILITÉ : EXPÉRIENCES ET ABSENCE D'ENFANT NON DÉSIRÉE

118 3.1 Les expériences d'infertilité dans la population suisse

120 3.2 La gestion de l'infertilité

120 3.3 Les raisons de l'infertilité

122 3.4 Connaissance et perception

123 3.5 Les traitements de la fertilité masculine

125 4. LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (PMA)

125 4.1 La connaissance des méthodes de procréation médicalement assistée

127 4.2 Les attitudes à l'égard de la procréation médicalement assistée

128 4.3 Les avis sur la réglementation juridique des procédures de procréation médicalement assistée

129 4.4 Les attitudes à l'égard de l'accès aux procédures de procréation médicalement assistée et de leur financement pour différentes constellations de partenaires

131 4.5 Le recours à la procréation médicalement assistée (passé, présent, futur)

134 5. LES NOUVELLES FORMES FAMILIALES

134 5.1 La situation de vie et les constellations familiales

135 5.2 Les nouvelles formes de famille et la responsabilité parentale

137 SYNTHÈSE

139 RÉFÉRENCES

AVANT-PROPOS

Dans les sociétés modernes, la parentalité a cessé d'être un objectif biologique ou social considéré comme naturel ; elle est plutôt devenue un choix délibéré et difficile, profondément influencé par les structures sociétares et les projets de vie individuels. Dans ce contexte, la Suisse constitue un cas d'étude emblématique : ici, les parcours vers l'âge adulte et la constitution d'une famille sont devenus de plus en plus flexibles et moins linéaires.

Cette enquête est le fruit d'une étude menée par l'Université de Zurich dans le cadre du pôle de recherche prioritaire universitaire (UFSP) *Human Reproduction Reloaded*, réalisée en étroite collaboration avec la Fondation IBSA pour la recherche scientifique, la fondation du laboratoire pharmaceutique IBSA, dont le siège est à Lugano et qui s'engage depuis des années dans la promotion de la culture scientifique et de la recherche au niveau international. Le projet a également bénéficié de la contribution scientifique du Prof. Bruno Imthurn, membre du Conseil Scientifique de la Fondation IBSA et professeur émérite de médecine de la reproduction et d'endocrinologie gynécologique à l'Université de Zurich.

Le présent rapport constitue l'aboutissement d'une recherche lancée en Suisse en 2017 par la Fondation IBSA. Cette première étude, réalisée par GfK, avait ouvert pour la première fois dans le pays un débat systématique sur la perception sociale de la fertilité et de la procréation médicalement assistée (PMA). Si l'étude de 2017 soulignait déjà que la planification familiale était influencée par des facteurs économiques et dénonçait un manque important d'informations sur les limites biologiques de la fertilité féminine, cette dernière analyse approfondit cette piste de recherche. Ces enquêtes, qui s'inscrivent dans la continuité des recherches menées en Italie en collaboration avec le Censis, ont permis à la Fondation, au fil des ans, de consolider un observatoire privilégié sur les dynamiques de la fécondité et de la dénatalité, en fournissant une analyse rigoureuse des transformations sociales et démographiques dans les deux pays.

Grâce à l'utilisation des données de l'étude *Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study (CHARLS)*, menée dans le cadre de l'UFSP *Human Reproduction Reloaded*, cet ouvrage se concentre aujourd'hui sur la réalité suisse, en proposant une analyse systématique et actualisée des opinions et des comportements de la population suisse. L'étude s'ouvre sur une analyse des données structurelles qui mettent en évidence une dynamique démographique claire : entre 2015 et 2023, le nombre de naissances vivantes en Suisse a diminué de 7,6 %, le taux de fécondité étant tombé à 1,33 enfant par femme, une valeur bien inférieure au seuil de remplacement générationnel fixé à environ 2,1 enfants par femme, paramètre nécessaire pour garantir la stabilité numérique d'une population à long terme. Parallèlement, l'âge moyen à la naissance du premier enfant a atteint 31,3 ans, l'un des chiffres les plus élevés d'Europe. Ce report de la parentalité reflète un changement culturel dans lequel l'épanouissement personnel et les conditions socio-économiques jouent un rôle déterminant dans la décision d'avoir ou non des enfants.

Un volet central de la recherche est consacré à l'analyse de l'infertilité et au rôle de la PMA. Environ 20 % de la population résidant en Suisse déclare avoir connu des périodes d'infertilité, une expérience qui entraîne un profond fardeau psychologique, susceptible de s'alourdir avec le temps. Le rapport examine également la perception qu'a le public des technologies de reproduction, mettant en évidence un large soutien en faveur de la légalisation de pratiques telles que le don de sperme (66 %) et d'ovocytes (59 %), tout en émettant des réserves d'ordre éthique sur des procédures plus controversées telles que la maternité de substitution et le diagnostic génétique préimplantatoire.

En résumé, le rapport montre une Suisse tiraillée entre la persistance des modèles traditionnels et une profonde « modernisation réfléchie ». L'enquête révèle une société marquée par une double dynamique : d'une part, une augmentation significative du nombre de personnes qui choisissent délibérément de ne pas avoir d'enfants (passée de 6 % à 17 % chez les jeunes en seulement dix ans), d'autre part un recours de plus en plus systématique à la médecine de la reproduction pour surmonter des obstacles biologiques ou sociaux. Il ressort également un élément fondamental : aujourd'hui, la parentalité n'est plus définie par la forme extérieure de la cellule familiale, mais par la qualité de la relation affective et de la prise en charge.

Cet ouvrage offre donc aux décideurs politiques, aux professionnels du secteur et aux citoyens non seulement une analyse démographique précise, mais aussi une boussole pour s'orienter dans une société qui redéfinit les concepts de famille et de responsabilité.

Jörg Rössel

PhD, Professor, Department of Sociology,
University of Zurich

Silvia Misiti

Director, IBSA Foundation
for scientific research

INTRODUCTION

Le thème de la parentalité est inextricablement lié à celui de la fertilité, des changements sociaux et des projets de vie des individus dans les sociétés modernes. Les changements dans la formation des familles ne reflètent pas seulement des décisions individuelles, mais sont également façonnés par les structures sociétales et ont des effets à long terme sur la structure démographique. La Suisse ne fait pas exception à la règle. De nombreux pays européens traversent une période de profonds changements, alors même que les transitions vers l'âge adulte et la vie familiale deviennent de plus en plus flexibles et ne suivent plus un modèle uniforme. L'idée d'un parcours de vie traditionnel – terminer ses études, entamer une carrière, avoir une relation qui mène au mariage et, enfin, fonder une famille – s'est progressivement relâchée. Le choix individuel et les opportunités disponibles étant de plus en plus considérés comme essentiels, des parcours de vie plus diversifiés apparaissent et la société accepte davantage les voies moins traditionnelles pour la formation des familles. Les gens s'engagent plus tard dans la vie dans des relations durables et les mariages sont donc souvent reportés ou remplacés par d'autres formes de cohabitation. Au lieu d'attendre de chaque adulte qu'il aspire avant tout à fonder sa propre famille, on s'attend aujourd'hui à ce que la décision d'avoir ou non des enfants soit prise de manière beaucoup plus consciente que par le passé. Cette évolution, dans laquelle la parentalité n'est plus une étape de la vie considérée comme allant de soi, mais de plus en plus une décision délibérée, peut être considérée comme un changement culturel ayant un large éventail de conséquences, notamment une plus grande légitimité perçue des familles non traditionnelles. En Suisse, ce changement s'est également fait sentir et a conduit à des formes familiales plus hétérogènes, façonnées par des valeurs individuelles et des conditions socio-économiques plus diverses. Parallèlement, l'acceptation croissante de modes de vie différents a également conduit à l'adoption de plus en plus fréquente d'une vie sans enfants.

Les tendances démographiques montrent une dynamique claire. Entre 2015 et 2023, le nombre absolu d'enfants nés vivants en Suisse est passé de 86 559 à 80 024, soit une baisse de 7,6 %. La baisse du taux de natalité en Suisse s'inscrit dans une tendance européenne caractérisée par l'évolution des modes de vie et des valeurs, les incertitudes économiques et les exigences croissantes en matière d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Selon les enquêtes d'Eurostat de 2015 et 2023, presque tous les pays européens connaissent une baisse des taux de natalité et de fécondité, tandis que l'âge des femmes à la première maternité et l'âge moyen augmentent régulièrement.

Le **Tableau I** montre également le degré élevé d'hétérogénéité au sein de l'Europe. Alors que le taux de fécondité (le nombre moyen d'enfants pour une femme en âge de procréer) est comparativement élevé dans des pays comme la France (1,66) et le Danemark (1,50), il se situe à un niveau historiquement bas dans d'autres pays, dont l'Espagne (1,12) et l'Italie (1,21). Avec un taux de fécondité de 1,33 enfant par femme, la Suisse reste légèrement en dessous de la moyenne européenne et bien en dessous des 2,1 nécessaires au maintien de la population.

Alors que dans de nombreux pays européens, l'âge moyen des femmes à la première maternité se situe autour de 30 ans (31,3 ans), l'âge moyen des suissesses est plus élevé de plus d'un an (voir **Tableau I**). L'âge moyen des mères à la première maternité n'est encore plus élevé qu'en Espagne, au Liechtenstein (31,5 ans dans les deux cas), en Irlande (31,6 ans) et en Italie (31,8 ans).

L'augmentation de l'âge des femmes primipares a des conséquences considérables. Avec l'âge, la probabilité d'une grossesse spontanée ou naturelle diminue, tandis que le risque de problèmes de fertilité, de fausses couches et d'anomalies chromosomiques augmente. Dans ce contexte, la

Tableau 1. Fertilité et naissances dans l'Union européenne en 2015 et 2023

	Taux de natalité (naissances vivantes pour 1 000 habitants)		Taux de fécondité		Naissances vivantes		Âge moyen des femmes à la première maternité		Âge moyen des femmes à l'accouchement	
	2015	2023	2015	2023	2015	2023	2015	2023	2015	2023
Bulgarie	9,2	8,9	1,53	1,81	65 950	57 197	26,0	26,9	27,4	28,2
Macédoine du Nord	11,1	9,2	1,50	1,71	23 075	16 737	26,8	26,6	28,6	29,2
France	12,0	9,9	1,96	1,66	799 671	678 333	28,4	29,1	30,4	31,0
Royaume-Uni	11,9	10,0	1,80	1,56	776 746	712 699	28,7	28,5	30,3	30,5
Hongrie	9,4	9,1	1,45	1,55	92 135	87 671	27,8	28,8	29,6	30,2
Islande	12,5	11,2	1,80	1,55	4 129	4 315	27,5	28,8	30,3	30,8
Roumanie	10,0	8,4	1,58	1,54	197 491	160 078	26,3	27,1	27,7	28,3
Slovénie	10,0	8,0	1,57	1,51	20 641	16 989	28,7	29,1	30,2	30,5
Serbie	9,3	9,2	1,46	1,51	65 657	61 052	27,7	28,4	29,0	29,3
Turquie	16,9	11,2	2,14	1,51	1 325 783	958 408	27,1	27,1	28,6	29,2
Danemark	10,2	9,7	1,71	1,50	58 205	57 469	29,2	30,1	31,0	31,8
Irlande	14,0	10,3	1,92	1,50	65 537	54 472	29,9	31,6	31,6	33,2
Slovaquie	10,3	9,0	1,40	1,49	55 602	48 627	27,1	27,3	28,8	28,8
Belgique	10,8	9,4	1,70	1,47	122 274	110 785	28,7	29,5	30,4	31,1
Croatie	8,9	8,3	1,40	1,47	37 503	32 170	28,3	29,3	29,9	30,8
Tchéquie	10,5	8,4	1,57	1,46	110 764	91 149	28,2	28,9	30,0	30,4
Portugal	8,3	8,1	1,31	1,45	85 500	85 699	29,5	30,2	30,9	31,7
Suède	11,7	9,5	1,85	1,45	114 870	100 051	29,2	30,0	31,0	31,7
Liechtenstein	8,7	9,1	1,40	1,45	325	361	30,6	31,5	31,6	32,8
Pays-Bas	10,1	9,2	1,66	1,43	170 510	164 487	29,7	30,4	31,2	31,8
Chypre	10,8	10,7	1,32	1,40	9 170	10 241	29,4	29,8	31,3	31,5
Norvège	11,3	9,4	1,72	1,40	58 815	51 983	28,9	30,1	30,7	31,7
Allemagne	9,0	8,3	1,50	1,39	737 575	692 989	29,5	29,8	30,9	31,3
UE (pays)	10,0	8,2	1,58	1,38	5 065 662	3 669 659	26,5	29,8	30,5	31,2
Lettonie	11,1	7,7	1,70	1,36	21 979	14 490	26,5	28,0	29,4	30,4
Suisse	10,5	9,0	1,54	1,33	86 559	80 024	30,6	31,3	31,8	32,4
Autriche	9,8	8,5	1,49	1,32	84 381	77 605	29,2	29,9	30,6	31,2
Estonie	10,6	8,0	1,58	1,31	13 907	10 949	27,2	28,7	29,9	31,0
Grèce	8,5	6,8	1,33	1,26	91 847	71 249	30,2	31,0	31,3	32,1
Finlande	10,1	7,8	1,65	1,26	55 472	43 383	28,8	30,0	30,6	31,5
Luxembourg	10,7	9,5	1,47	1,25	6 115	6 320	30,2	31,4	31,5	32,4
Italie	8,0	6,4	1,35	1,21	485 780	379 890	30,8	31,8	31,7	32,5
Pologne	9,7	7,4	1,32	1,20	369 308	272 451	27,0	28,4	29,2	30,1
Lituanie	10,8	7,2	1,70	1,18	31 475	20 623	27,0	28,4	29,5	30,4
Espagne	9,0	6,6	1,33	1,12	418 432	319 830	30,7	31,5	31,9	32,6
Malte	10,0	8,1	1,45	1,06	4 325	4 462	28,7	29,8	30,3	31,2

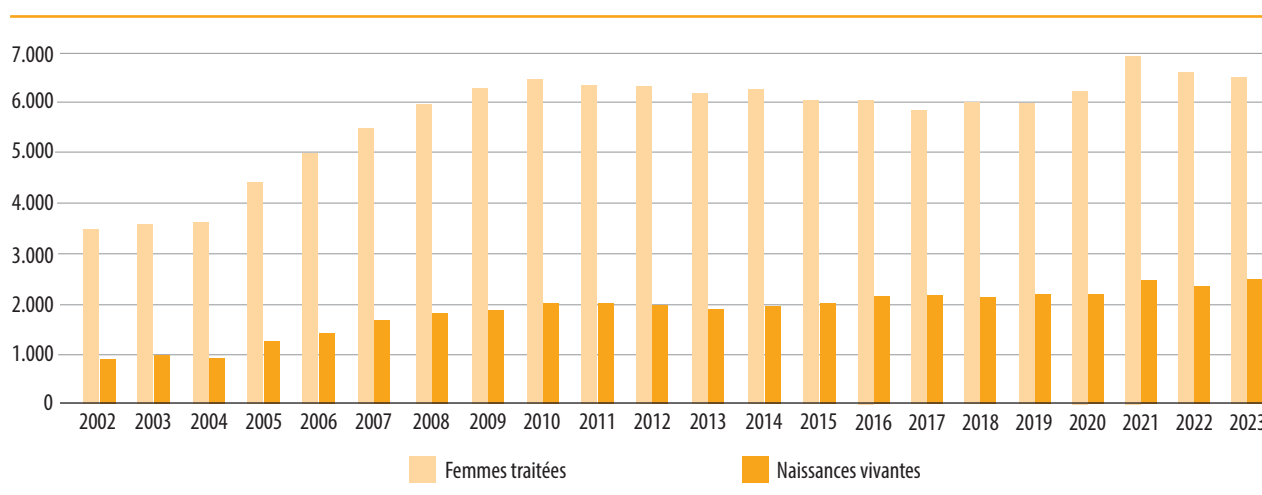
Source 2023: Eurostat / OFS (compilation, 2025). Source 2015: Eurostat (élaboration du Quotidiano Sanità, mars 2017).

procréation médicalement assistée (PMA ; souvent désignée au niveau international par l'expression « techniques de reproduction assistée », TRA) prend de plus en plus d'importance. Elle comprend des procédures telles que la fécondation in vitro (FIV), l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) et d'autres techniques qui permettent la conception ou augmentent les chances de succès. La

PMA n'est donc pas seulement un outil médical ; elle est aussi un phénomène socialement significatif : elle ouvre la possibilité d'être parent à un segment croissant de la population et influence ainsi le développement démographique.

Les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) montrent que la procréation médicalement assistée a considérablement gagné en importance en Suisse depuis le début des années 2000. La **Figure 1** montre que le nombre de femmes traitées a augmenté régulièrement entre 2002 et 2010. Par la suite, le recours aux méthodes de procréation médicalement assistée est resté relativement stable. Parallèlement à l'évolution du nombre de traitements, le nombre d'enfants nés vivants après l'utilisation de la PMA a également augmenté. Comme le montre la **Figure 1**, ce nombre a plus que doublé entre le début des années 2000 et les années 2010. Dans les années qui ont suivi, ce nombre est resté relativement stable malgré de légères fluctuations et n'a commencé à augmenter légèrement que ces dernières années.

Figure 1. Procréation médicalement assistée (méthodes de fécondation à l'extérieur du corps humain) en Suisse. Nombre de femmes traitées¹ et de naissances vivantes² en Suisse



¹ Nombre de femmes traitées par des méthodes de fécondation in vitro au cours d'une année civile.

² Les naissances vivantes ont lieu à la fois l'année du traitement par FIV et l'année suivante, en fonction de la durée de la grossesse.

Source: OFS – Statistiques de la procréation médicalement assistée, 2025.

Les chiffres actuels du **Tableau 2** confirment que la PMA fait partie intégrante des soins médicaux de reproduction en Suisse et joue un rôle important dans la réalisation du désir d'avoir des enfants pour ceux qui rencontrent des difficultés ou l'impossibilité d'en avoir « par voie naturelle ». En 2023, 6 513 femmes au total ont été traitées par des méthodes de procréation médicalement assistée. La même année, 2 511 naissances vivantes ont été enregistrées après de tels traitements. Chez un peu moins de la moitié des femmes traitées, le traitement a conduit à une grossesse ; parmi celles-ci, plus des trois quarts ont mené leur enfant à terme, tandis que dans environ 3 % des cas, les grossesses ont conduit à la naissance de plusieurs enfants.

En Suisse, la procréation médicalement assistée est régie par la loi sur la médecine de la reproduction. L'accent est mis sur des procédures telles que la fécondation in vitro (FIV), l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) et l'utilisation médicalement assistée de dons de sperme. Ces méthodes sont généralement utilisées lorsque l'infertilité nécessite un traitement médical et que les mesures moins invasives ont échoué ou n'offrent pas de perspectives réalistes de réussite. Une autre indication peut être d'éviter le risque de transmission de maladies héréditaires graves.

Tableau 2. Personnes traitées, cycles de traitement et grossesses en Suisse (année 2023)

Femmes traitées (total)	6 513
Femmes ayant commencé le traitement au cours de l'année	3 202
Cycles de traitement entamés	12 497
Ponctions d'ovocytes (cycles frais uniquement)	5 985
Transferts d'embryons	8 164
Transferts avec don de sperme	231
Femmes dont le traitement a donné lieu à une grossesse, en %	48,6
<i>Résultats des grossesses</i>	
Grossesses ayant donné lieu à une naissance, en %	77,3
Naissances multiples, en pourcentage des naissances	2,8
Naissances vivantes	2 511
Proportion de grossesses gémellaires, en pourcentage par rapport au nombre d'enfants	5,5
Mortinaissances, en pourcentage par rapport au nombre d'enfants	0,2
Nombre d'enfants nés suite à un don de sperme	67

Source: OFS – Statistiques de la procréation médicalement assistée, 2025.

L'accès à ces procédures est réglementé de manière différente pour divers groupes de population. Les traitements utilisant les gamètes du couple, tels que la FIV ou l'ICSI, sont accessibles aux couples mariés et non mariés. En revanche, le recours au don de sperme est limité aux couples mariés. Depuis l'introduction du mariage pour tous en 2022, cela s'applique aussi bien aux couples hétérosexuels mariés qu'aux couples de femmes mariées. Les couples non mariés et les célibataires n'ont pas accès au don de sperme.

Une autre étape importante a été l'approbation du diagnostic génétique préimplantatoire (DPI), qui a été soutenue par l'électorat suisse en 2016. Depuis lors, il est possible de tester les embryons pour détecter des maladies génétiques graves ou des anomalies chromosomiques dans le cadre de la procréation médicalement assistée avant qu'ils ne soient implantés dans l'utérus. Le débat qui a eu lieu à l'époque a clairement montré que la PMA ne soulève pas seulement des questions médicales, mais aussi des questions éthiques et sociales. Malgré ces développements, plusieurs procédures de médecine reproductive autorisées dans d'autres pays restent légalement interdites en Suisse. Il s'agit notamment du don d'ovules, du don d'embryons et de la maternité de substitution. Toutefois, le Conseil fédéral a décidé de réviser la loi sur la médecine reproductive et, entre autres, d'examiner l'autorisation du don d'ovules.

La présente étude est basée sur les deux premières vagues de l'étude longitudinale suisse sur la procréation assistée (Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study, CHARLS). Il s'agit de la première étude de panel suisse à recueillir des données sur les attitudes, les expériences et les croyances en matière d'insémination artificielle et de formation des familles (Büchler *et al.*, 2023). Elle est menée dans le cadre du programme prioritaire de recherche universitaire « Human Reproduction Reloaded | H2R » de l'Université de Zurich.

Les données de la première vague de l'enquête CHARLS ont été collectées de mars à août 2023. L'échantillon, stratifié de manière disproportionnée, comprenait 20 000 personnes et a été tiré du registre de la population suisse. La population comprenait toutes les personnes âgées de 18 ans et plus ayant une résidence permanente en Suisse. La stratification était basée sur les trois régions

linguistiques¹ et, à l'intérieur de ces strates, sur le sexe. Les individus ont été sélectionnés au hasard dans chaque strate. La population cible a été contactée par lettre et invitée à répondre à l'enquête en ligne ou sur papier. Le taux de réponse a été de 26 %, avec un total de 5 256 participants. La deuxième vague de l'enquête CHARLS s'est déroulée de mai à octobre 2025. Toutes les personnes de la première vague dont l'adresse pouvait être tenue à jour et qui ne souhaitaient pas explicitement se désinscrire ont été contactées (n = 5 096). Le taux de réponse de 56 % a été satisfaisant (n = 2 846). Toutefois, certaines tendances à la sélection étaient évidentes dans le taux de réponse pour les deux vagues de l'enquête. Par exemple, le taux de participation des citoyens suisses était plus élevé que celui des citoyens non suisses (participation : 76 % et 24 % ; parts de la population : 73 % : 27 %²). Les taux de participation étaient plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales. En outre, la participation a été plus forte au Tessin, en partie en raison d'un suréchantillonnage (participation : 12 %, part de la population suisse : 8 %). Un biais éducatif peut également être observé, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé étant surreprésentées dans l'échantillon obtenu : les personnes ayant un niveau d'éducation tertiaire constituaient 35 % de notre enquête, alors qu'elles représentent 31 % de la population. Les personnes ayant achevé au maximum leur scolarité obligatoire étaient nettement sous-représentées (5 %), contre 14 % dans la population³. En outre, les femmes ont participé plus fréquemment que les hommes (57 % contre 43 %). Ces schémas de sélection sont courants dans les enquêtes de population.

Par souci de comparabilité avec le premier rapport de l'*IBSA Foundation for Scientific Research*, les présentes analyses descriptives ne portent que sur les personnes âgées de 18 (pour la vague 1) à 64 ans. Les données n'ont pas été pondérées. Il convient d'en tenir compte lors de l'interprétation des résultats, car l'échantillon, comme indiqué, contient une légère surreprésentation de citoyens suisses, de personnes ayant une formation supérieure, de personnes vivant au Tessin, de femmes et de personnes issues de contextes urbains.

¹ Les régions linguistiques comprennent les trois langues principales de la Suisse : l'allemand (y compris le romanche), le français et l'italien. Certains cantons sont divisés en deux régions linguistiques (par exemple, Berne). Afin que les déclarations soient représentatives de chaque région linguistique, les strates étaient de tailles différentes : La Suisse alémanique représentait 66,6 % de la population définie, la Suisse romande 23,4 % et la Suisse italienne 10 %. Cela signifie que le Tessin, avec sa population italoophone, était largement surreprésenté. À l'intérieur des strates, l'échantillon était réparti de manière égale entre les hommes et les femmes (50:50).

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung.html>

³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/indicators/bildungsstand.assetdetail.33907281.html>

I. LE CADRE DE RÉFÉRENCE : ANALYSE DES DONNÉES STRUCTURELLES

I.1 L'évolution de la natalité en Suisse

Le taux de natalité correspond au nombre de naissances vivantes enregistrées au cours d'une année civile parmi la population moyenne des résidents permanents. Il est exprimé en nombre de naissances vivantes pour 1 000 habitants et permet de classer la tendance des naissances par rapport à la population totale.

En Suisse, le taux de natalité est resté relativement stable pendant de nombreuses années, à environ 10 naissances vivantes pour 1 000 habitants. Le nombre absolu de naissances vivantes a augmenté entre 2011 et 2018, passant de 80 808 à 87 851 naissances vivantes, atteignant ainsi un pic provisoire. Comme le montre le **Tableau 3**, cette évolution est liée, entre autres, à une proportion croissante de naissances d'enfants de parents de nationalité étrangère.

Tableau 3. Naissances en Suisse

Année	Naissances vivantes (Total)	Garçons	Filles	Suisses	Étrangers
2011	80 808	41 626	39 182	59 043	21 765
2012	82 164	42 435	39 729	59 684	22 480
2013	82 731	42 595	40 136	59 440	23 291
2014	85 287	43 850	41 437	60 707	24 580
2015	86 559	44 649	41 910	61 344	25 215
2016	87 883	44 932	42 951	61 570	26 313
2017	87 381	44 873	42 508	61 124	26 257
2018	87 851	45 013	42 838	61 650	26 201
2019	86 172	44 123	42 049	60 875	25 297
2020	85 914	44 299	41 615	61 049	24 865
2021	89 644	45 928	43 716	64 132	25 512
2022	82 371	42 464	39 907	58 556	23 815
2023	80 024	41 048	38 976	56 122	23 902
2024	78 256	40 159	38 097	54 815	23 441

Source: OFS – Statistiques sur les naissances en Suisse, 2025.

Cependant, une tendance à la baisse s'est amorcée en 2019. Le nombre de naissances vivantes a d'abord connu une baisse modérée, puis un déclin significatif après un pic temporaire en 2021, probablement dû à la pandémie. En 2023, 80 024 naissances vivantes ont été enregistrées en Suisse, et en 2024, ce chiffre a encore diminué pour atteindre 78 256. Dans le même temps, le taux de natalité a également diminué, tombant à environ 8,7 naissances vivantes pour 1 000 habitants en 2024, soit un niveau nettement inférieur à celui des années précédentes. Cela représente un net recul de la tendance relativement stable des taux de natalité sur une longue période.

L'augmentation des taux de natalité observée en 2021 ne doit pas être interprétée comme un renversement de tendance structurel. Des recherches internationales (voir Sobotka *et al.*, 2023) montrent que plusieurs pays européens ont connu une augmentation à court terme des naissances en 2021 après le premier confinement dû à la pandémie de coronavirus en 2020. Cet effet dit de rattrapage est attribué, entre autres, à l'évolution des conditions de vie et de travail pendant les confinements, comme l'allongement du temps passé à la maison, la modification des structures de travail et l'avancement des projets d'enfants préexistants.

En Suisse également, cette augmentation a été de courte durée et a été suivie d'une nouvelle baisse des taux de natalité au cours des années suivantes. La tendance observée depuis 2019 n'indique donc pas une reprise durable des taux de natalité, mais confirme plutôt une tendance continue à la baisse.

1.2 L'âge de la première maternité en Suisse

La structure d'âge des parents à la naissance de leur premier enfant s'est considérablement modifiée en Suisse au cours des deux dernières décennies. La forte baisse des premières maternités dans les tranches d'âge jeunes est particulièrement frappante. Alors que 253 premières maternités de mères âgées de moins de 20 ans ont été enregistrées en 2005, ce chiffre est tombé à 31 premières maternités en 2024. Une baisse marquée est également observée chez les mères âgées de 20 à 24 ans. Leur nombre est passé de 4 310 à 1 474 premières maternités au cours de la même période.

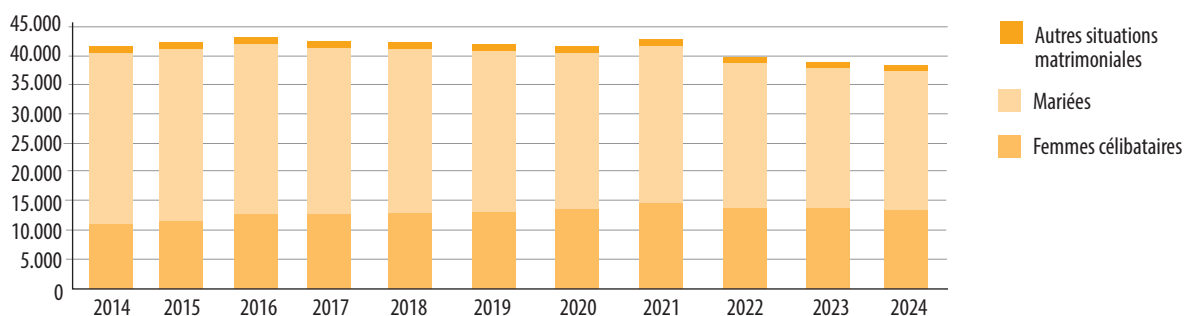
En outre, les premières maternités concernent toujours davantage des tranches d'âge plus élevées. Depuis de nombreuses années, la tranche d'âge des 30-34 ans est celle qui compte le plus grand nombre de primipares. Leur nombre est passé de 10 472 en 2005 à un pic de plus de 11 600 en 2021 et à 10 200 en 2024. Cela signifie qu'environ 42 % de toutes les premières maternités en 2024 se situent dans cette tranche d'âge. Dans le même temps, le nombre de primipares âgées de 35 à 39 ans a également augmenté de manière significative. Les premières maternités dans cette tranche d'âge sont passées de 4 879 en 2005 à 5 065 en 2024, ce qui correspond à une part d'un peu plus de 21 % de l'ensemble des premières maternités.

Les premières maternités dans des tranches d'âge encore plus élevées sont également beaucoup plus fréquentes aujourd'hui que par le passé. Alors que 964 premières maternités de mères âgées de 40 ans et plus ont été enregistrées en 2005 (environ 3,2 %), ce chiffre est passé à 1 304 en 2024, ce qui correspond à une part de 5,4 %. Cette évolution montre que l'âge auquel les gens fondent une famille a clairement augmenté ces dernières années.

Une tendance similaire peut être observée chez les pères. La majorité des pères ont entre 30 et 39 ans lorsqu'ils ont leur premier enfant, la tranche d'âge des 35-39 ans étant particulièrement bien représentée sur l'ensemble de la période. Dans le même temps, la proportion de pères âgés de 40 ans et plus a augmenté. En 2005, 4 097 premières naissances concernaient ces tranches d'âge, ce qui correspondait à 13,6 % de l'ensemble des premières naissances. En 2024, il y a eu 3 750 premières naissances dans ces tranches d'âge, ce qui correspond à une part de 15,5 %, en tenant compte également de la baisse du taux de natalité. Cela montre qu'il y a également eu une évolution significative vers le fait de devenir père pour la première fois plus tard dans la vie.

La naissance du premier enfant revêt une importance particulière pour la planification familiale. En général, plus la première naissance est tardive, moins il y a de temps pour d'autres naissances. Le moment de la naissance du premier enfant influence donc non seulement le parcours de vie individuel, mais aussi les taux de natalité et la continuité générationnelle à long terme.

Figure 2. Nombre de premières naissances en Suisse selon l'état civil de la mère, 2014-2024



Source: OFS – Statistiques sur l'évolution naturelle de la population, 2025.

La **Figure 2** montre comment la répartition des premières maternités en Suisse a évolué entre 2014 et 2024 en fonction de l'état civil de la mère. Bien que la majorité des premières maternités au cours de cette période aient continué à avoir lieu dans le cadre du mariage, cette proportion a diminué régulièrement.

En 2014, 71 % des premières maternités étaient le fait de femmes mariées, alors que cette proportion est tombée à environ 62 % avant 2024. Dans le même temps, les premières maternités chez les mères célibataires sont devenues beaucoup plus fréquentes. Leur part est passée d'environ 27 % en 2014 à un peu moins de 36 % en 2024. Même si les premières maternités chez les femmes dans d'autres situations matrimoniales, divorcées ou veuves, jouent un rôle plutôt insignifiant en termes de nombre, une légère baisse peut également être observée à ce niveau.

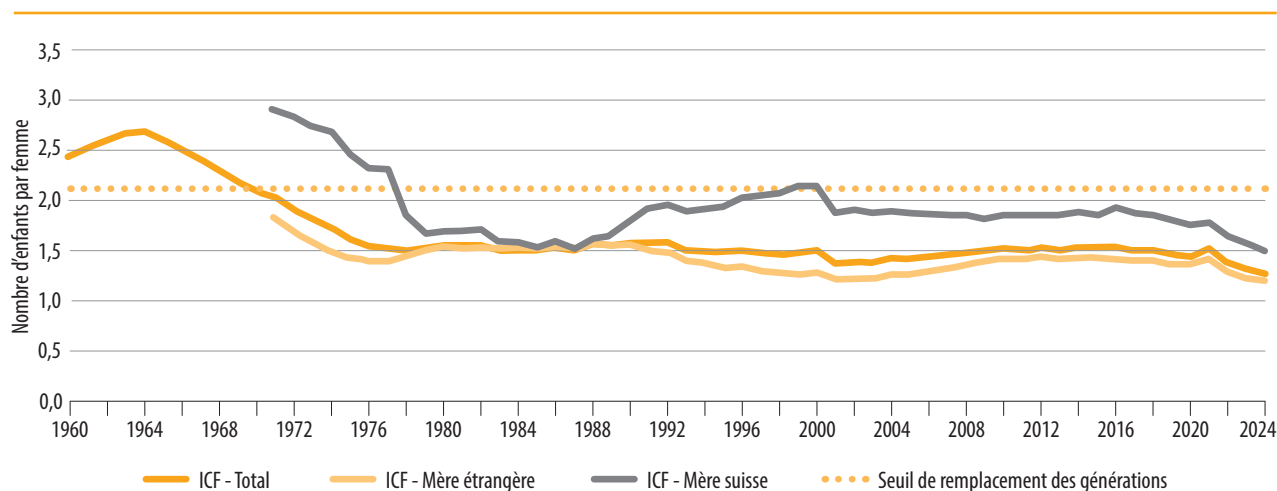
Cette évolution illustre les changements en cours dans les arrangements familiaux et de vie en Suisse. La parentalité est de moins en moins liée au mariage et se déroule désormais plus souvent en dehors du cadre institutionnel traditionnel. Les données sur les naissances selon l'état civil de la mère reflètent donc une diversité croissante des modes de vie individuels et des modèles de relation.

1.3 L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) en Suisse

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF), fondamental pour l'analyse systématique de ces évolutions, indique le nombre d'enfants qu'une femme mettrait hypothétiquement au monde en moyenne si les taux de natalité par âge d'une année donnée restaient constants tout au long de sa vie. Après la fin du baby-boom, l'ICF en Suisse a chuté de manière significative dans les années 1970, tombant sous le seuil de remplacement des générations d'environ 2,1 enfants par femme. Il est resté en dessous de ce niveau depuis lors. Avec environ 1,3 enfant par femme en 2024, l'ICF a été particulièrement bas ces dernières années (**Figure 3**).

La valeur d'environ 2,1 enfants par femme requise pour le remplacement des générations est considérée comme la référence pour le remplacement numérique à long terme d'une population. Si le taux de fécondité reste inférieur à ce niveau, cela entraîne une modification de la structure par âge à long terme. En Suisse, cette évolution se manifeste depuis plusieurs décennies par un vieillissement croissant de la population. Cela pose également des problèmes aux systèmes de sécurité sociale par répartition, tels que l'assurance-veillesse et survivants suisse (AVS), dont le financement repose sur le rapport entre la population active et la population inactive. Comme dans d'autres pays européens, les données sur la fécondité montrent que les femmes de nationalité étrangère donnent naissance à plus d'enfants en moyenne que les suisses.

Figure 3. Évolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) en Suisse selon la nationalité de la mère, 1960-2024



Source: OFS – Statistiques sur l'évolution naturelle de la population, 2025.

Il existe également des différences de taux de natalité entre les cantons au sein de la Suisse. Le Tessin connaît depuis des années un faible taux de fécondité et se classe en queue de peloton en ce qui concerne le nombre moyen d'enfants par femme. Toutefois, cette évolution ne doit pas être interprétée comme un cas particulier isolé. Elle est plutôt liée à des caractéristiques structurelles et sociales qui peuvent également être observées dans d'autres régions à faible taux de natalité. Parmi celles-ci, l'augmentation de l'âge moyen auquel les personnes fondent une famille, des changements de carrière et de parcours de vie, ainsi que des conditions économiques et sociales peuvent influencer la décision d'avoir des enfants. Dans le même temps, les comparaisons internationales montrent que les régions culturellement, économiquement et démographiquement proches de l'Europe du Sud et de l'Ouest présentent souvent des schémas similaires. En ce sens, le Tessin s'inscrit dans un contexte européen plus large, caractérisé par des taux de natalité faibles et une formation tardive des familles.

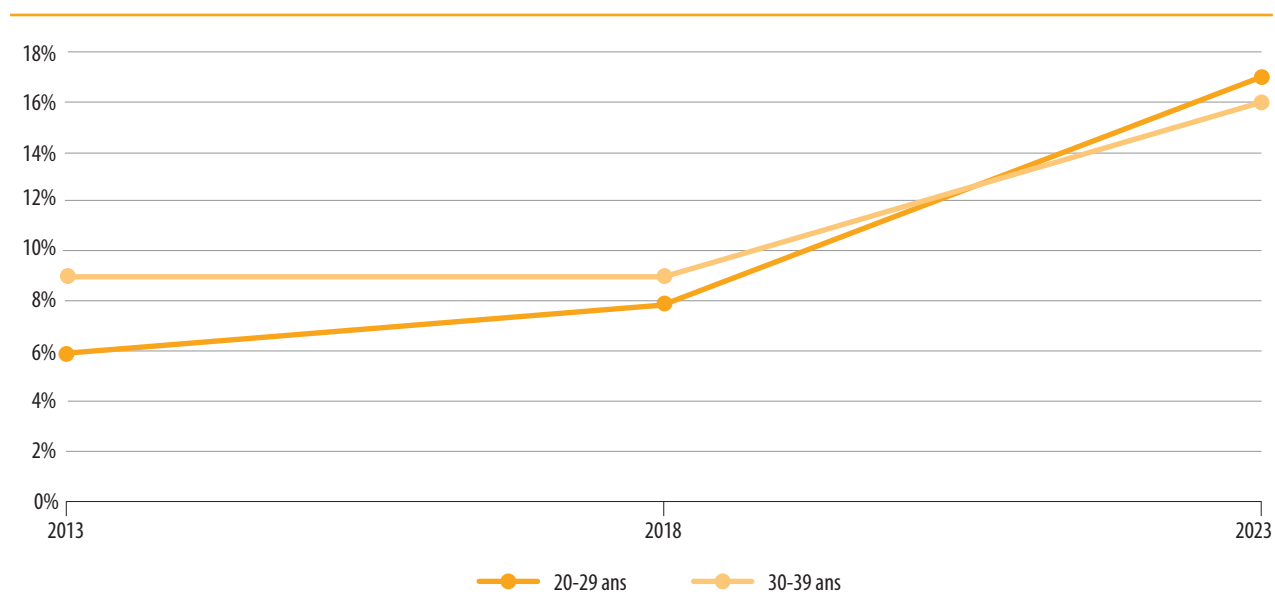
Les différences cantonales montrent ainsi que l'évolution des taux de natalité n'est pas uniquement imputable à des facteurs nationaux, mais qu'elle est également influencée par des contextes régionaux à plus petite échelle. En même temps, ils soulignent que les changements démographiques en Suisse s'inscrivent dans le cadre d'une évolution européenne plus large.

1.4 L'évolution des intentions en matière de reproduction

Parallèlement aux changements structurels dans les premières maternités et la fécondité, on peut également observer des changements dans les intentions en matière de reproduction. La Figure 4 montre la proportion de personnes ne souhaitant pas avoir d'enfants dans deux tranches d'âge (20-29 ans et 30-39 ans) au fil du temps. Dans les deux groupes, la proportion a augmenté de manière significative entre 2013 et 2023. L'augmentation est particulièrement prononcée chez les 20-29 ans : alors qu'environ 6 % d'entre eux déclaraient ne pas vouloir d'enfants en 2013, cette proportion était d'environ 17 % en 2023. Chez les 30-39 ans, on observe également une augmentation, passant d'environ 9 % (2013) à environ 16 % (2023). Les résultats indiquent que le manque de désir d'avoir des enfants est plus fréquent chez les jeunes et les personnes d'âge moyen aujourd'hui qu'il ne l'était il y a dix ans.

En résumé, la baisse des taux de natalité en Suisse peut être considérée comme le résultat de plusieurs évolutions interdépendantes. Outre la tendance à fonder une famille à un âge plus avancé et la

Figure 4. Proportion de personnes sans désir d'enfant par tranche d'âge en Suisse, 2013-2023



Source: DFI – Baisse de la natalité en Suisse, 2025.

persistance d'un faible taux de fécondité, elle est toujours plus impactée par les changements des intentions en matière de reproduction. La proportion croissante de personnes qui ne veulent pas d'enfants, en particulier dans les tranches d'âge les plus jeunes, suggère que la baisse des taux de natalité n'est pas seulement due au report de la maternité, mais aussi, de plus en plus, à des décisions délibérées de ne pas avoir d'enfants.

Les résultats structurels présentés montrent donc que les évolutions démographiques ne peuvent être considérées isolément, mais doivent être replacées dans le contexte de l'évolution des parcours de vie, des formes de relation, des priorités et des valeurs individuelles. Dans ce contexte, la question se pose de savoir comment ces évolutions sont perçues par la population, quelles explications et interprétations y sont associées et quelles significations sont attribuées à la parentalité aujourd'hui.

2. LA PERCEPTION SOCIALE DE LA NATALITÉ ET DE LA PARENTALITÉ EN SUISSE

2.1 Les raisons perçues de la baisse de la natalité

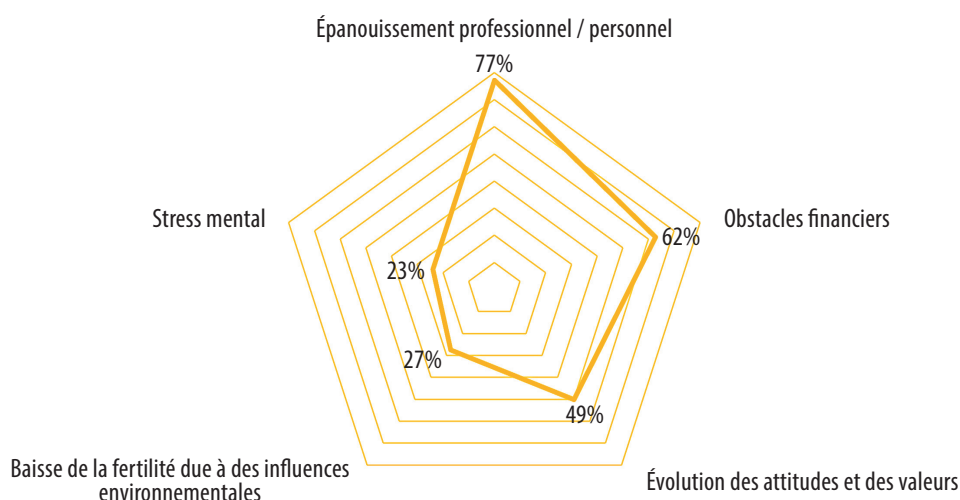
Dans la deuxième vague de l'enquête, les participants ont été invités à évaluer les raisons qui, selon eux, ont contribué à la baisse du taux de natalité en Suisse. La question a été conçue comme une question à choix multiples afin de permettre de citer plusieurs causes en même temps. La distribution de fréquence des réponses est présentée dans la **Figure 5**.

La raison la plus fréquemment citée est l'épanouissement professionnel et personnel (77 %), suivie par les obstacles financiers (62 %) et l'évolution des attitudes et des valeurs (49 %). Moins fréquemment, mais toujours par une proportion importante de répondants, une baisse de la fertilité due à des influences environnementales (27 %) et le stress psychologique (23 %) ont été cités comme des raisons possibles. Ces résultats permettent de comprendre quelles explications de la baisse des taux de natalité sont particulièrement répandues au sein de la population.

Outre les options de réponse prédéfinies, les répondants ont eu la possibilité de donner des raisons supplémentaires en s'exprimant librement. Environ 14 % ont utilisé cette option. Les réponses ouvertes ont été regroupées par thème et servent de complément qualitatif aux résultats standardisés.

Trois interprétations récurrentes se dégagent des réponses aux questions ouvertes : Tout d'abord, de nombreuses réponses font référence à l'incertitude quant à l'avenir, par exemple en ce qui concerne les crises politiques, le changement climatique ou les évolutions sociales générales. Deuxièmement, beaucoup de réponses abordent les conditions structurelles de la fondation d'une famille, notamment la compatibilité entre la vie professionnelle et la vie familiale, les contraintes de temps ou le manque de systèmes de soutien. Troisièmement, il y a des références à des changements normatifs et à des changements matériels dans le parcours de vie, tels que la modification des projets de vie, le fait de fonder une famille plus tard dans la vie ou la modification de la dynamique relationnelle.

Figure 5. Les raisons perçues de la baisse du taux de natalité, en %



Source: CHARLS 2025, vague 2, n = 1 988.

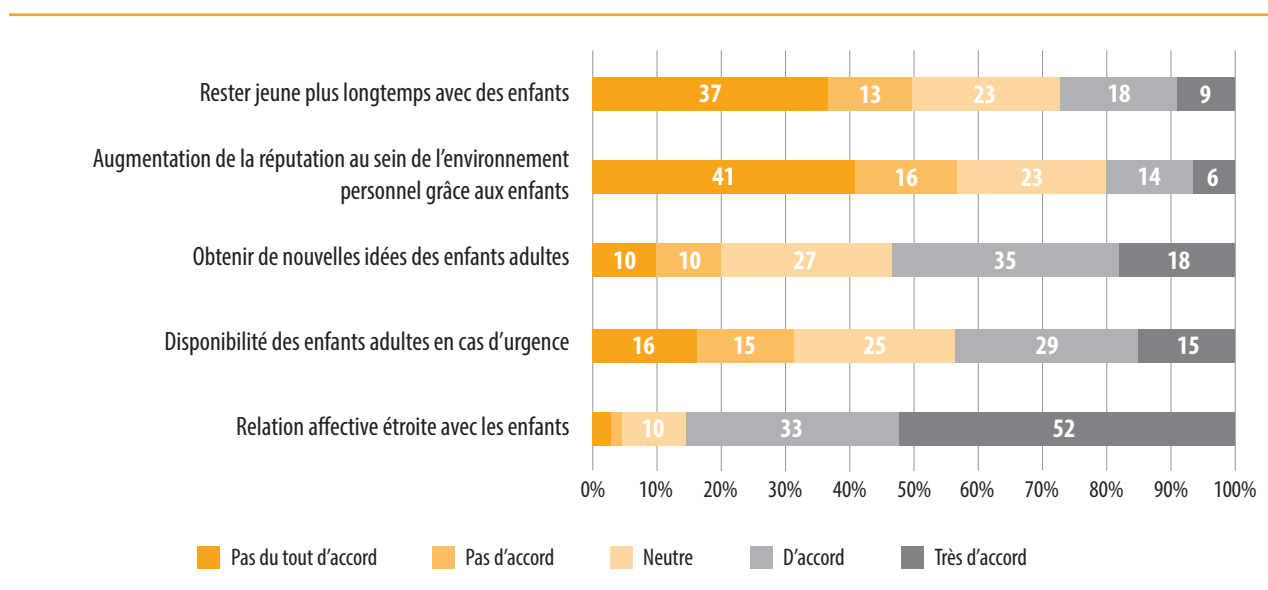
Dans l'ensemble, les réponses ouvertes complètent les catégories de réponses fermées en montrant clairement que de nombreuses personnes interrogées n'attribuent pas la baisse du taux de natalité aux seuls choix individuels, mais la perçoivent plutôt comme le résultat d'une interaction de facteurs sociaux, économiques et biographiques.

2.2 Le sens de la parentalité

L'importance de la parentalité est étroitement liée aux valeurs sociales et aux projets de vie individuels. Les idées sur ce que signifie être parent influencent à la fois la décision d'avoir ou non des enfants et les attentes concernant les relations au sein des familles tout au long de la vie. Au cours des dernières décennies, on a observé un changement dans la signification attribuée à ces sujets. Outre les idées normatives traditionnelles, des considérations émotionnelles, relationnelles et individuelles relatives au parcours de vie influencent de plus en plus les décisions en matière de reproduction. Le rôle de parent est moins considéré comme une obligation sociale que comme un choix de vie individuel auquel on peut renoncer.

Dans ce contexte, lors de la première vague de l'enquête CHARLS, les répondants ont été interrogés sur les attentes et les significations qu'ils associent à la parentalité. Les résultats donnent un aperçu des aspects de la parentalité perçus comme particulièrement importants par la population d'aujourd'hui. Avoir une relation affective avec ses propres enfants est considéré comme particulièrement important. Une nette majorité des personnes interrogées attachent une grande importance à l'attente d'un lien affectif étroit avec leurs enfants. Environ 85 % d'entre eux déclarent que cet aspect joue un rôle important ou très important pour eux (voir Figure 6). La parentalité est donc principalement comprise comme une relation de confiance à long terme qui revêt une importance capitale à différents stades de la vie. Le soutien mutuel à l'âge adulte est également un élément important de la parentalité pour de nombreuses personnes interrogées. 44 % expriment de fortes attentes quant à la disponibilité des enfants adultes en cas d'urgence. En outre, plus de la moitié des personnes interrogées déclarent espérer que leurs enfants adultes leur donneront un nouvel élan ou une nouvelle inspiration pour leur

Figure 6. Attentes et attributions de sens liées à la parentalité. Présentation du degré d'accord avec les affirmations sélectionnées selon le niveau d'attente, en %



Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 3 189.

propre vie. La parentalité n'est donc pas exclusivement liée à la phase de l'enfance, mais est perçue comme une relation réciproque entre les générations.

En revanche, les motifs liés au statut ou instrumentaux jouent un rôle nettement moins important. La plupart des personnes interrogées considèrent que les attentes telles que l'augmentation du prestige dans l'environnement personnel ou le sentiment de rester jeune plus longtemps grâce aux enfants n'ont que peu ou pas d'importance. La parentalité est donc moins associée au prestige social ou à des considérations individuelles de bénéfice qu'à la proximité, à la fiabilité et à l'attachement émotionnel.

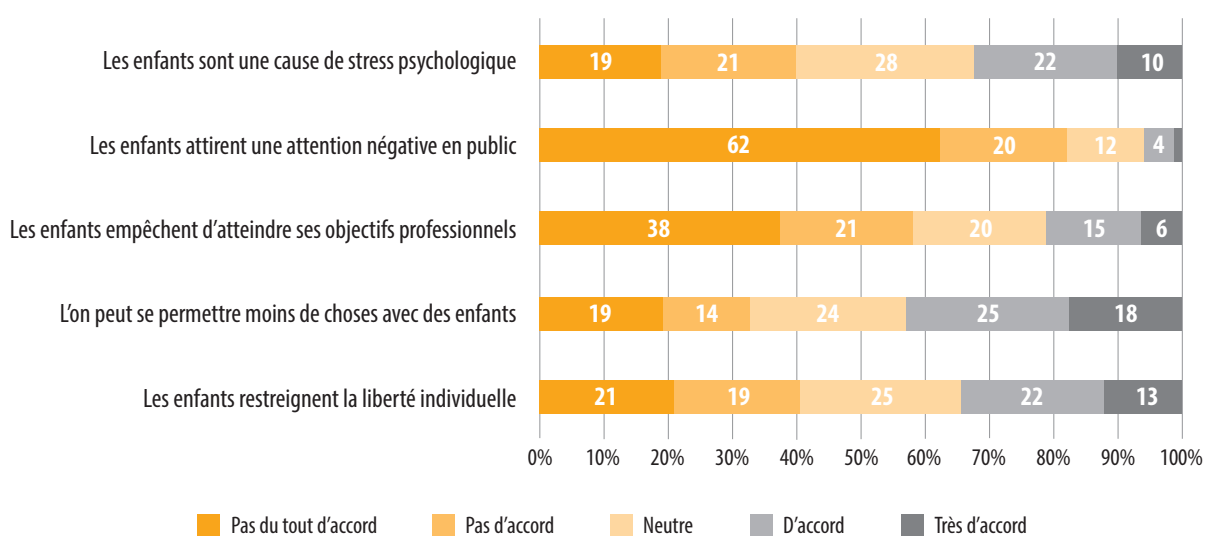
Dans l'ensemble, les résultats montrent que, du point de vue des personnes interrogées, la parentalité d'aujourd'hui se définit principalement par des relations affectives, un soutien mutuel et une sécurité relationnelle à long terme. Ces attributions de sens sont cohérentes avec les évolutions démographiques décrites ci-dessus et soulignent l'évolution de la parentalité vers une expérience plus individualisée et plus ancrée dans la biographie.

2.3. Les obstacles à la parentalité

Outre les attentes positives à l'égard des enfants, les charges et les restrictions perçues jouent également un rôle dans la décision d'être parent ou non. Les résultats de l'enquête CHARLS montrent qu'une partie de la population associe les enfants à des coûts et à des contraintes, tant matérielles qu'immatérielles, qui peuvent constituer des obstacles potentiels à la parentalité.

Les contraintes sur la liberté personnelle sont anticipées de la manière la plus négative. Environ 35 % des personnes interrogées déclarent que les enfants restreignent sérieusement ou très sérieusement leur liberté personnelle (voir **Figure 7**). Dans le même temps, une majorité rejette ce point de vue : 40 % déclarent que les enfants ne limitent pas du tout ou presque pas leur liberté personnelle. Les restrictions à la liberté individuelle sont donc perçues par une partie importante de la population, mais ne représentent pas une opinion dominante.

Figure 7. La perception des obstacles et limites à la parentalité. Degré d'accord avec les affirmations sélectionnées selon le niveau d'attente, en %



Source: CHARLS 2023, vague I, n = 3 189.

Les aspects financiers jouent également un rôle. Environ 43 % des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle avoir des enfants signifie pouvoir se permettre moins de choses. En revanche, 33 % des personnes interrogées déclarent qu'elles ne s'attendent à aucune ou presque aucune restriction de ce type. Les charges financières sont donc perçues comme un obstacle par une grande partie de la population, mais ne sont pas aussi importantes pour toutes les personnes interrogées.

Les coûts d'opportunité perçus en termes de carrière sont nettement moins importants pour les personnes interrogées. Une majorité de 59 % déclare que les enfants n'affecteraient pas du tout ou presque pas ses objectifs de carrière. Seuls 21 % sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle avoir des enfants les empêcherait d'atteindre leurs objectifs de carrière. Cela suggère que, bien qu'il y ait des inconvénients liés à la carrière, la plupart des personnes interrogées ne les considèrent pas comme décisifs.

L'accord avec l'attente de désavantages sociaux est plutôt faible. Une très nette majorité de 82 % estime que le fait d'avoir des enfants n'attire pas du tout ou presque pas une attention négative en public. Seuls 6 % des répondants expriment de fortes ou de très fortes inquiétudes à cet égard. Du point de vue des personnes interrogées, la stigmatisation sociale n'est donc pas un obstacle pertinent à la parentalité.

Enfin, le stress psychologique causé par les enfants est également considéré comme modéré dans l'ensemble. Environ 32 % des personnes interrogées considèrent que les enfants représentent une charge importante ou très importante, tandis que 40 % ne sont pas du tout d'accord avec cette évaluation. Un autre groupe important de répondants adopte une position neutre.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que la population suisse perçoit différents obstacles à la parentalité, mais qu'aucun d'entre eux n'est prédominant pour une majorité de la population. Les contraintes financières et la perte de liberté personnelle jouent un rôle plus important que les désavantages professionnels ou sociaux. Ces résultats complètent les attentes positives attribuées au fait d'avoir des enfants et illustrent la manière dont les gens mettent en balance les avantages émotionnels et les coûts d'opportunité perçus lorsqu'ils décident d'être parents ou non.

2.4 L'absence d'enfant : un choix individuel

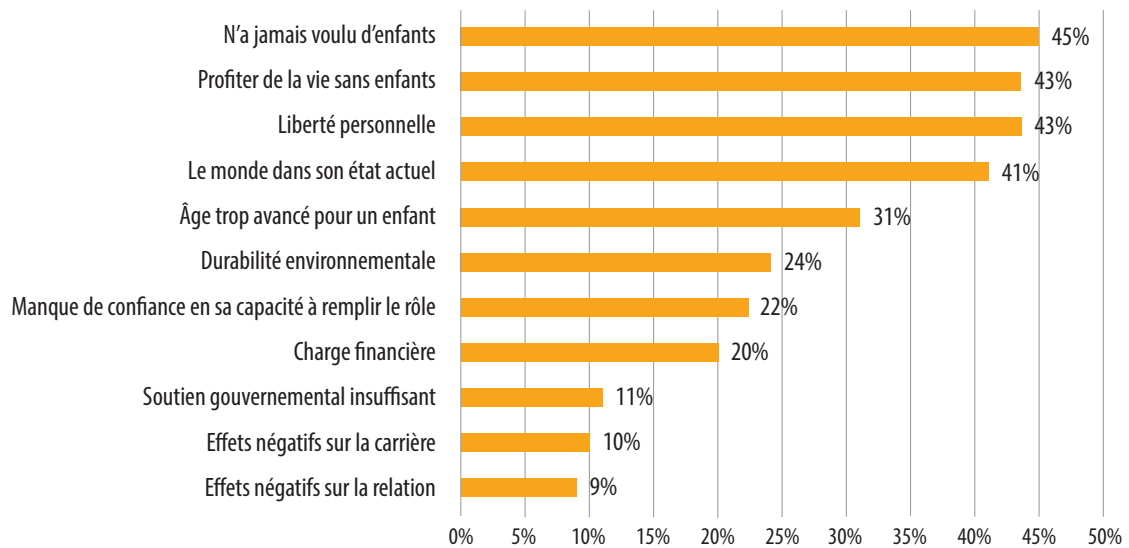
L'absence d'enfant peut avoir différentes causes et n'est pas nécessairement l'expression d'opportunités limitées ou d'un désir inassouvi d'avoir des enfants. Dans les sociétés modernes, le choix délibéré de ne pas avoir d'enfant – en tant qu'expression d'un style de vie individuel – gagne en importance.

L'absence d'enfant voulue fait référence à une situation de vie dans laquelle des adultes n'expriment aucun désir d'avoir des enfants et décident donc consciemment de ne pas être parents. Elle se distingue clairement de l'absence d'enfant non désirée, qui est due à des contraintes biologiques, médicales ou relationnelles (voir **Chapitre 3**). Le choix de ne pas avoir d'enfant fait plutôt référence à des décisions prises dans le cadre d'un choix de vie, d'autonomie, de valeurs et d'exigences perçues en matière de parentalité.

Dans ce contexte, nous analysons les raisons avancées par les personnes pour justifier leur décision de ne pas avoir d'enfants. Les évaluations suivantes donnent un aperçu des motivations de ce groupe de personnes et montrent quels sont les aspects individuels, sociaux et sociétaux qui jouent un rôle.

Les résultats empiriques montrent que, dans ce groupe, l'absence d'enfant est principalement considérée comme un choix de vie délibéré. Les raisons les plus fréquemment citées sont liées à

Figure 8. Raisons de l'absence d'enfants sans désir d'en avoir (plusieurs réponses possibles), en %



Source: CHARLS 2023, vague I, n = 525. Réponses multiples possibles ; les pourcentages correspondent à la proportion de personnes interrogées qui ont cité la raison correspondante parmi celles qui ne veulent pas avoir d'enfants.

des choix personnels de mode de vie, à des priorités individuelles et à des attitudes fondamentales à l'égard de la parentalité (voir Figure 8). L'affirmation des répondants selon laquelle ils n'ont jamais voulu d'enfants est particulièrement fréquente (45 %). Les restrictions de la liberté personnelle (43 %) et le désir de profiter pleinement de la vie sans enfants (43 %) sont également fréquemment cités. Environ 41 % des personnes interrogées justifient également leur décision en déclarant qu'elles ne veulent pas mettre au monde un enfant dans le monde actuel en raison de préoccupations sociales, politiques ou environnementales.

Outre ces attitudes fondamentales, l'âge joue également un rôle. Un peu moins d'un tiers des personnes interrogées (31 %) se sentent trop âgées pour avoir un enfant. Cela suggère que les limites liées à l'âge perçues subjectivement pour la parentalité sont pertinentes pour de telles décisions bien avant que la limite biologique de la fertilité ne soit atteinte.

Les facteurs de stress économiques et individuels sont également mentionnés, mais moins fréquemment. Environ 20 % citent la charge financière élevée, tandis qu'environ 22 % déclarent ne pas avoir confiance en leur capacité à être parents. Des raisons telles que les effets négatifs possibles sur la carrière (10 %), sur les relations (9 %) ou l'insuffisance du soutien gouvernemental (11 %) jouent un rôle moins important en comparaison.

Environ 11 % des répondants ont également saisi l'occasion d'expliquer leurs raisons par leurs propres mots. Ces 54 réponses ouvertes complètent les résultats standardisés et peuvent être divisées en plusieurs thèmes. Un thème central concerne la santé et les raisons biologiques. Elles incluent notamment l'infertilité, les procédures médicales (l'hystérectomie par exemple), les maladies chroniques et les risques génétiques à ne pas transmettre. Les expériences traumatisantes en matière de procréation, telles que les fausses couches ou les naissances d'enfants mort-nés, sont également mentionnées. Ces déclarations montrent clairement que la décision de ne pas avoir d'enfants n'est pas exclusivement le résultat d'un libre choix, mais qu'elle peut également être induite par des raisons médicales.

Un autre thème concerne le stress psychologique et les ressources personnelles. Plusieurs répondants font référence à la maladie mentale, au stress post-traumatique, aux problèmes d'attachement ou à la peur de l'accouchement. Dans ces cas, le fait de ne pas avoir d'enfant semble être une décision consciente basée sur des considérations de résilience et de responsabilité vis-à-vis d'un enfant potentiel.

En outre, les réponses individuelles portent sur la relation et les circonstances pratiques de la vie, telles que l'absence d'un partenaire, le désir de ne pas être un parent célibataire ou la tâche préexistante de s'occuper d'un partenaire souffrant d'une maladie chronique. Ces aspects complètent la catégorie standardisée des raisons liées au partenaire pour ne pas vouloir d'enfants.

Les croyances sociales et normatives sont également exprimées dans les réponses ouvertes. Les crises environnementales, la surpopulation, les incertitudes politiques et le rejet fondamental de la parentalité en tant qu'attente sociale sont notamment évoqués. Les réponses individuelles font également référence aux cadres juridiques et institutionnels, par exemple en ce qui concerne les partenariats entre personnes de même sexe ou la limitation des possibilités de fonder une famille. Enfin, certaines déclarations décrivent l'absence d'enfant comme une décision de vie positive et définitive. Plusieurs répondants soulignent leur satisfaction d'une vie sans enfants ou déclarent que leur ancien désir d'avoir des enfants est devenu moins important au cours de leur vie.

En résumé, les résultats montrent que l'absence d'enfants sans désir d'en avoir dans ce groupe de population est principalement l'expression de choix de vie délibérés et de valeurs individuelles. Les aspects financiers, professionnels ou institutionnels jouent un rôle, mais ne sont généralement pas au centre des préoccupations des personnes interrogées. Les réponses ouvertes montrent aussi clairement que la décision de ne pas avoir d'enfants est souvent fondée sur des expériences biographiques différentes. L'absence d'enfant s'avère donc être un phénomène complexe, étroitement lié à l'évolution des idées sur la parentalité et la vie épanouie.

3. L'INFERTILITÉ : EXPÉRIENCES ET ABSENCE D'ENFANT NON DÉSIRÉE

Lors de l'étude de l'infertilité, il convient tout d'abord de distinguer l'infertilité primaire de l'infertilité secondaire, puis l'infertilité biologique de l'infertilité sociale. Alors que les personnes atteintes d'infertilité primaire ne peuvent pas avoir d'enfants biologiques sans une assistance médicale, l'infertilité secondaire fait référence à l'incapacité de mener à bien une autre grossesse après avoir déjà eu un enfant.

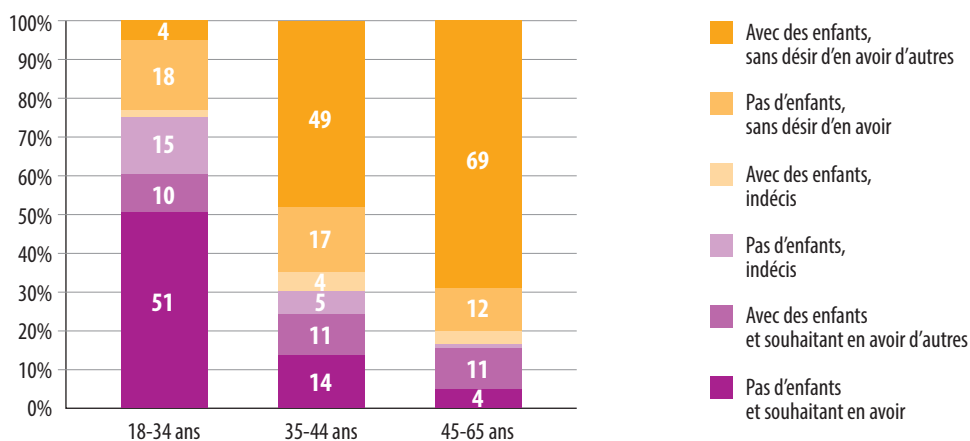
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'infertilité comme la tentative infructueuse d'un couple hétérosexuel de parvenir à une grossesse après 12 mois (ou plus) de rapports sexuels réguliers et non protégés (Organisation mondiale de la santé, 2018).

La distinction entre l'infertilité biologique et l'infertilité sociale met l'accent sur la constatation que l'infertilité (qu'elle soit primaire ou secondaire) n'a pas toujours une cause biologique ; les circonstances de la vie, telles que l'absence d'un partenaire adéquat ou une relation homosexuelle, ont également une influence décisive (Lo et Campo-Engelstein, 2018).

La **Figure 9** montre les projets et situations de vie des personnes interrogées par tranche d'âge. Comme on peut voir, 81 % des personnes âgées de 45 à 65 ans ont atteint leur objectif : elles ne veulent pas (ou plus) d'enfants et sont satisfaites avec (69 %) ou sans (12 %) enfants. 4 % d'entre eux sont encore indécis quant à savoir s'ils veulent un (autre) enfant et 11 % veulent au moins un (autre) enfant. 4 % des personnes de cette tranche d'âge n'ont pas d'enfants, même si elles auraient aimé en avoir.

Chez les 18-34 ans, cette répartition est inversée. Ils sont relativement proches du début de leur vie d'adulte, de sorte que 51 % d'entre eux n'ont pas encore d'enfants mais souhaitent en avoir dans le futur ; 10 % ont déjà des enfants et en veulent d'autres, 17 % sont encore indécis quant à savoir s'ils veulent avoir un (autre) enfant et 18 % ne veulent pas d'enfants du tout (ce qui correspond aux données de l'OFS). 4 % de cette tranche d'âge la plus jeune ont déjà achevé leur planification familiale. Dans une étape ultérieure, nous pouvons maintenant examiner dans quelle mesure cette absence d'enfant peut être attribuée à l'infertilité biologique.

Figure 9. Répondants avec et sans enfants et leur désir d'avoir un (autre) enfant par tranche d'âge, en %



Source: CHARLS 2023, vague I, n = 3 294.

3.1 Les expériences d'infertilité dans la population suisse

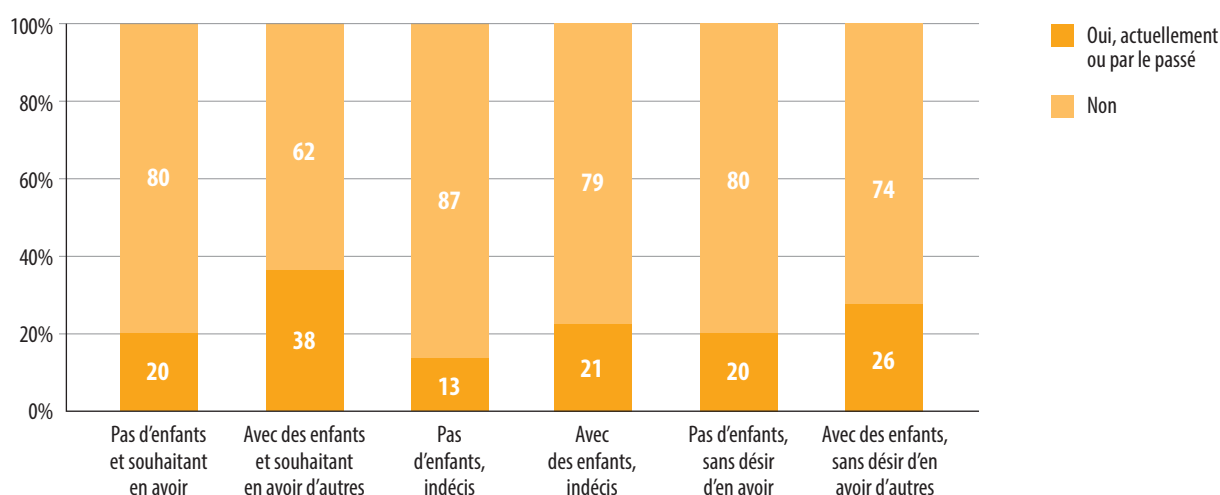
Sur les 2 974 personnes qui ont répondu à la question sur une période de rapports hétérosexuels réguliers, non protégés et sans grossesse (19 % se sont abstenus), 790 personnes ont répondu qu'ils l'ont eue (20 %), soit pour le passé (17 %), soit actuellement (3 %). Il est intéressant de noter que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer touchées (26 % des femmes contre 22 % des hommes). Cela ne semble pas statistiquement plausible, à supposer qu'un couple essaie de concevoir un enfant ensemble. Cette divergence pourrait indiquer que la planification familiale est souvent prise en charge par la femme (cf. Duvander *et al.*, 2020 et Stein *et al.*, 2014).

Si l'on examine les expériences d'infertilité de toutes les personnes interrogées en fonction de leurs projets de vie (voir **Figure 10**), il est clair, tout d'abord, qu'une phase de rapports sexuels réguliers et non protégés se produit également chez les personnes qui ne veulent pas avoir d'enfants. Cela soulève la question de la contraception. Les commentaires libres indiquent que le risque de grossesse est parfois accepté par les personnes qui ne souhaitent pas avoir d'enfants (par exemple, « Heureusement, personne n'est encore tombé enceinte ») ou qu'il existe d'autres raisons de ne pas utiliser de contraception, comme l'arrivée de la ménopause ou la vasectomie du partenaire.

Le nombre de personnes ayant une expérience de l'infertilité est plus élevé (38 %) parmi les parents qui souhaitent avoir d'autres enfants et, dans une moindre mesure, parmi les parents qui ne souhaitent plus avoir d'enfants (26 %). L'âge plus élevé de ces groupes de personnes est une explication possible. Toutefois, cela montre également qu'entre un quart et un tiers des personnes interrogées traversent à un certain moment une phase de la vie où elles n'utilisent pas de contraception sans avoir de grossesse.

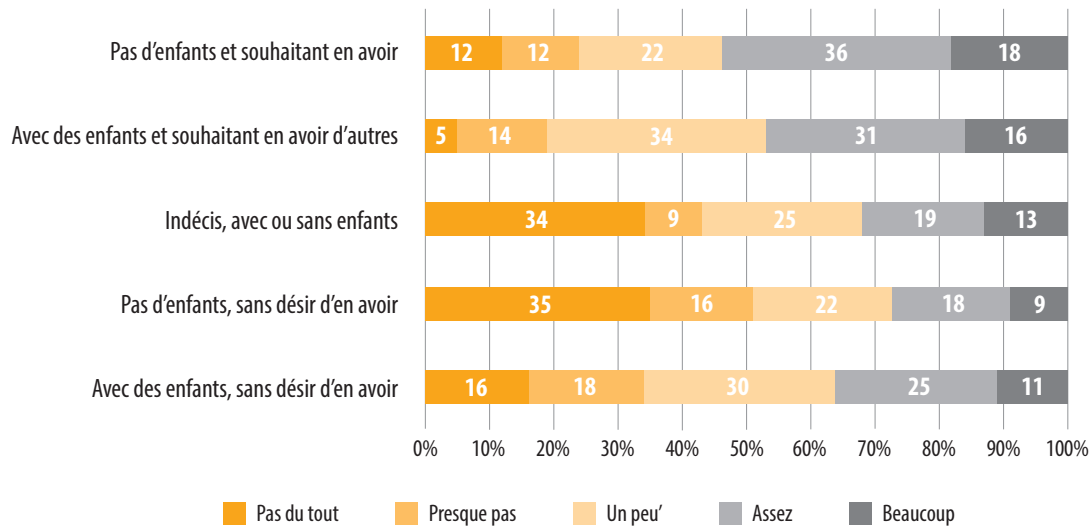
Parmi les personnes qui ont connu une phase d'infertilité (n = 686 ; voir **Figure 11**), ce sont les personnes qui veulent / voulaient avoir des enfants (n = 107) qui souffrent ou ont souffert le plus (54 % ont déclaré souffrir ou avoir souffert un peu ou beaucoup dans le passé), suivies par les parents qui souhaitaient avoir d'autres enfants (47 %, 50 sur 107). Les moins touchées sont les personnes indécises quant à leur désir d'avoir un (autre) enfant, qu'elles en aient déjà ou pas (43 %, 14 sur 32, ont déclaré ne pas souffrir / ne pas avoir souffert du tout ou presque) et celles qui n'ont pas d'enfants et ne veulent pas en avoir (51 %, 44 sur 86, avec une détresse psychologique nulle ou presque nulle). Le fait que les personnes qui ne veulent

Figure 10. Expérience de l'infertilité biologique selon le projet de vie, en %



Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 2 974.

Figure 11. Souffrance liée à l'infertilité, en %

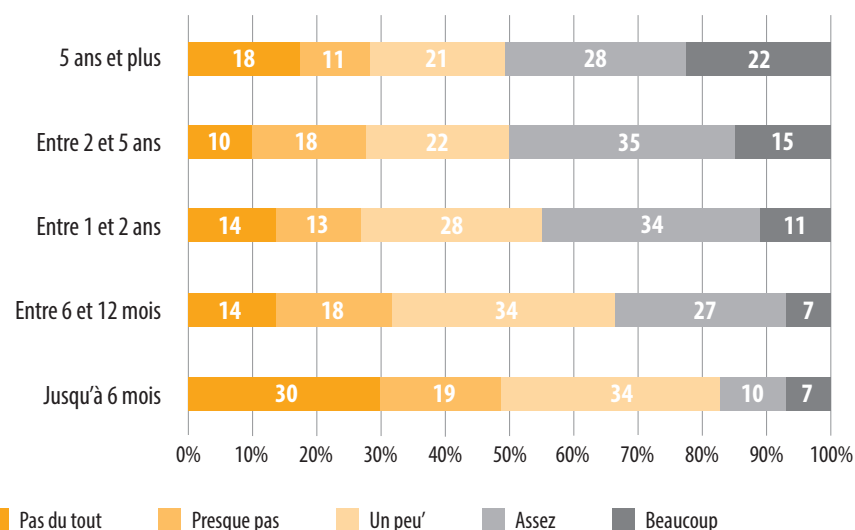


Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 686.

pas avoir d'enfants souffrent de leur infertilité biologique pourrait s'expliquer par le désir d'enfant de leur partenaire. Un autre aspect est le facteur du temps biographique, comme le montre ce commentaire : « On attendait de nous que nous voulions des enfants et on nous l'a imposé. Nous savons maintenant que nous n'aurions pas été heureux avec des enfants, car nous n'en avons jamais voulu ». Pour d'autres, les circonstances de leur vie ont changé, de sorte que l'expérience est considérée rétrospectivement comme positive : « Nous avons rompu et je suis à présent contente que ça n'ait pas marché, grâce au ciel ! ».

Il n'est pas surprenant que la détresse psychologique augmente avec la durée de la phase infertile (c'est-à-dire la période pendant laquelle aucune grossesse ne survient malgré des rapports sexuels réguliers non protégés) (voir Figure 12). Seulement 17 % des personnes qui essayaient de concevoir depuis moins

Figure 12. Détresse psychologique en fonction de la durée de l'infertilité, en %



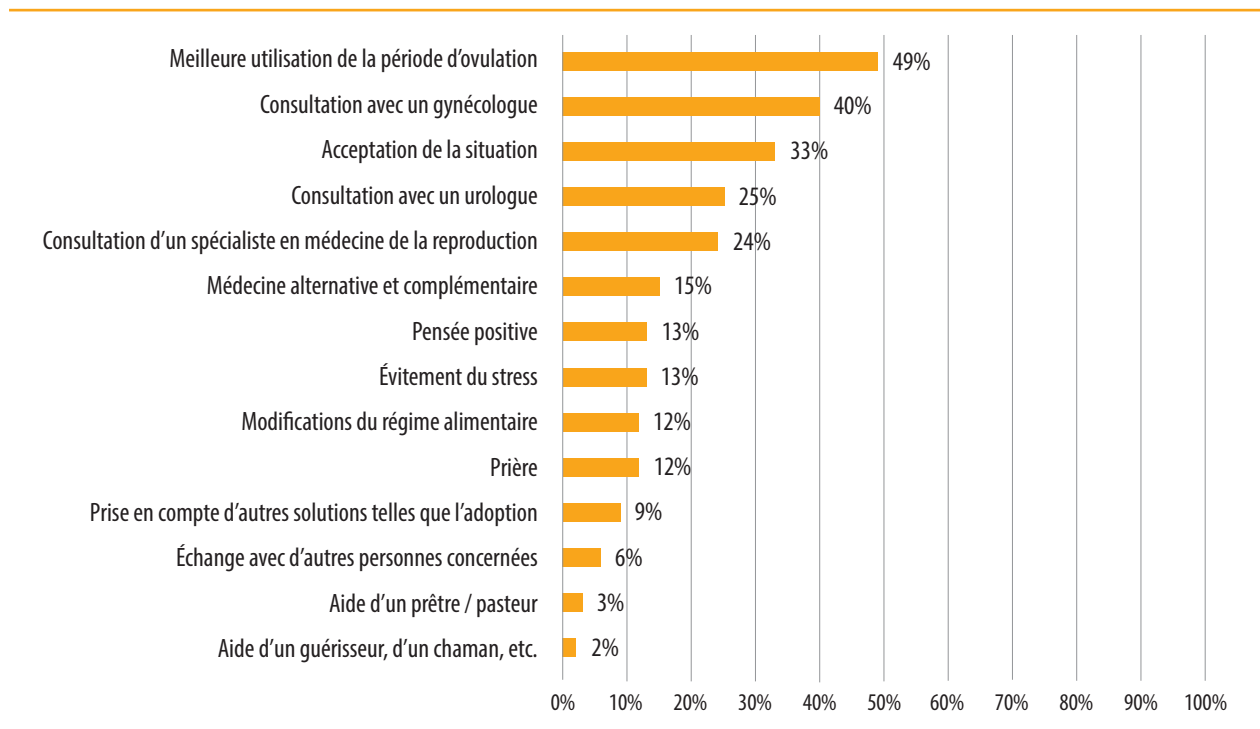
Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 717.

de six mois ont déclaré souffrir ou avoir souffert (beaucoup), mais après cinq ans, 50 % des personnes concernées ont déclaré souffrir ou avoir souffert (beaucoup). Ces résultats confirment la validité de la définition d'un an de l'OMS, car la détresse psychologique augmente clairement avec la durée de l'infertilité.

3.2 La gestion de l'infertilité

789 personnes ayant souffert d'infertilité ont répondu à d'autres questions sur le sujet. La liste présentée dans la Figure 13 a été présentée aux participants qui ont été invités à cocher les mesures qu'ils avaient (déjà) prises pour faire face à leur infertilité. Environ 10 % d'entre eux n'ont rien coché, tandis que 30 personnes, soit 3 %, ont choisi au moins 8 des 14 options. La plupart des répondants (35 %) ont pris une seule mesure. La troisième réponse la plus fréquente est « Acceptation de la situation ». D'une part, cela signifie que les personnes touchées par l'infertilité développent des stratégies pour mener une vie satisfaisante même sans enfant ou avec moins d'enfants qu'elles ne l'auraient souhaité, mais d'autre part, cela suggère également que l'on pourrait faire davantage pour gérer activement l'infertilité. Par exemple, seuls 12 % des personnes interrogées ont déclaré avoir modifié leur régime alimentaire et 24 % ont demandé l'aide d'un spécialiste en médecine de la reproduction. Plus les répondants souffraient de leur infertilité, plus ils s'efforçaient de la combattre ($r = 0,48, p < 0,001$).

Figure 13. Gestion de l'infertilité (plusieurs réponses possibles)

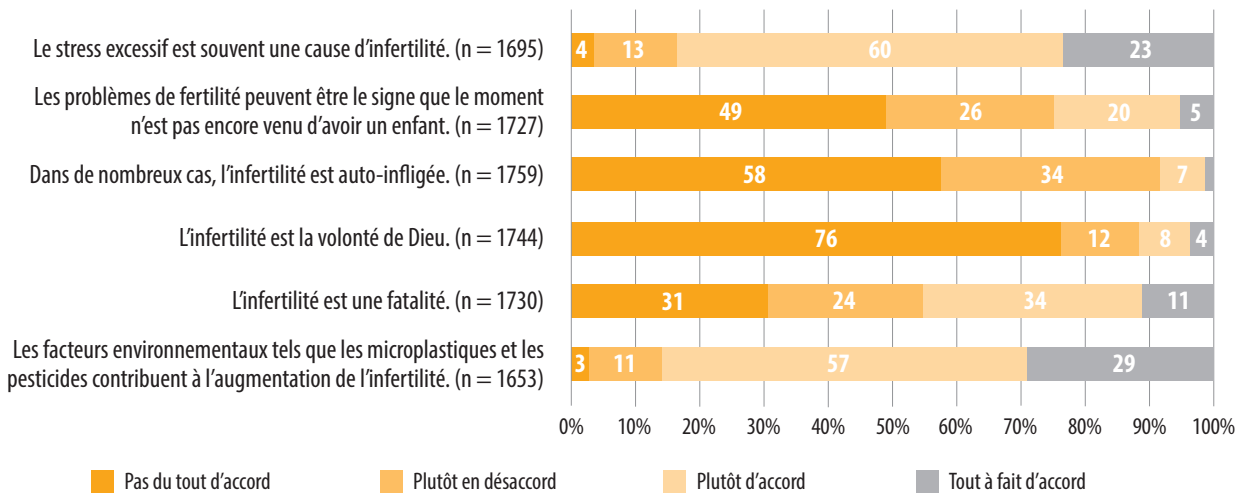


Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 789.

3.3 Les raisons de l'infertilité

Les données de l'étude CHARLS examinent divers aspects des raisons de l'infertilité. D'une part, nous voulions savoir quelle signification les gens attribuent à l'infertilité et, d'autre part, nous avons posé des questions sur les causes personnelles possibles de l'infertilité liées à la santé. À la question de savoir si l'infertilité est une maladie, 23 % seulement des 1 265 personnes interrogées ont répondu par un accord total ou partiel. 15 % n'étaient ni d'accord ni en désaccord, tandis que 62 % étaient en désaccord.

Figure 14. Attitudes et perceptions de l'infertilité, en %



Source: CHARLS 2025, vague 2.

Tableau 4. Maladies pouvant affecter la fertilité

Diagnostic	Nombre	Total	%
Pas de diagnostic	85	1 639	1 936
Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)	5	55	1 168
Polypes endométriaux	2	20	1 168
Endométriose	7	76	1 168
Fibromes utérins	3	33	1 168
Insuffisance ovarienne prématurée (IOP)	0,2	2	1 168
Déficit testiculaire / hypofonctionnement testiculaire	1	10	773
Déficit en testostérone	0,5	4	773
Infertilité post-testiculaire	0	0	773
Fibrose kystique	0,2	3	1 936
Hyperprolactinémie (taux élevé de prolactine dans le sang)	0,3	6	1 936
Dyskinésie ciliaire primaire (trouble des cellules ciliées)	0	0	1 936
Autres maladies systémiques graves (p. ex. maladie rénale grave, cancer)	2	41	1 936

Source: CHARLS 2025, vague 2.

(total). Cela pourrait signifier que les participants à l'enquête perçoivent des raisons sociales à l'infertilité, mais aussi qu'ils considèrent l'infertilité davantage comme une fatalité que comme une maladie curable. La Figure 14 montre que 45 % des personnes interrogées pensent que l'infertilité est une fatalité et 12 % la considèrent comme une volonté de Dieu. Presque toutes les personnes interrogées rejettent (ou tendent à rejeter) l'idée que l'infertilité est de leur propre faute (92 %) ou qu'elle est le signe que le moment n'est pas venu d'avoir des enfants (75 %). Bien plus souvent, l'infertilité est attribuée à des influences extérieures telles que la pollution de l'environnement (85 % sont (tout à fait) d'accord) ou le stress (83 % sont d'accord).

Dans la deuxième vague de l'enquête CHARLS, les participants pouvaient indiquer s'ils souffraient ou avaient souffert d'une maladie altérant la fertilité⁴ (voir Tableau 4). 15 % des personnes interrogées ont

⁴ Les maladies considérées étaient : syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), déficit testiculaire / hypofonctionnement testiculaire, hypogonadisme hypogonadotrope, polypes endométriaux, déficit en testostérone, fibrose kystique, endométriose, infertilité post-testiculaire, hyperprolactinémie (taux élevé de prolactine dans le sang), fibromes utérins, dyskinésie ciliaire primaire (trouble des cellules ciliées), insuffisance ovarienne prématurée (IOP), autres maladies systémiques graves (p. ex. maladie rénale grave, cancer).

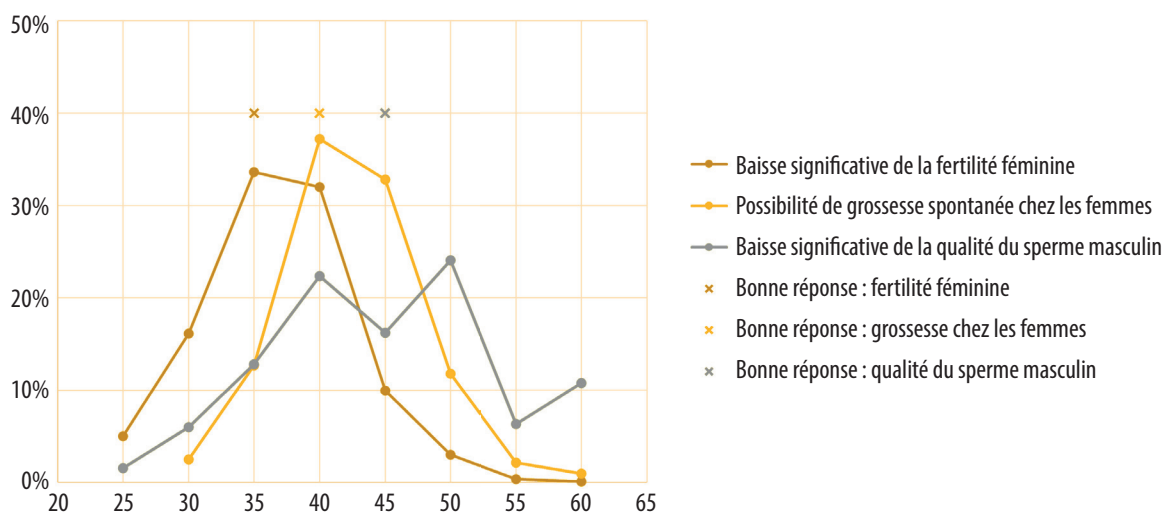
répondu par l'affirmative. Les maladies les plus courantes affectant le corps féminin sont l'endométriose, le syndrome des ovaires polykystiques et les fibromes utérins.

3.4 Connaissance et perception

La fertilité étant fortement liée à l'âge biologique, nous avons analysé les connaissances et la perception des personnes interrogées dans ce domaine. La fertilité des femmes diminue de manière significative à partir de 35 ans environ (Utting et Bewley, 2011). Un tiers des personnes interrogées ont répondu correctement à cette question de connaissance, tandis que presque un autre tiers a indiqué 40 ans, ce qui montre que la fertilité des femmes a tendance à être surestimée pour celles qui ont passé la trentaine (voir **Figure 15**). 16 % supposent à tort une baisse significative de la fertilité chez les jeunes femmes âgées de plus de 30 ans, tandis que 13 % supposent à tort cette baisse beaucoup plus tard dans la vie, chez les femmes âgées de 45 à 60 ans. L'âge jusqu'auquel les femmes peuvent généralement tomber enceintes sans assistance médicale est légèrement supérieur à 40 ans en moyenne (Eijkemans *et al.*, 2014). La plupart des personnes interrogées (37 %) ont répondu correctement à cette question. 33 % estiment que la limite d'âge pour la procréation naturelle est légèrement supérieure à 45 ans. 12 % estiment qu'elle se situe à 50 ans, ce qui correspond à peu près au début de la ménopause. 15 % s'attendent à ce que cette limite concerne de plus jeunes femmes, tandis que 3 % estiment qu'elle concerne les femmes entre 55 et 60 ans. Dans l'ensemble, les personnes interrogées ont une vision trop optimiste de la baisse de la fécondité liée à l'âge.

« L'horloge biologique » avance aussi chez les hommes. Des études comparant le temps nécessaire pour concevoir un enfant avec l'âge des futurs pères ont révélé une augmentation de cette période « éprouvante » pour les hommes de plus de 45 ans (Hassan et Killick, 2003). C'est l'âge qu'ont estimé 16 % des personnes interrogées lorsqu'on leur a demandé à quel moment elles pensaient que la qualité du sperme des hommes diminuait de manière significative. 43 % ont supposé que cela se produisait plus tôt, tandis que 41 % ont surestimé la qualité du sperme des hommes de plus de 50 ans. Ces différences marquées suggèrent que les connaissances sur la relation entre la fertilité et l'âge chez les hommes sont plutôt faibles au sein de la population générale. Néanmoins, 63 % des personnes interrogées estiment correctement l'âge critique approximatif entre 40 et 50 ans (voir **Figure 15**).

Figure 15. Connaissance de la relation entre la fertilité et l'âge, en %



Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 1 173-1 257 (selon la question).

3.5 Les traitements de la fertilité masculine

Historiquement, la recherche médicale s'est fortement concentrée sur le corps masculin, tant dans la recherche fondamentale que dans les études cliniques (Merone *et al.*, 2022 ; Pape *et al.*, 2024). La médecine de la reproduction est, en un sens, une exception : les questions de fertilité et de soutien médical à l'infertilité sont encore souvent associées principalement au corps des femmes et à leur capacité de reproduction, même si des facteurs masculins jouent un rôle dans une proportion significative de cas (Yovich et Keane, 2017).

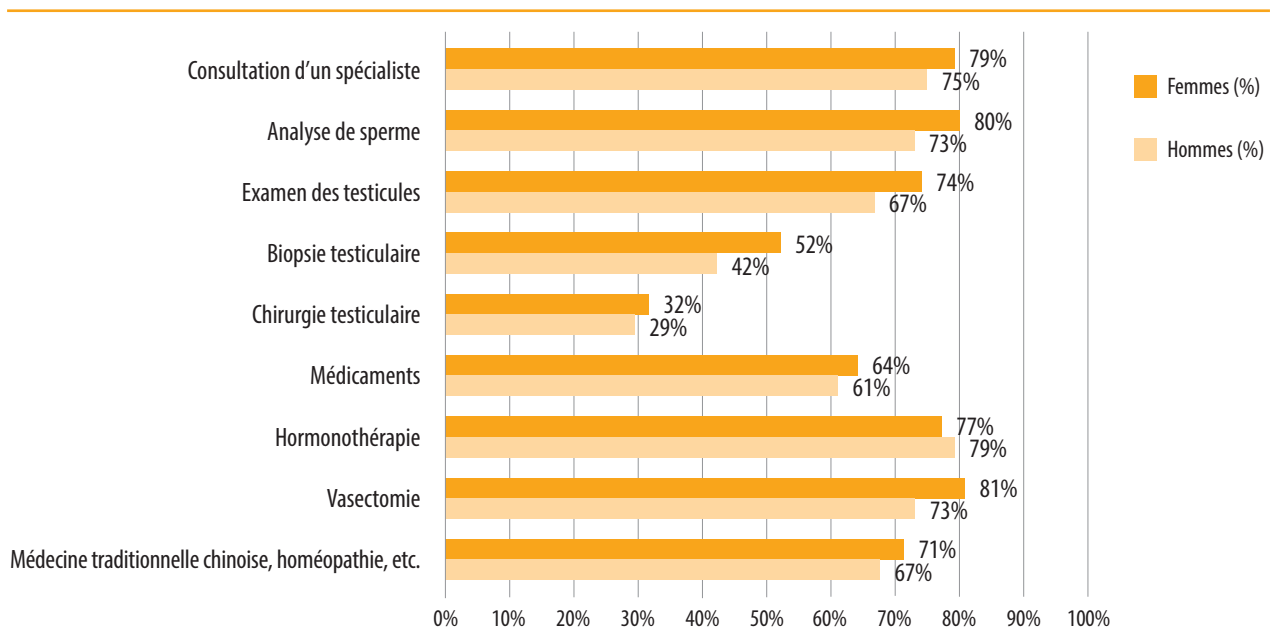
Dans ce contexte, l'étude CHARLS en particulier offre une valeur ajoutée. L'enquête s'adresse indifféremment aux femmes et aux hommes et, lors de la deuxième vague de collecte de données, elle permet un examen systématique des traitements liés à la fertilité pour les hommes sous deux angles : les hommes font part de leur propre expérience, tandis que les femmes ayant un partenaire masculin fournissent des informations sur les traitements de leur partenaire. Cela révèle non seulement la prévalence de l'utilisation des procédures de PMA, mais aussi la sensibilisation et la connaissance de ces procédures dans la population, tant pour les femmes que pour les hommes, ainsi que les différences potentielles de perception et de connaissance au sein des relations de couple.

Les répondants ont été interrogés sur une série de procédures médicales et complémentaires, y compris les consultations médicales spécialisées, les analyses de sperme, les examens et les procédures chirurgicales sur les testicules, les traitements médicamenteux et hormonaux, les vasectomies et les approches de médecine complémentaire. Pour chaque procédure, trois catégories de réponses pouvaient être sélectionnées : « *je ne connais pas* », « *j'en ai entendu parler* » et « *j'ai reçu un traitement* ». Les évaluations suivantes se concentrent d'abord sur la catégorie « *j'en ai entendu parler* » et donc sur la connaissance générale de chacune des mesures.

Les résultats concernant la connaissance

Les résultats (voir [Figure 16](#)) montrent un niveau général élevé de connaissance des principales procédures diagnostiques et thérapeutiques en médecine reproductive masculine. Plus de trois quarts

Figure 16. . Connaissance des traitements de fertilité, ventilée par sexe des personnes interrogées, en %



Source: CHARLS 2025, vague 2, n = 692-708 (selon la procédure).

des personnes interrogées – hommes et femmes ayant un partenaire masculin – connaissent la possibilité de demander une consultation spécialisée, les analyses de sperme et l'hormonothérapie. Les gens sont également largement conscients de la possibilité d'une vasectomie : 73 % des hommes et 81 % des femmes déclarent avoir entendu parler de cette méthode.

Les résultats concernant l'utilisation

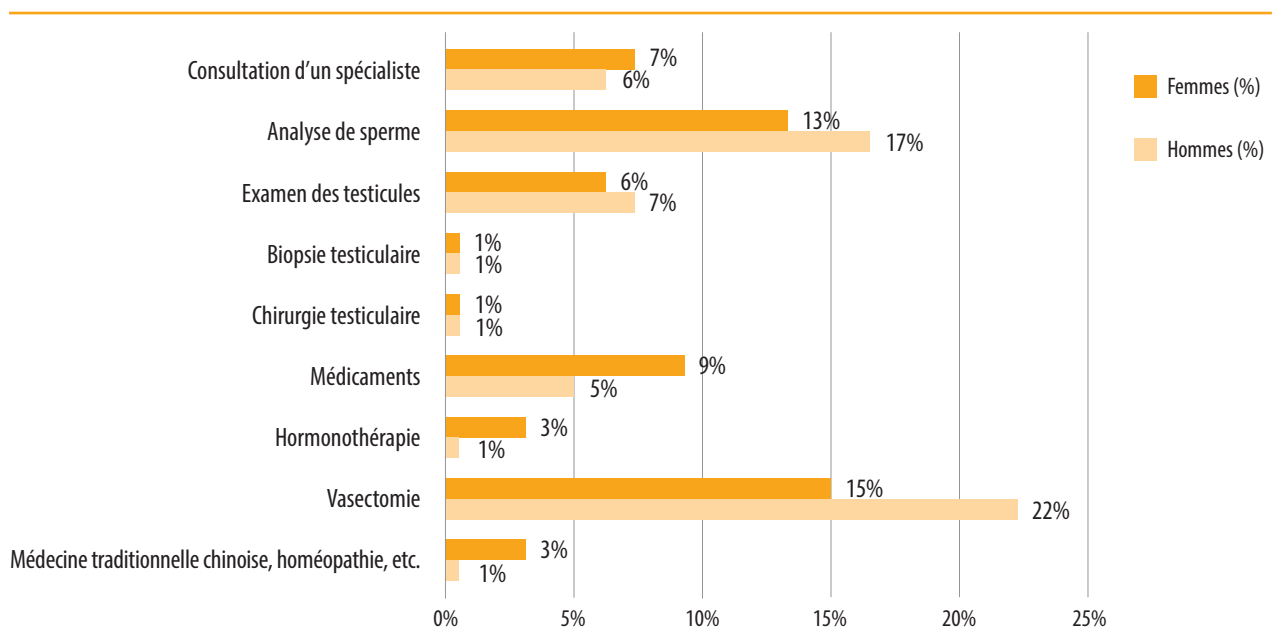
Les informations fournies par les hommes et les femmes ayant un partenaire masculin sur leur utilisation des traitements liés à la fertilité brossent un Tableau nuancé de l'utilisation réelle. Dans l'ensemble, il apparaît que seul un nombre limité de procédures connues sont effectivement utilisées, ce qui reflète le fait que seule une partie des personnes interrogées souffre d'infertilité et que les interventions médicales dans le domaine de la fertilité masculine sont sélectives.

Les mesures de diagnostic et de prévention sont les plus fréquemment mentionnées. Environ 17 % des hommes déclarent avoir déjà effectué une analyse de sperme (voir [Figure 17](#)). La vasectomie est également relativement courante, 22 % des hommes interrogés déclarant avoir subi cette procédure. Ces deux procédures sont donc parmi les plus pertinentes pour les expériences des hommes en matière de médecine reproductive.

En revanche, le recours à des mesures thérapeutiques ou plus invasives est nettement plus faible. Seuls 6 % des hommes indiquent avoir eu recours à des conseils médicaux spécialisés concernant leur fertilité, et seuls 5 % déclarent avoir reçu un traitement médicamenteux. Les traitements hormonaux, les interventions chirurgicales sur les testicules et les biopsies testiculaires ne sont mentionnés que par de très faibles minorités, avec des proportions d'environ 1 % chacune. Les approches de médecine complémentaire telles que la médecine traditionnelle chinoise ou l'homéopathie ne jouent guère de rôle lorsqu'il s'agit d'une utilisation réelle.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que les traitements liés à la fertilité pour les hommes passent principalement par quelques points de contact clairement définis – en particulier les diagnostics et les décisions en matière de contraception – tandis que les interventions thérapeutiques plus approfondies ne concernent qu'un petit groupe.

Figure 17. Utilisation de traitements de fertilité, ventilée par sexe des personnes interrogées (utilisation personnelle ou utilisation par le partenaire masculin), en %



Source: CHARLS 2025, vague 2, n = 839-866 (selon la procédure). Les femmes ont répondu pour leur partenaire masculin.

4. LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (PMA)

La procréation médicalement assistée (PMA) englobe un large éventail de procédures et de traitements qui aident les couples ou les personnes ayant des problèmes de fertilité et/ou un désir d'enfant inassouvi à obtenir une grossesse. Neuf procédures différentes ont été prises en compte dans l'enquête. Par souci de clarté, des explications ont été fournies aux répondants dans chaque cas:

- ▶ Insémination (transfert de sperme : transfert instrumental de sperme*)
- ▶ Insémination artificielle en dehors du corps (par exemple, fécondation in vitro de l'ovule en laboratoire)
- ▶ Don de sperme (l'homme fournit son sperme à un ou plusieurs tiers)
- ▶ Don d'ovules (la femme fournit des ovules à un ou plusieurs tiers)
- ▶ Don d'embryons** (deux personnes fournissent des embryons à un ou plusieurs tiers)
- ▶ Maternité de substitution (une femme donne naissance à un enfant pour une autre personne / d'autres personnes)
- ▶ Congélation d'ovules (pour augmenter la probabilité de pouvoir avoir des enfants plus tard)
- ▶ Congélation d'embryons (pour augmenter la probabilité d'une grossesse à une date ultérieure)
- ▶ Diagnostic génétique préimplantatoire (DPI = sélection des embryons après examen de leur matériel génétique)

* Selon la variante, le sperme est injecté dans le col de l'utérus ou directement dans l'utérus.

** Un ovule fécondé qui a commencé à se développer est appelé embryon. Dans le cas d'un don d'embryon, l'embryon donné est introduit dans l'utérus de la future mère. Après la 10^e semaine de grossesse, l'enfant à naître n'est plus appelé embryon, mais fœtus. À partir de ce moment, tous les organes internes sont entièrement formés.

4.1 La connaissance des méthodes de procréation médicalement assistée

D'après les informations fournies par l'enquête, la connaissance des méthodes de PMA est largement répandue en Suisse (voir **Tableau 5**). Seul un très faible pourcentage de répondants (<1,5 %) déclare n'avoir jamais entendu parler de l'une ou l'autre de ces méthodes, avec environ 6 % de non-réponses aux questions pertinentes. Les personnes interrogées sont bien informées sur la plupart

Tableau 5. Connaissance des méthodes de procréation médicalement assistée, en %

	Je n'en ai jamais entendu parler	J'en ai déjà entendu parler	J'en ai entendu parler à plusieurs reprises	Je la connais un peu	Je la connais bien	Total	N
Insémination	9	7	20	28	36	100	3 767
FIV	5	8	22	29	36	100	3 748
Don de sperme	2	3	18	32	45	100	3 745
Don d'ovules	3	7	23	31	37	100	3 739
Don d'embryon	22	17	26	17	18	100	3 731
Maternité de substitution	2	5	21	32	40	100	3 730
Congélation d'ovules	3	6	19	30	42	100	3 734
Congélation d'embryons	20	14	23	19	24	100	3 721
DPI	23	14	22	20	21	100	3 728

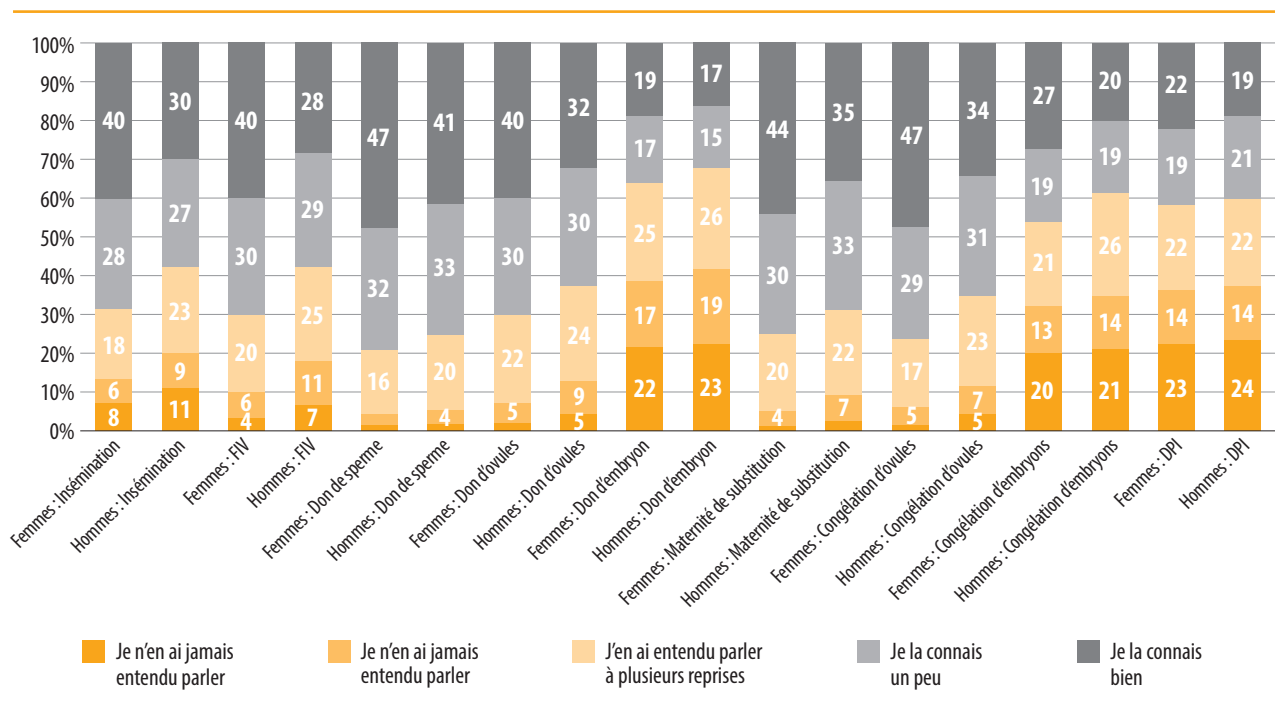
Source: CHARLS 2023, vague I.

des procédures. Sur une échelle qui va de 1 (« je n'en ai jamais entendu parler ») à 5 (« je la connais bien »), 45 % des personnes interrogées ont attribué la note la plus élevée au don de sperme (« je la connais bien »). Viennent ensuite la congélation d'ovules (42 %), la maternité de substitution (40 %), le don d'ovules (37 %), l'insémination et la fécondation in vitro (36 % chacun). La congélation et le don d'embryons, ainsi que le diagnostic génétique préimplantatoire (DPI), sont moins connus. Cependant, environ un cinquième des participants ont déclaré qu'ils connaissaient également ces méthodes : 24 % connaissent bien la congélation d'embryons, 21 % le DPI et 18 % le don d'embryons. Dans le même temps, une proportion importante de personnes n'a jamais entendu parler de ces procédures : 23 % pour le DPI, 22 % pour le don d'embryons et 20 % pour la congélation d'embryons. Dans l'ensemble, on peut dire que la grande majorité de la population suisse a au moins entendu parler d'un certain nombre de méthodes de PMA.

Cependant, il existe des différences significatives dans la connaissance des procédures en fonction du sexe et de l'âge des personnes interrogées. En moyenne, les femmes connaissent mieux les méthodes de PMA que les hommes (voir **Figure 18**), ce qui pourrait être une autre indication que les femmes prennent souvent en charge la planification familiale. En ce qui concerne l'insémination, la FIV et le don d'ovules, la différence de connaissance des méthodes respectives entre les sexes est de 10 à 12 %. L'écart est encore plus prononcé lorsqu'il s'agit de la congélation d'ovules : 47 % des femmes déclarent bien connaître la procédure, contre seulement 34 % des hommes, ce qui représente une différence de 13 % entre les sexes. En revanche, il n'y a guère de différences entre les sexes en ce qui concerne la connaissance du diagnostic génétique préimplantatoire.

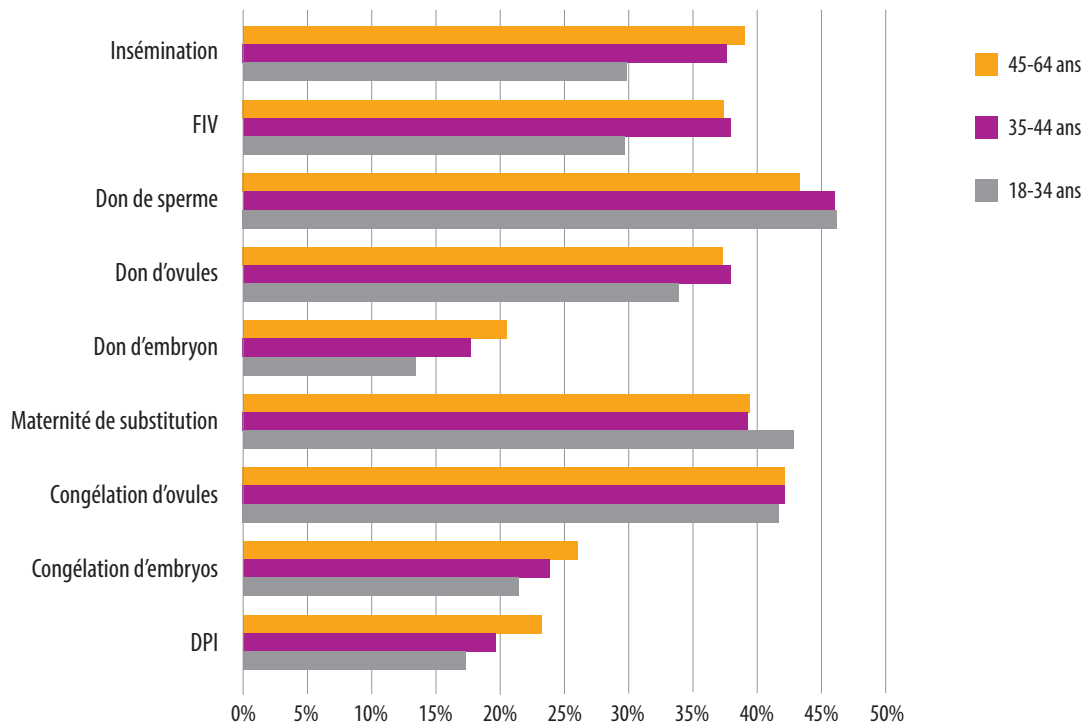
Il existe également des différences frappantes en termes d'âge : les personnes plus âgées (45-64 ans) sont souvent celles qui connaissent le mieux les méthodes de PMA (voir **Figure 19** ; seules les réponses « Je la connais bien » sont prises en compte ici). L'insémination, la FIV, le don d'ovules et d'embryons et le DPI sont nettement moins connus dans la tranche d'âge la plus jeune. Il n'y a guère de différences en ce qui concerne la congélation d'ovules. Dans ce cas, environ 42 % des personnes de

Figure 18. Connaissance des méthodes de PMA, par sexe, en %



Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 3 697-3 743 (selon la procédure).

Figure 19. Bonne connaissance des méthodes de PMA, par tranche d'âge, en %



Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 3 721-3 767 (selon la procédure).

toutes les tranches d'âge déclarent bien connaître la méthode. Toutefois, les répondants de la tranche d'âge la plus jeune connaissent légèrement mieux la maternité de substitution et le don de sperme que les répondants âgés de plus de 35 ans.

4.2 Les attitudes à l'égard de la procréation médicalement assistée

Les attitudes morales à l'égard des différentes techniques de PMA varient considérablement (voir [Tableau 6](#)). Si la plupart des personnes interrogées considèrent l'insémination artificielle, la FIV, la congélation d'ovules, le don de sperme et le don d'ovules comme moralement acceptables, le DPI

Tableau 6. Attitudes morales à l'égard de différentes méthodes de PMA, en %

	Moralement injustifiable	Moralement peu justifiable	Ni l'une ni l'autre	Moralement justifiable	Moralement très justifiable	Total	N
Insémination	4	5	17	21	53	100	3 672
FIV	9	9	19	22	41	100	3 706
Don de sperme	9	10	22	24	35	100	3 735
Don d'ovules	10	11	24	24	31	100	3 715
Don d'embryon	23	20	27	14	16	100	3 637
Maternité de substitution	21	22	25	17	15	100	3 709
Congélation d'ovules	10	10	18	22	40	100	3 717
Congélation d'embryos	26	17	22	14	21	100	3 677
DPI	32	21	24	11	12	100	3 606

Source: CHARLS 2023, vague 1.

et la maternité de substitution sont perçus d'un œil nettement plus critique. Les taux d'approbation les plus élevés concernent l'insémination (53 %), suivie de la FIV (41 %) et de la congélation d'ovules (40 %). Seuls quelques répondants rejettent totalement ces procédures (insémination : 4 %, FIV : 9 %, congélation d'ovules 9 %). Le DPI suscite le plus grand rejet : seuls 12 % le considèrent comme moralement acceptable, tandis que 32 % jugent cette méthode totalement inacceptable.

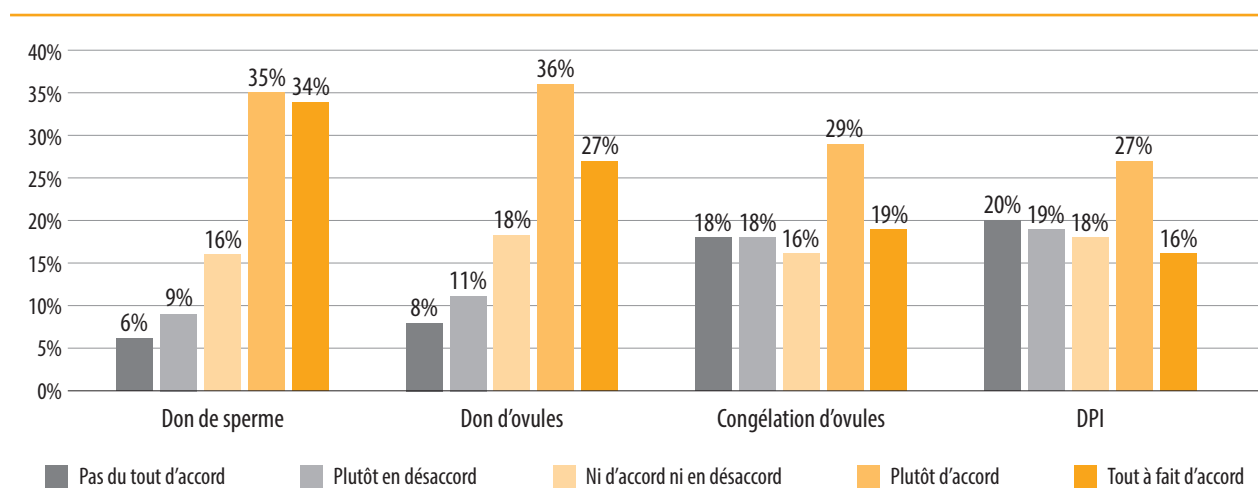
L'évaluation des procédures est fortement influencée par le sexe, l'âge et le niveau de connaissance des personnes interrogées (non illustré). Les femmes ont un taux d'approbation plus élevé que les hommes pour de nombreuses procédures. En ce qui concerne l'âge, il apparaît que – à l'exception de l'insémination artificielle et de la FIV – la tranche d'âge la plus jeune, jusqu'à 34 ans, est nettement plus ouverte aux procédures de PMA que la tranche d'âge moyenne (35-44 ans) et surtout que celle la plus âgée (45-64 ans). En outre, le niveau de connaissance des répondants sur les méthodes de procréation assistée a une influence significative sur leur évaluation morale : mieux les répondants connaissent une procédure, plus ils l'évaluent positivement.

4.3 Les avis sur la réglementation juridique des procédures de procréation médicalement assistée

Les personnes interrogées ont été invitées à évaluer les procédures de procréation assistée qui devraient être légalement autorisées en Suisse. L'enquête a porté à la fois sur des procédures déjà légales, telles que le don de sperme, la congélation d'ovules et le diagnostic génétique préimplantatoire (DPI), et sur des procédures actuellement interdites par la loi, telles que le don d'ovules. L'objectif était d'obtenir un aperçu de la manière dont la population perçoit l'accès légal à ces procédures.

Dans l'ensemble, l'opinion publique est mitigée (voir **Figure 20**). C'est en ce qui concerne la légalité de la procédure de don de sperme que les personnes interrogées se montrent les plus favorables : environ 69 % d'entre elles sont d'accord ou tout à fait d'accord pour que le don de sperme soit légalement autorisé, tandis que seulement 15 % s'y opposent. La perception du public correspond donc largement au statu quo existant, puisque le don de sperme est légal en Suisse.

Figure 20. Accord que la procédure devrait être légalement autorisée en Suisse, en %



Source: CHARLS 2023, vague I, n = 1 113 (don de sperme), n = 1 061 (don d'ovules), n = 3 196 (congélation d'ovules), n = 1 083 (DPI).

Le soutien au don d'ovules est légèrement plus faible, mais reste globalement positif : environ 63 % des personnes interrogées sont favorables à la légalisation, tandis que 19 % y sont opposées. Il s'agit d'une procédure qui est actuellement interdite en Suisse, ce qui signifie que l'acceptation du public est plus élevée que le cadre juridique actuel. C'est pourquoi le public soutient les tentatives en cours pour légaliser le don d'ovules.

Les réactions à la congélation d'ovules, qui est légale en Suisse, sont étonnamment mitigées : 48 % des personnes interrogées sont favorables à la légalisation de la procédure, tandis que 36 % sont totalement ou plutôt en désaccord. Cela suggère que la légalisation ne va pas automatiquement de pair avec une large approbation et que, bien que la procédure soit légalement autorisée, elle reste controversée au sein de la population.

Le diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) suit le même schéma que la congélation d'ovules : 43 % des participants sont favorables à la légalisation de la procédure, tandis que 39 % y sont opposés. Ici aussi, l'opinion publique est divisée, peut-être en raison de préoccupations éthiques ou d'incertitudes quant à l'utilisation qui peut être faite de cette procédure. Ces résultats soulignent que l'acceptation par le public des techniques de procréation assistée n'est pas déterminée uniquement par leur statut juridique.

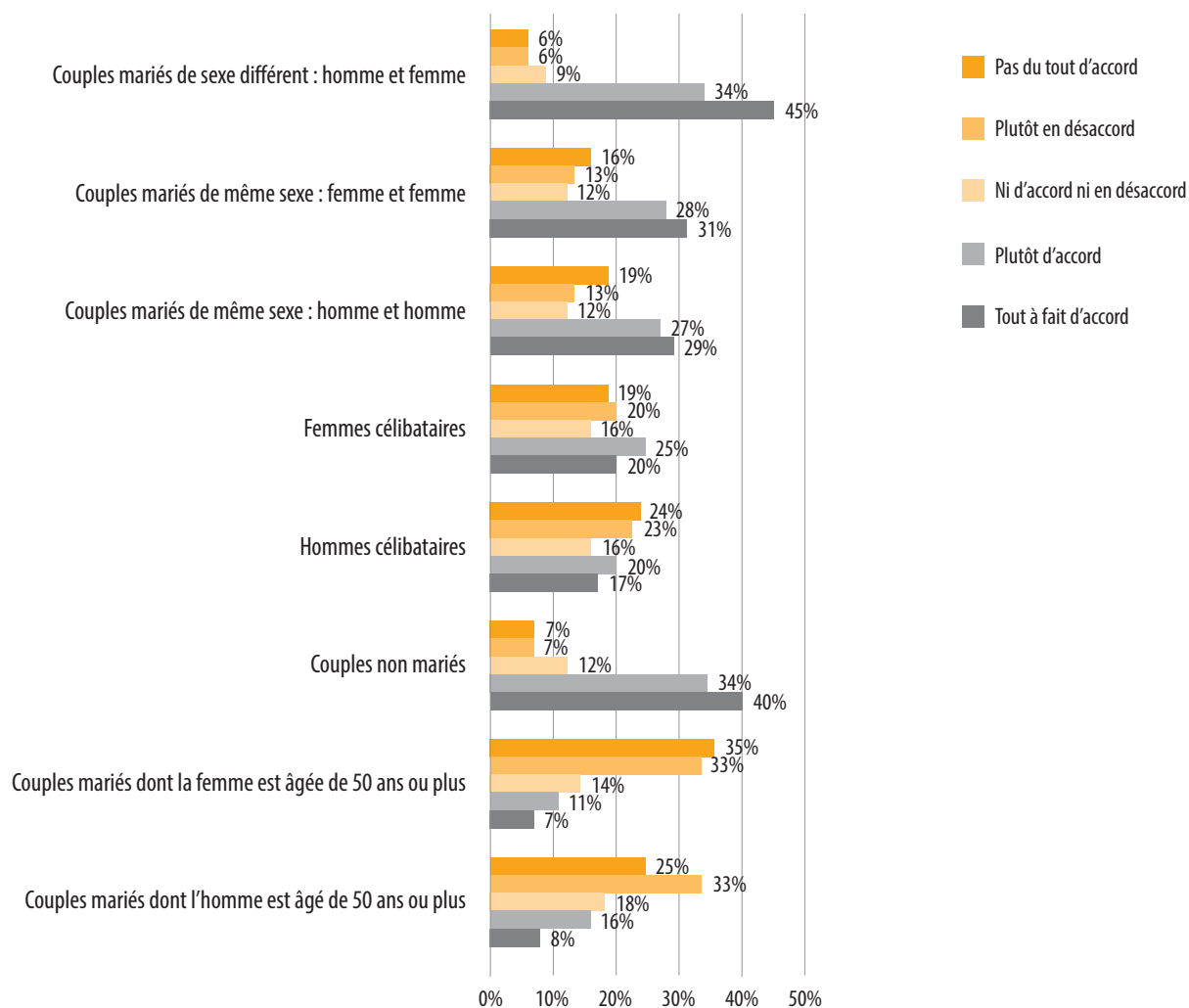
4.4 Les attitudes à l'égard de l'accès aux procédures de procréation médicalement assistée et de leur financement pour différentes constellations de partenaires

Les répondants ont également été invités à indiquer les groupes de population qu'ils soutiendraient dans l'utilisation légitime des procédures de procréation médicalement assistée (voir **Figure 21**). Les couples mariés de sexe opposé bénéficient d'un soutien clair : 79 % des personnes interrogées soutiennent l'accès à la PMA pour ces couples (45 % d'entre elles le soutiennent même sans réserve), tandis que 12 % seulement s'y opposent. Les couples hétérosexuels non mariés bénéficient également d'un niveau élevé de soutien : 74 % des personnes interrogées sont généralement favorables à l'accès de ce groupe aux procédures de procréation assistée. La majorité est également favorable à l'accès des couples homosexuels mariés, les taux d'acceptation étant légèrement plus élevés pour les couples de femmes (59 %) que pour les couples d'hommes (56 % d'acceptation). Le taux de rejet est de 29 % (couples féminins) et de 32 % (couples masculins). Les personnes interrogées sont beaucoup plus critiques à l'égard de l'utilisation de la PMA par les célibataires : 45 % approuvent encore l'utilisation de la PMA par les femmes célibataires, tandis que l'approbation pour les hommes célibataires est nettement plus faible (37 %). Dans le même temps, des voix discordantes s'élèvent clairement : 39 % rejettent l'accès des femmes célibataires à la PMA, tandis que pour les hommes célibataires, le taux de rejet est de 47 %. La proportion de réponses neutres est élevée pour les deux groupes de population : 16 % aussi bien pour les femmes célibataires et pour les hommes célibataires.

Cependant, les plus grandes réserves existent en ce qui concerne l'accès des personnes âgées. Seuls 17 % approuvent l'utilisation de la PMA pour les femmes mariées âgées de 50 ans ou plus, tandis que 68 % la rejettent. Pour les hommes mariés de la même tranche d'âge, le schéma est similaire : 58 % des personnes interrogées s'opposent à l'accès à la PMA et 24 % l'approuvent.

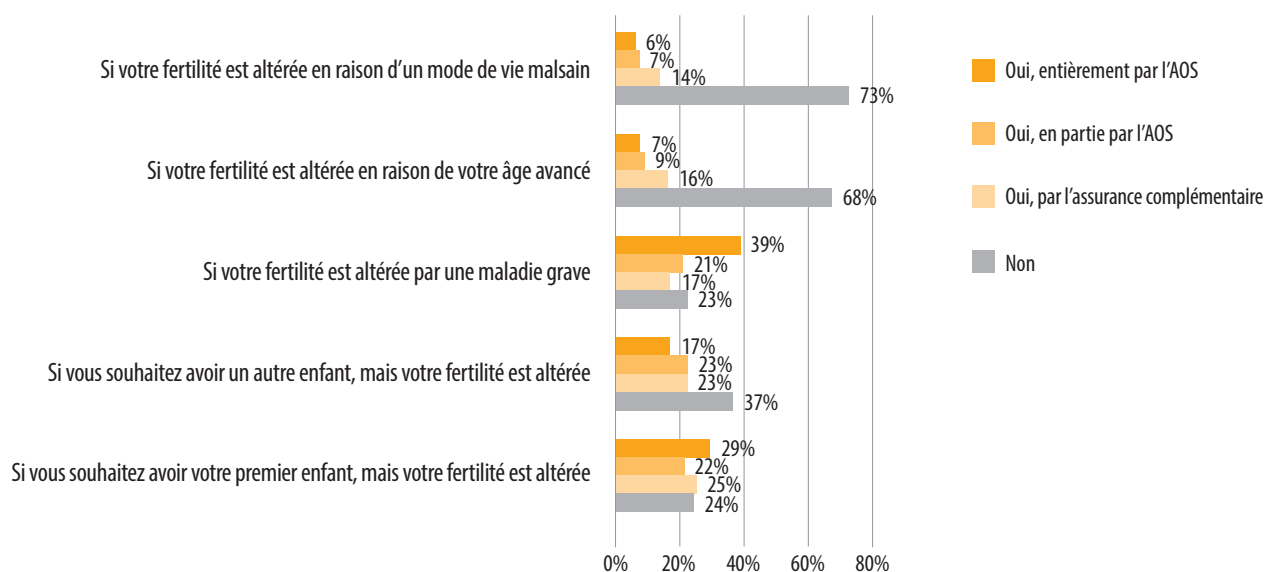
En ce qui concerne le financement de la procréation médicalement assistée, la majorité des personnes interrogées estiment que les personnes concernées devraient supporter elles-mêmes les coûts (voir **Figure 22**). À la question de savoir si l'insémination artificielle (par exemple, la FIV) devrait être couverte par l'assurance maladie dans différentes situations, 29 % des personnes interrogées ont répondu que les coûts devraient être entièrement couverts par l'assurance maladie obligatoire (AOS)

Figure 21. Attitudes à l'égard de l'utilisation des techniques de procréation assistée par divers groupes de population, en %



Source: CHARLS 2023, vague I, sous-échantillon, n=1 553-1 610 (selon la constellation).

Figure 22. Attitudes à l'égard de la prise en charge de la fécondation artificielle par l'assurance maladie, selon les circonstances de la vie, en %



Source: CHARLS 2023, vague I, sous-échantillon, n=1 539-1 594 (selon la déclaration).

en cas de troubles de la fertilité pour le premier enfant. 22 % considèrent que l'AOS devrait prendre en charge au moins une partie des coûts, tandis que 25 % estiment que l'assurance complémentaire devrait couvrir les coûts. Environ un quart des personnes interrogées rejettent totalement l'idée d'une contribution des compagnies d'assurance maladie.

Pour les personnes confrontées à des problèmes d'infertilité et qui ont déjà au moins un enfant, le rejet de la prise en charge (partielle) des coûts par les compagnies d'assurance maladie est nettement plus élevé (37 %). Seuls 17 % des répondants sont encore favorables à une prise en charge totale des coûts par l'AOS dans ces cas. Toutefois, le soutien à la couverture des coûts est le plus fort pour les personnes dont la fertilité a été affectée par une maladie grave : 39 % sont favorables à une couverture totale et 21 % à une couverture partielle des coûts par l'AOS.

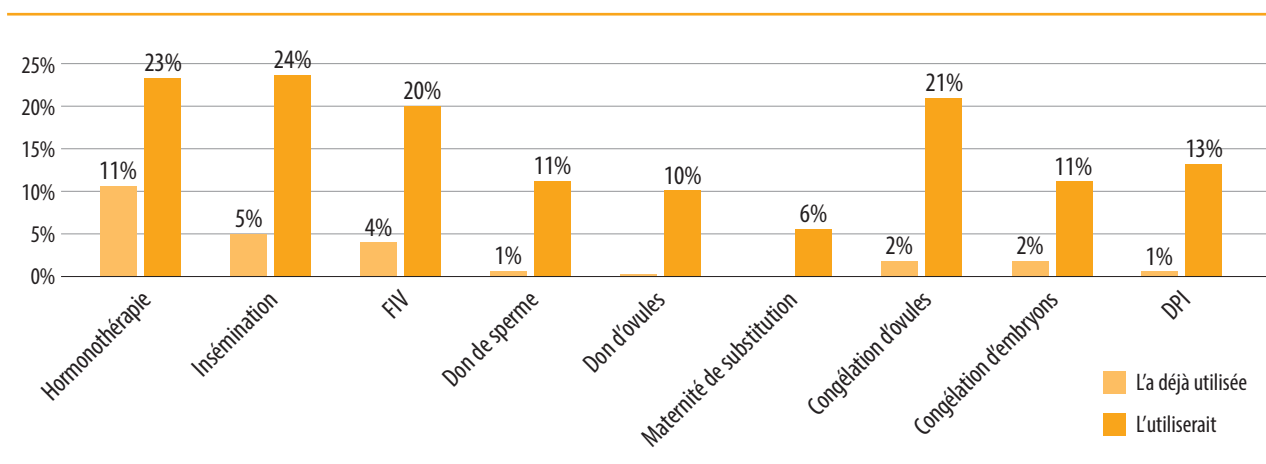
Les scénarios dans lesquels la fertilité est limitée par la « faute de l'intéressé(e) » se heurtent à un refus catégorique du partage des coûts entre les personnes concernées et les compagnies d'assurance maladie. Si l'insémination artificielle est utilisée parce que la personne concernée a une capacité de reproduction réduite en raison de son âge avancé ou d'un mode de vie malsain, 68 % et 73 % des personnes interrogées respectivement rejettent totalement l'idée d'une prise en charge des coûts par les compagnies d'assurance-maladie. Seules quelques personnes interrogées estiment que les compagnies d'assurance maladie ont le devoir de couvrir les coûts dans ces situations : 14 % et 16 % respectivement déclarent que l'assurance complémentaire devrait couvrir les coûts, tandis que 6 % (dans le cas d'un mode de vie malsain) et 7 % (dans le cas d'un âge avancé) estiment que l'AOS devrait couvrir les coûts dans leur intégralité, et 7 % et 9 % respectivement estiment que les coûts devraient être couverts en partie.

4.5 Le recours à la procréation médicalement assistée (passé, présent, futur)

Dans la première vague de l'enquête, il a été demandé à toutes les personnes interrogées – quelle que soit leur expérience des problèmes de fertilité – si elles avaient déjà eu recours à certaines procédures de procréation médicalement assistée (PMA), si elles pouvaient imaginer y avoir recours en principe, ou si elles excluaient d'y avoir recours.

Le graphique suivant (Figure 23) compare la proportion de ceux qui ont déjà utilisé une procédure à ceux qui déclarent ne pas l'avoir fait jusqu'à présent mais qui envisageraient de l'utiliser dans certaines circonstances.

Figure 23. Recours et ouverture aux procédures de procréation assistée, en %



Source: CHARLS 2023, vague I, n = 199 (utilisée), 1 888 (pas encore utilisée).

Comme prévu, la proportion de répondants ayant utilisé au moins une des méthodes étudiées est faible. Les traitements hormonaux sont les plus fréquemment cités : environ 11 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà eu recours à cette méthode. La proportion de ceux qui n'excluent pas l'utilisation d'une telle méthode est nettement plus élevée (23 %). Une tendance similaire se dégage pour l'insémination et la FIV, auxquelles 5 % et 4 % respectivement des personnes interrogées ont eu recours à ce jour, alors qu'environ un cinquième des personnes interrogées déclarent qu'elles envisageraient de recourir à ces procédures dans certaines circonstances.

Pour les procédures légalement restreintes ou interdites, telles que le don d'ovules ou la maternité de substitution, les taux d'utilisation (rapportés) sont très faibles. Dans le même temps, on constate toutefois une certaine ouverture : entre 6 et 10 % des personnes interrogées déclarent qu'elles pourraient en principe envisager d'utiliser ces procédures.

Le recours à la congélation d'embryons et au diagnostic génétique préimplantatoire est également de l'ordre de 1 à 2 %, alors que la proportion de ceux qui n'excluent pas de recourir à ces procédures est nettement plus élevée.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que la procréation médicalement assistée n'a été utilisée jusqu'à présent que par un petit nombre de personnes dans la population générale. En même temps, indépendamment des circonstances de la vie individuelle, il existe une large ouverture à diverses procédures de PMA.

En outre, lors de la première vague de l'enquête, il a été demandé aux personnes qui avaient déjà eu recours à une procédure de PMA si elles comptaient l'utiliser à nouveau. Dans l'ensemble, l'évaluation de leur propre expérience est majoritairement positive : pour la plupart des procédures, la majorité des utilisateurs déclarent qu'ils choisiraient à nouveau cette procédure. La volonté de réutilisation est particulièrement élevée pour la FIV, la congélation d'embryons et les diagnostics préimplantatoires, tandis qu'elle est légèrement inférieure pour les traitements hormonaux et l'insémination, mais toujours supérieure à 50 %. Les résultats concernant le don d'ovules et la maternité de substitution sont basés sur un très petit nombre de cas.

Le stress perçu causé par l'utilisation de la PMA

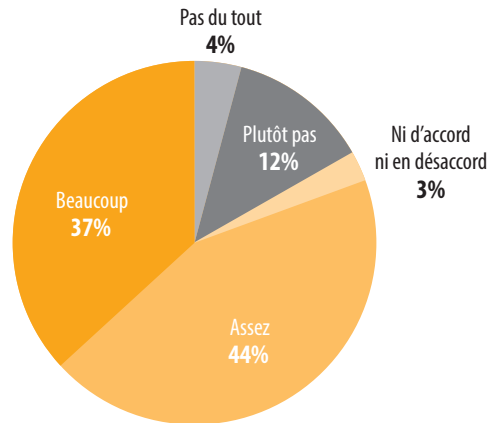
Dans la deuxième vague de l'enquête, les répondants qui avaient indiqué avoir déjà eu recours à la procréation médicalement assistée ont été interrogés sur le degré de stress qu'ils avaient ressenti dans l'ensemble. La question s'adressait donc exclusivement aux personnes ayant une expérience personnelle de ces méthodes.

Les résultats (**Figure 24**) montrent une tendance claire : la plupart des répondants décrivent l'utilisation de la PMA comme stressante. Environ 44 % des personnes interrogées déclarent avoir trouvé l'expérience « assez stressante » et 37 % « très stressante ». Cela signifie qu'au total, plus de quatre cinquièmes des personnes interrogées font état d'un certain niveau de stress.

En revanche, une proportion beaucoup plus faible de répondants n'a pas (du tout) perçu l'expérience comme stressante. 12 % ont déclaré ne pas avoir trouvé l'expérience très stressante, tandis que 4 % ont déclaré n'avoir subi aucun stress. Seule une très faible proportion a déclaré que leur expérience avec la PMA n'était ni stressante ni dépourvue de stress.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que la procréation médicalement assistée est perçue par la plupart des utilisateurs comme une expérience émotionnellement éprouvante. Les résultats rapportés ici sont des évaluations subjectives et ne permettent donc pas de tirer des conclusions sur des causes ou des formes spécifiques de stress.

Figure 24. Charge perçue liée à l'utilisation de la PMA, en %



Source: CHARLS 2025, vague 2, n = 144.

En outre, la deuxième vague de l'enquête a permis d'évaluer la satisfaction générale quant à l'utilisation de la procréation médicalement assistée. Malgré les niveaux élevés de stress subjectif signalés, la satisfaction générale est très élevée ($M = 8,16$ sur une échelle de 10 points). Plus de la moitié des répondants ont évalué leur satisfaction dans la partie supérieure de l'échelle. Les résultats suggèrent que les expériences stressantes ne vont pas nécessairement de pair avec une évaluation globale négative de la procréation médicalement assistée.

5. LES NOUVELLES FORMES FAMILIALES

Les formes de famille et de ménage en Suisse sont plus diversifiées aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a quelques décennies. Bien qu'une grande partie de la population continue de vivre dans des constellations traditionnelles, en particulier dans des ménages composés de deux parents avec leurs propres enfants et dans des ménages de couples sans enfants, les modes de vie et de partenariat se sont progressivement diversifiés. Les séparations et les nouvelles relations, les familles patchwork, les ménages monoparentaux et les cohabitations entre personnes de même sexe, y compris avec des enfants, sont de plus en plus une réalité pour une partie de la population. Les conditions de vie et de ménage changent également au cours de la vie, par exemple en raison de la séparation des parents, d'une nouvelle relation ou de la transition vers un ménage sans enfants une fois qu'ils ont grandi et quitté le foyer parental.

Dans ce contexte, il est logique de considérer les formes familiales non seulement comme un instantané, mais aussi dans une perspective de parcours de vie. Le chapitre suivant décrit donc les constellations familiales dans lesquelles les personnes interrogées ont grandi jusqu'à l'âge de 18 ans et leur situation de vie et de ménage actuelle, en particulier pour les parents. Vient ensuite une présentation des opinions des personnes interrogées sur les personnes considérées comme capables d'assumer la responsabilité parentale, ce qui indique leur ouverture à des formes de famille et des modes de vie différents.

5.1 La situation de vie et les constellations familiales

L'examen de la socialisation au sein des familles et des conditions de vie et de ménage actuelles nous permet de mieux comprendre les contextes familiaux dans lesquels les personnes interrogées ont grandi et la manière dont la parentalité est réellement vécue à l'âge adulte. Cette comparaison peut aider à révéler quelles constellations de familles et de ménages ont eu une influence formatrice sur les biographies des personnes interrogées et sur la façon dont la parentalité est organisée aujourd'hui. Les résultats suivants sont basés sur les données de la première vague de l'enquête CHARLS et se réfèrent à la fois à des informations rétrospectives sur l'enfance et la jeunesse ainsi qu'à la situation actuelle du logement et du ménage des personnes interrogées.

La plupart des personnes interrogées ont grandi dans un foyer biparental traditionnel. Environ 85 % des enfants ont vécu avec leurs deux parents jusqu'à l'âge de 18 ans. 7 % ont grandi avec un seul parent, tandis que des proportions plus faibles ont vécu dans des constellations disparates, par exemple avec un parent et son partenaire de sexe opposé (4 %) ou son partenaire de même sexe (0,2 %), ou alternativement avec les deux parents séparés (1,2 %). Le fait de vivre avec d'autres membres de la famille ou d'autres arrangements a rarement été mentionné.

En outre, les informations sur la structure de la fratrie montrent qu'un peu moins de 88 % des personnes interrogées n'ont pas de demi-frères ou demi-sœurs, de demi-frères ou demi-sœurs par alliance ou de frères ou sœurs adoptés. Environ 12 % des personnes interrogées déclarent avoir au moins une relation de ce type, le plus souvent avec un demi-frère ou une demi-sœur (qu'il /elle soit biologique ou par alliance). Les grandes constellations de frères et sœurs de familles recomposées restent l'exception.

Au moment de l'enquête, la plupart des personnes interrogées ayant des enfants vivaient en tant que parents dans une famille nucléaire traditionnelle. Toutefois, cette proportion diminue avec l'âge. Dans la

Tableau 7. Type de ménage des personnes interrogées ayant des enfants, par tranche d'âge, en %

Avec enfants	18-34 ans	35-44 ans	45-65 ans
Seul(e)	3 %	1 %	8 %
Avec le / la partenaire	4 %	3 %	28 %
Famille nucléaire	85 %	83 %	50 %
Famille nucléaire et autres personnes	1 %	1 %	1 %
Famille multigénérationnelle	1 %	1 %	1 %
Avec le partenaire et d'autres personnes	1 %	0 %	0 %
Parents célibataires	4 %	7 %	10 %
Appartement partagé	0,5 %	3 %	2 %
Co-parentalité	0,5 %	1 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %
N	156	526	1 306

Source: CHARLS 2023, vague 1, n = 1 988.

tranche d'âge la plus élevée, davantage de personnes vivent seules (8 %) ou avec un partenaire sans les enfants (28 %). Parmi les personnes âgées de 45 à 65 ans, 10 % sont des parents sans partenaire. Les autres types de ménages, tels que les appartements partagés (*Wohngemeinschaften*) ou les familles nucléaires (ou les personnes avec de jeunes enfants) vivant avec d'autres adultes, ne sont représentés que dans une très faible mesure parmi les personnes interrogées.

Cette relative stabilité des formes familiales chez les parents se reflète également dans le statut relationnel et, dans une moindre mesure, dans l'état matrimonial des personnes interrogées. Par exemple, 91 % déclarent être en couple et 75 % sont mariés. Cette constatation est conforme aux conclusions de l'Office fédéral de la statistique (voir [Chapitre 1](#)), selon lesquelles, bien que de plus en plus d'enfants naissent en dehors du mariage, la structure familiale quotidienne continue souvent à être composée de deux parents de sexe opposé avec un enfant. Les types de ménages formés par les parents en fonction de l'âge sont présentés dans le [Tableau 7](#).

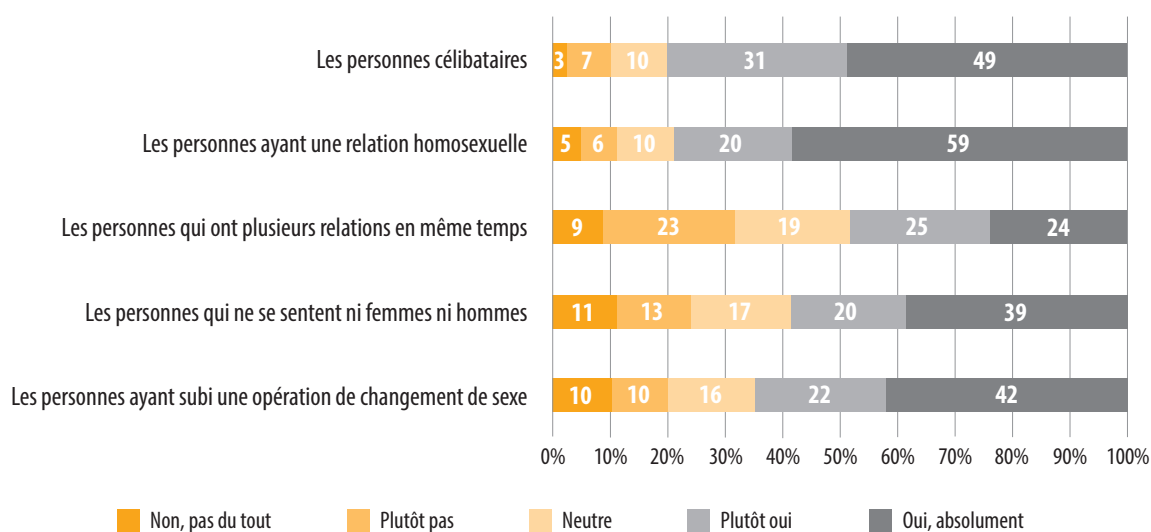
5.2 Les nouvelles formes de famille et la responsabilité parentale

La question de savoir qui est considéré comme apte à assumer la responsabilité parentale est étroitement liée aux conceptions sociétales de la famille, de la relation de couple et de la prise en charge. Dans le contexte d'une diversité croissante des modes de vie et des formes de relations, il a été demandé aux répondants de la deuxième vague de l'enquête CHARLS d'évaluer différents groupes de personnes en termes d'aptitude à la parentalité.

Dans l'ensemble, les résultats montrent un degré élevé d'ouverture aux formes familiales non traditionnelles parmi les répondants à l'enquête (voir [Figure 25](#)). Il y a un soutien particulièrement fort pour que les personnes ayant des relations homosexuelles puissent devenir parents. Environ 79 % des personnes interrogées estiment que les couples de même sexe sont capables d'assumer la responsabilité des enfants. L'approbation envers les personnes célibataires est également élevée, 80 % des personnes interrogées estimant qu'elles sont fondamentalement capables d'assumer des responsabilités parentales.

Les résultats montrent que, dans la perception de la population, la responsabilité parentale est de plus en plus considérée comme sans rapport avec la forme de famille et de relation. La plupart des

Figure 25. Évaluation de la capacité à assumer la responsabilité parentale en fonction du type de famille et des caractéristiques personnelles, en %



Source: CHARLS 2025, vague 2, n = 1 629.

personnes interrogées ne considèrent pas les caractéristiques telles que le sexe, le statut de la relation ou le mode de vie familial comme cruciales, mais se réfèrent davantage à des idées de soins, de stabilité et de responsabilité.

Dans le même temps, l'acceptation de nouvelles formes de famille n'est pas la même pour tous les groupes. Si les couples de même sexe, les célibataires ou les transsexuels font l'objet d'une large ouverture, les modèles de relations qui remettent en cause les notions traditionnelles d'engagement en prévoyant plus d'une relation rencontrent une faible acceptation. Il en va de même pour les personnes qui se considèrent comme non binaires.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que, bien que les formes de famille et de ménage en Suisse soient devenues plus pluralistes, la responsabilité parentale reste liée à des attentes normatives centrales. La famille se définit donc moins par sa forme extérieure que par la qualité attribuée aux relations et à la prise en charge.

SYNTHÈSE

La reproduction humaine, les relations et les structures familiales dans les sociétés contemporaines subissent des processus de changement profond. Ce rapport décrit l'état actuel de ces processus de changement social et démographique dans la société suisse. Cette analyse est basée sur les données de l'Office fédéral de la statistique, d'Eurostat et de l'enquête CHARLS. Dans le cadre de l'enquête CHARLS, dont deux vagues ont été achevées à ce jour, la population adulte suisse a été interrogée sur son comportement et ses attitudes à l'égard de la reproduction, des relations et de la famille. L'enquête par panel a été menée dans le cadre du programme universitaire de recherche prioritaire (URPP) *Human Reproduction Reloaded* à l'Université de Zurich.

Les données d'Eurostat et de l'Office fédéral de la statistique montrent que les processus de changement social et démographique en Suisse sont en phase avec les évolutions observées dans d'autres pays européens. D'un pays à l'autre, on observe une baisse des taux de fécondité, une augmentation de l'âge des deux parents à la première naissance et une proportion croissante d'enfants nés hors mariage. Cela montre que la reproduction humaine doit toujours être comprise comme faisant partie intégrante des relations et des structures sociales.

Si l'on considère la fécondité et le désir d'avoir des enfants dans le contexte social et culturel de la Suisse, on observe un net changement. Les enfants sont de plus en plus considérés comme faisant partie des choix de vie d'un individu. En conséquence, la proportion de la population qui ne souhaite pas d'enfants augmente de manière significative. En ce qui concerne la perspective individuelle d'avoir des enfants, des aspects tels que l'épanouissement personnel, la relation émotionnelle avec les enfants, les questions financières et l'incertitude quant à l'avenir jouent un rôle central. Les obligations sociales et les aspects instrumentaux perdent de leur importance. Dans une société de plus en plus individualisée, le désir d'avoir des enfants est donc principalement déterminé par des perspectives et des orientations de valeurs individuelles. Cette évolution est tout à fait conforme à l'érosion plus générale des points de référence traditionnels et à la modernisation et l'individualisation réflexives croissantes de la société (Beck et al., 1996).

Outre les personnes qui choisissent délibérément de ne pas avoir d'enfants, une part considérable de la population est touchée par l'infertilité ou l'absence involontaire d'enfants. Environ 20 % des personnes interrogées déclarent avoir connu des périodes d'infertilité. Plus ces phases se prolongent, plus les personnes concernées font état d'un stress psychologique important. Dans l'ensemble, les résultats montrent que les individus font face à l'infertilité de manière très différente, bien que les approches médicales conventionnelles restent l'option la plus fréquemment choisie. L'étude CHARLS s'est également intéressée à la manière dont l'infertilité est perçue par la population générale. Une nette majorité ne considère pas l'infertilité comme une maladie. En conséquence, le financement des traitements médicaux reproductifs est largement considéré comme une question de responsabilité individuelle plutôt que comme un service qui devrait être couvert par l'assurance maladie. Lorsqu'elles évaluent les causes perçues de l'infertilité, les personnes interrogées font le plus souvent référence à des facteurs externes tels que le stress et les influences environnementales. En revanche, le rôle de l'âge biologique dans l'infertilité est généralement sous-estimé, tant pour les femmes que pour les hommes.

Le thème de l'infertilité soulève également la question du rôle et de l'évaluation des procédures de médecine reproductive en Suisse. Par rapport à la proportion de personnes qui font état de périodes d'infertilité, seule une petite partie des personnes interrogées déclarent avoir déjà eu

recours à la médecine reproductive. L'hormonothérapie, l'insémination et la fécondation in vitro sont les procédures les plus utilisées. Après une forte augmentation de l'utilisation des techniques médicales de reproduction au début du 21^e siècle, les taux d'utilisation se sont stabilisés au cours des dix à quinze dernières années. Les personnes qui ont eu recours à ces procédures se disent satisfaites rétrospectivement, mais font également état du stress causé par les traitements médicaux. Le public considère les différentes options de médecine reproductive disponibles sous un jour essentiellement positif et il est également très favorable à ce qu'elles soient légalement disponibles. Les exceptions à cette règle sont la maternité de substitution et le diagnostic génétique préimplantatoire (DPI).

Les taux de natalité, l'infertilité et la médecine reproductive s'inscrivent toujours dans des contextes sociétaux plus larges, eux-mêmes soumis à des processus continus de changement social. L'examen des types de relations et de familles courantes parmi les répondants révèle une nette prédominance du modèle familial hétérosexuel traditionnel composé d'une mère, d'un père et d'un ou plusieurs enfants. Les changements sociaux les plus importants peuvent être observés dans la prévalence de la monoparentalité et des enfants nés hors mariage, qui ont tous deux augmenté de manière significative au fil du temps. En revanche, les enfants grandissant avec des parents de même sexe représentent un très petit groupe dans l'échantillon actuel. En même temps, les résultats indiquent un niveau élevé d'ouverture de la population à l'égard de nouvelles formes de relations et de familles, tant pour les parents célibataires que pour les parents de même sexe. Les personnes interrogées manifestent une plus grande réserve à l'égard des parents transgenres, non binaires et polyamoureux.

En résumé, on peut dire que de nombreux processus de changement dans le domaine de la reproduction humaine, des relations et de la famille ont lieu simultanément en Suisse. Ces tendances ne vont pas nécessairement dans le même sens : d'une part, nous constatons une augmentation du nombre de personnes qui décident consciemment et mûrement réfléchies de vivre sans enfant, tandis que d'autre part, nous observons un groupe croissant de personnes qui souhaitent bénéficier de services de médecine reproductive parce qu'elles ne peuvent pas avoir d'enfants autrement. C'est particulièrement vrai pour les personnes qui souhaitent réaliser leur désir d'avoir des enfants en tant que parents célibataires ou dans le cadre d'une relation homosexuelle. En termes quantitatifs, cependant, le segment de la population qui souhaite et peut satisfaire son désir d'avoir des enfants dans une constellation familiale hétérosexuelle traditionnelle, qu'elle soit mariée ou non, continue de dominer.

Outre la diversité des évolutions sociales observées en Suisse, l'étude montre également un degré élevé d'ouverture de la population à l'égard de ces processus de changement en cours. Cette ouverture est évidente tant en ce qui concerne l'utilisation des services de médecine reproductive que l'acceptation de nouvelles constellations familiales. Dans l'ensemble, ces attitudes constituent une base favorable à la poursuite de l'élaboration de politiques familiales et sanitaires en Suisse qui soient soigneusement conçues et répondent aux divers besoins des différents groupes de population touchés par les multiples processus de changement couverts par le présent rapport.

RÉFÉRENCES

- Beck U, Giddens A, Lash S (1996). *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Büchler A, Rössel J, Gilgen S et al. (2023). *CHARLS 2023. Swiss Assisted Reproduction Longitudinal Study*. (1.0.0) [Dataset]. H2R, University of Zurich.
- Duvander AZ, Fahlén S, Brandén M, Ohlsson-Wijk S (2020). *Who makes the decision to have children? Couples' childbearing intentions and actual childbearing*. *Advances in Life Course Research*, 43, 100286.
- Eijkemans MJC, van Poppel F, Habbema DF et al. (2014). *Too old to have children? Lessons from natural fertility populations*. *Human reproduction*, 29(6);1304-12.
- Federal Department of Home Affairs (FDHA) (2025). *Decline in birth rates in Switzerland*. Bern. Rückgang der Geburtenhäufigkeit in der Schweiz [15.1.2026]
- Hassan MAM, Killick SR. (2003). *Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age*. *Fertility and sterility* 79(Supplement 3);1520-7.
- Lo W, Campo-Engelstein L (2018). "Expanding the Clinical Definition of Infertility to Include Socially Infertile Individuals and Couples." Pp. 71-83 in: Campo-Engelstein L, Burcher P (eds) *Reproductive Ethics II*. Springer, Cham.
- Merone L, Tsey K, Russell D, Nagle C (2022). *Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature*. *Women's health reports*, 3(1);49-59.
- Pape M, Miyagi M, Ritz SA et al. (2024). *Sex contextualism in laboratory research: Enhancing rigor and precision in the study of sex-related variables*. *Cell*, 187(6);1316-26.
- Rössel J, Gilgen S, Mertens M et al. (2025). *CHARLS 2025. Swiss Assisted Reproduction Longitudinal Study*. (1.0.0) [Dataset]. H2R, University of Zurich.
- Sobotka T, Zeman K, Jasilioniene A et al. (2023). *Pandemic Roller-Coaster? Birth Trends in Higher-Income Countries During the COVID-19 Pandemic*. *Population and Development Review*, 50;23-58.
- Stein P, Willen S, Pavetic M (2014). *Couples' fertility decision-making*. *Demographic Research*, 30(63);1697-732.
- Swiss Federal Statistical Office (FSO) (2015). *Statistics on medically assisted reproduction*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.assetdetail.34707490.html>
- Swiss Federal Statistical Office (FSO) (2015). *Statistics on natural population change*. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung BEVNAT | Bundesamt für Statistik - BFS
- Utting D, Bewley S (2011). *Family planning and age-related reproductive risk*. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 13;35-41.
- World Health Organization (WHO) (2018): *International Classification of Diseases*. 11th Revision (ICD-11). WHO, Genf.
- Yovich JL, Keane K (2017). *Assessing the male in fertility clinics-men undervalued, undermanaged and undertreated*. *Translational Andrology and Urology*, 6(Supplement 4), 624-8.

Parenthood in Switzerland

A Report on (In)Fertility and Childlessness

Angela Christen, Eva Corba, Larissa Fritsch, Sandra Gilgen,
Maila Mertens, Jörg Rössel, Julia H. Schroedter

University of Zurich, URPP Human Reproduction Reloaded

TABLE OF CONTENTS

145 PREFACE

147 INTRODUCTION

152 1. REFERENCE FRAMEWORK: ANALYSIS OF STRUCTURAL DATA

152 1.1 The development of the birth rate in Switzerland

153 1.2 Age at first birth in Switzerland

154 1.3 The total fertility rate (TFR) in Switzerland

155 1.4 Development of reproductive intentions

157 2. SOCIAL PERCEPTIONS OF THE BIRTH RATE AND PARENTHOOD IN SWITZERLAND

157 2.1 Perceived reasons for the decline in the birth rate

158 2.2 The meaning of parenthood

159 2.3 Barriers to parenthood

160 2.4 Childlessness as individual choice

162 3. INFERTILITY: EXPERIENCES AND UNWANTED CHILDLESSNESS

163 3.1 Experiences with infertility in the Swiss population

165 3.2 Coping with infertility

165 3.3 Reasons for infertility

167 3.4 Knowledge and perception

167 3.5 Fertility treatments for men

170 4. MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION (MAR)

170 4.1 Knowledge of medically assisted reproduction methods

172 4.2 Attitudes toward medically assisted reproduction

173 4.3 Assessment of the legal regulation of medically assisted reproduction procedures

174 4.4 Attitudes toward access to and financing of medically assisted reproduction procedures for different partnership constellations

176 4.5 Use of medically assisted reproduction (past, present, future)

178 5. NEW FAMILY FORMS

178 5.1 Living situation and family constellations

179 5.2 New family forms and parental responsibility

181 SUMMARY

183 REFERENCES

PREFACE

In modern societies, parenthood is no longer an assumed biological or social milestone; instead, it has become a conscious and complex choice, deeply influenced by social structures and individual life plans. In this context, Switzerland represents an emblematic case study, as a country where transitions to adulthood and family life have become increasingly flexible and follow less uniform patterns.

This study is the result of research conducted by the University of Zurich in the context of the University Research Priority (UFSP) *Human Reproduction Reloaded*. It was carried out in close collaboration with IBSA Foundation for scientific research, the foundation of the Lugano-based IBSA pharmaceutical company, which has long been committed to promoting scientific culture and research at an international level. The project also benefited from the scientific contribution of Prof. Bruno Imthurn, member of the Scientific Board of IBSA Foundation and Emeritus Professor of Reproductive Medicine and Gynecological Endocrinology at the University of Zurich.

This report represents the evolution of a research initiative undertaken in Switzerland in 2017 by IBSA Foundation. That initial research, conducted by GfK, marked the country's first systematic examination of the social perception of fertility and medically assisted reproduction (MAR). While the 2017 study already highlighted how family planning is affected by economic factors and pointed to a significant lack of information on the biological limits of female fertility, the present analysis builds on and deepens this investigative trajectory. In line with surveys carried out in Italy in collaboration with Censis, these investigations have enabled the Foundation, over the years, to establish a privileged observatory on the dynamics of fertility and declining birth rates, providing a rigorous analysis of social and demographic transformations in both countries.

Thanks to data from the *Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study (CHARLS)*, which is being conducted as part of the UFSP *Human Reproduction Reloaded*, this volume focuses on the Swiss context, providing a systematic and up-to-date analysis of the attitudes and behaviours of the Swiss population. The study begins with an analysis of structural data that outlines a clear demographic pattern: between 2015 and 2023, the number of live births in Switzerland decreased by 7.6%, with the fertility rate falling to 1.33 children per woman, well below the threshold for generational replacement of around 2.1 children per woman, the benchmark for the long-term numerical stability of a population. At the same time, the average age at the birth of the first child reached 31.3 years, among the highest in Europe. This postponement of parenthood reflects a cultural shift in which personal fulfilment and socio-economic conditions play a decisive role in the decision of whether or not to have children.

A central focus of the research is the analysis of infertility and the role of MAR. Approximately 20% of Switzerland's resident population report having experienced periods of infertility, an experience associated with profound psychological strain that tends to intensify with time. The report also examines public perceptions of reproductive technologies, highlighting broad support for the legal availability of practices such as sperm donation (66%) and egg donation (59%), while ethical reservations remain regarding more controversial procedures, including surrogacy and preimplantation genetic diagnosis.

In summary, the report portrays Switzerland as a society balancing the persistence of traditional models with a profound "reflective modernisation". The study reveals a dual dynamic: on one hand, a significant rise in those consciously choosing not to have children (increasing from 6% to 17% among young people in just ten years), and on the other, an increasingly structured reliance on reproductive

medicine to overcome biological or social barriers. A key finding also emerges: parenthood today is no longer defined by the outward form of the family unit, but by the quality of the emotional relationship and caregiving work.

As well as providing policymakers, sector professionals, and citizens with a detailed demographic analysis, this volume also serves as a guide for navigating a society that is actively redefining the concepts of family and responsibility.

Jörg Rössel

PhD, Professor, Department of Sociology,
University of Zurich

Silvia Misiti

Director, IBSA Foundation
for scientific research

INTRODUCTION

Parenting is a topic that is inextricably linked to issues of fertility, social change, and individuals' life plans in modern societies. Changes in family formation not only reflect individual decisions but are also shaped by societal structures and have long-term effects on the demographic structure. Switzerland is no exception in this regard. Many European countries are undergoing a period of profound change, in which transitions to adulthood and family life are becoming increasingly flexible and no longer follow a uniform pattern. The idea of a traditional life course – finishing education, starting a career, forming a partnership that leads to marriage, and eventually to forming a family of one's own – has gradually been loosened. As individual choice and opportunities are increasingly considered pivotal, more diverse life courses are emerging and acceptance of less traditional pathways to family formation have gained in social acceptance. People are entering lasting partnerships later in life and marriages are thus often postponed or replaced entirely by alternative living arrangements. Rather than expecting every adult to strive for a family of their own as a default, people are nowadays expected to make the decision for or against having children much more consciously than in the past. This development in which parenthood is no longer a normatively expected step in life, but increasingly a conscious decision can be considered a cultural shift with a wide range of consequences including a higher perceived legitimacy of non-traditional families. In Switzerland, this shift has also been felt and led to more heterogeneous family forms shaped by more diverse individual values and socio-economic conditions. At the same time, the growing acceptance of different lifestyles has also led to an increasing adoption of a life without children.

Demographic trends show clear momentum. Between 2015 and 2023, the absolute number of live births in Switzerland fell from 86,559 to 80,024, a decline of 7.6%. The declining birth rate in Switzerland is in line with a Europe-wide trend characterized by changing lifestyles and values, economic uncertainties, and increasing demands on work-life balance. According to Eurostat surveys from 2015 and 2023, almost all European countries are experiencing a decline in both birth rates and fertility rates, while the age of women at first birth and the average age at birth are rising steadily.

Table I also shows the high degree of heterogeneity within Europe. While the fertility rate (the average number of children per woman of childbearing age) is comparatively high in countries such as France (1.66) and Denmark (1.50), it is at a historically low level in other countries, including Spain (1.12) and Italy (1.21). With a fertility rate of 1.33 children per woman, Switzerland remains somewhat below the European average and well below the 2.1 required to maintain the population.

While in many European countries, the average age of women at first birth is around 30, with 31.3 years of age, in Switzerland women are more than one year older (see **Table I**). The average age of mothers at first birth is even higher only in Spain, Liechtenstein (both 31.5 years), Ireland (31.6 years), and Italy (31.8 years).

The increasing age of first-time mothers has far-reaching consequences. With increasing age, the likelihood of spontaneous/natural pregnancy decreases, while at the same time the risk of fertility problems, miscarriages, and chromosomal abnormalities increases. In this context, medically assisted reproduction (MAR; often referred to internationally as artificial reproductive technology (ART)) is becoming increasingly important. It includes procedures such as in vitro fertilization (IVF), intracytoplasmic sperm injection (ICSI), and other techniques that enable conception or increase the chances of success. MAR is therefore not merely a medical tool; it is also a socially significant phenomenon: it opens up the possibility of parenthood to a growing segment of the population and thus influences demographic development.

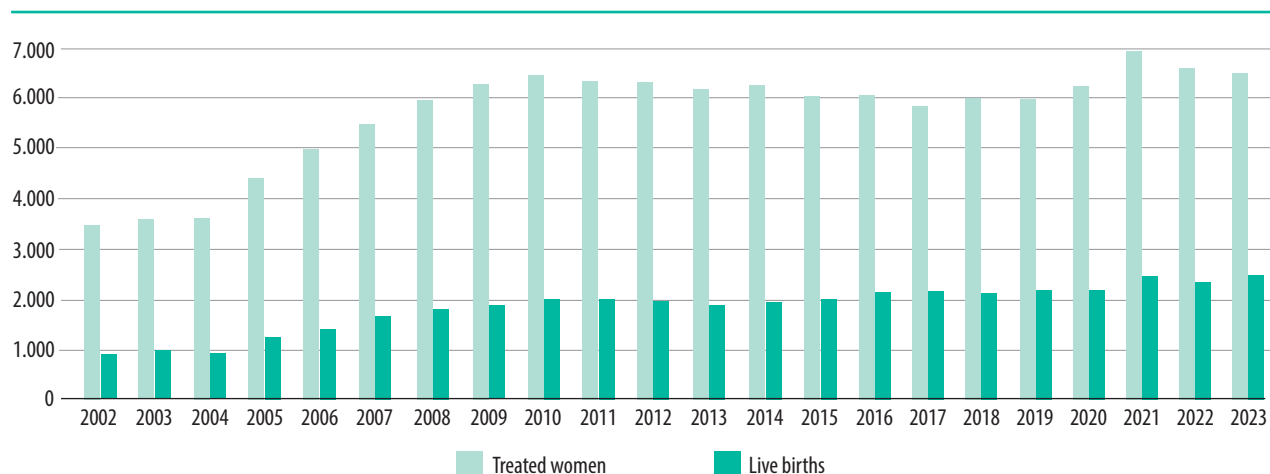
Table I. Fertility and births in the European Union in 2015 and 2023

	Birth rate (live births per 1,000 inhabitants)		Fertility rate		Live births		Average age of women at first birth		Average age of women at birth	
	2015	2023	2015	2023	2015	2023	2015	2023	2015	2023
Bulgaria	9.2	8.9	1.53	1.81	65,950	57,197	26.0	26.9	27.4	28.2
North Macedonia	11.1	9.2	1.50	1.71	23,075	16,737	26.8	26.6	28.6	29.2
France	12.0	9.9	1.96	1.66	799,671	678,333	28.4	29.1	30.4	31.0
UK	11.9	10.0	1.80	1.56	776,746	712,699	28.7	28.5	30.3	30.5
Hungary	9.4	9.1	1.45	1.55	92,135	87,671	27.8	28.8	29.6	30.2
Iceland	12.5	11.2	1.80	1.55	4,129	4,315	27.5	28.8	30.3	30.8
Romania	10.0	8.4	1.58	1.54	197,491	160,078	26.3	27.1	27.7	28.3
Slovenia	10.0	8.0	1.57	1.51	20,641	16,989	28.7	29.1	30.2	30.5
Serbia	9.3	9.2	1.46	1.51	65,657	61,052	27.7	28.4	29.0	29.3
Turkey	16.9	11.2	2.14	1.51	1,325,783	958,408	27.1	27.1	28.6	29.2
Denmark	10.2	9.7	1.71	1.50	58,205	57,469	29.2	30.1	31.0	31.8
Ireland	14.0	10.3	1.92	1.50	65,537	54,472	29.9	31.6	31.6	33.2
Slovakia	10.3	9.0	1.40	1.49	55,602	48,627	27.1	27.3	28.8	28.8
Belgium	10.8	9.4	1.70	1.47	122,274	110,785	28.7	29.5	30.4	31.1
Croatia	8.9	8.3	1.40	1.47	37,503	32,170	28.3	29.3	29.9	30.8
Czechia	10.5	8.4	1.57	1.46	110,764	91,149	28.2	28.9	30.0	30.4
Portugal	8.3	8.1	1.31	1.45	85,500	85,699	29.5	30.2	30.9	31.7
Sweden	11.7	9.5	1.85	1.45	114,870	100,051	29.2	30.0	31.0	31.7
Liechtenstein	8.7	9.1	1.40	1.45	325	361	30.6	31.5	31.6	32.8
Netherlands	10.1	9.2	1.66	1.43	170,510	164,487	29.7	30.4	31.2	31.8
Cyprus	10.8	10.7	1.32	1.40	9,170	10,241	29.4	29.8	31.3	31.5
Norway	11.3	9.4	1.72	1.40	58,815	51,983	28.9	30.1	30.7	31.7
Germany	9.0	8.3	1.50	1.39	737,575	692,989	29.5	29.8	30.9	31.3
EU (countries)	10.0	8.2	1.58	1.38	5,065,662	3,669,659	26.5	29.8	30.5	31.2
Latvia	11.1	7.7	1.70	1.36	21,979	14,490	26.5	28.0	29.4	30.4
Switzerland	10.5	9.0	1.54	1.33	86,559	80,024	30.6	31.3	31.8	32.4
Austria	9.8	8.5	1.49	1.32	84,381	77,605	29.2	29.9	30.6	31.2
Estonia	10.6	8.0	1.58	1.31	13,907	10,949	27.2	28.7	29.9	31.0
Greece	8.5	6.8	1.33	1.26	91,847	71,249	30.2	31.0	31.3	32.1
Finland	10.1	7.8	1.65	1.26	55,472	43,383	28.8	30.0	30.6	31.5
Luxembourg	10.7	9.5	1.47	1.25	6,115	6,320	30.2	31.4	31.5	32.4
Italy	8.0	6.4	1.35	1.21	485,780	379,890	30.8	31.8	31.7	32.5
Poland	9.7	7.4	1.32	1.20	369,308	272,451	27.0	28.4	29.2	30.1
Lithuania	10.8	7.2	1.70	1.18	31,475	20,623	27.0	28.4	29.5	30.4
Spain	9.0	6.6	1.33	1.12	418,432	319,830	30.7	31.5	31.9	32.6
Malta	10.0	8.1	1.45	1.06	4,325	4,462	28.7	29.8	30.3	31.2

Source 2023: Eurostat / FSO (compilation, 2025). Source 2015: Eurostat (processed according to Quotidiano Sanità, March 2017).

Data from the Swiss Federal Statistical Office (FSO) show that medically assisted reproduction has become significantly more important in Switzerland since the early 2000s. **Figure I** shows that the number of women treated increased steadily in the years between 2002 and 2010. After that, the usage of medically assisted reproduction methods has remained relatively stable. Parallel to the development of treatment numbers, the number of children born alive after use of MAR has also risen. As **Figure I**

Figure 1. Medically assisted reproduction (external fertilization methods) in Switzerland. Number of women treated¹ and live births² in Switzerland



¹ Number of women undergoing treatment with in vitro fertilization methods in a calendar year.

² Live births occur in both the year of IVF treatment and the following year, depending on the duration of pregnancy.

Source: FSO - Statistics on medically assisted reproduction, 2025.

shows, this number has more than doubled between the early 2000s and the 2010s. In the years following, the number remained relatively stable despite small fluctuations and has only begun to rise slightly in recent years.

The current figures in [Table 2](#) confirm that MAR is an integral part of reproductive medical care in Switzerland and plays an important role in fulfilling the desire to have children for those who struggle to or cannot have children “naturally”. In 2023, a total of 6,513 women were treated with methods of medically assisted reproduction. In the same year, 2,511 live births were registered after such treatments. In just under half of the women treated, the treatment led to pregnancy; of these, more than three-quarters carried their child to term, while in about 3% of cases, multiple children were born.

Table 2. Women treated, treatment cycles, and pregnancies in Switzerland (in 2023)

Women treated (total)	6,513
Women who started treatment in the year mentioned	3,202
Treatment cycles initiated	12,497
Punctures to retrieve oocytes (fresh cycles only)	5,985
Embryo transfers	8,164
Transfers with donated sperm	231
Women treated who became pregnant as a result of treatment, in %	48.6
<i>Outcome of pregnancies</i>	
Pregnancies that resulted in birth, in %	77.3
Multiple births, as a percentage of births	2.8
Live births	2,511
Proportion of multiple births, as a percentage of children	5.5
Stillborn children, as a percentage of children	0.2
Number of children born after use of donated sperm	67

Source: FSO – Statistics on medically assisted reproduction, 2025.

In Switzerland, medically assisted reproduction is regulated by law under the Reproductive Medicine Act. The focus is on procedures such as in vitro fertilization (IVF), intracytoplasmic sperm injection (ICSI), and the medically assisted use of donated sperm. These methods are generally used when infertility requires medical treatment, and less invasive measures have either been unsuccessful or do not offer realistic prospects of success. Another indication may be to avoid the risk of passing on serious hereditary diseases.

Access to these procedures is regulated differently for different groups. Treatments using the couple's own gametes, such as IVF or ICSI, are available to both married and unmarried couples. In contrast, the use of sperm donation is restricted to married couples. Since the introduction of marriage for all in 2022, this applies to both heterosexual married couples and married female couples. Unmarried couples and singles do not have access to sperm donation.

Another important milestone was the approval of preimplantation genetic testing (PGT), which was supported by the Swiss electorate in 2016. Since then, it has been possible to test embryos for serious genetic diseases or chromosomal abnormalities as part of medically assisted reproduction before they are implanted in the uterus. The discussion at the time made it clear that MAR raises not only medical but also ethical and social questions. Despite these developments, several reproductive medicine procedures that are permitted in other countries remain legally prohibited in Switzerland. These include egg donation, embryo donation, and surrogacy. However, the Federal Council has decided to revise the Reproductive Medicine Act and, among other things, to examine the approval of egg donation.

The present study is based on the first two waves of the Swiss (CH) Assisted Reproduction Longitudinal Study (CHARLS). This is the first Swiss panel study to collect data on attitudes, experiences and beliefs about artificial insemination and family formation (Büchler *et al.*, 2023). It is being conducted as part of the University Research Priority Program "Human Reproduction Reloaded | H2R" at the University of Zurich.

The data for the first wave of CHARLS was collected from March to August 2023. The disproportionately stratified sample included 20,000 individuals and was drawn from the Swiss population register. The population included all persons aged 18 and over with permanent residence in Switzerland. Stratification was based on the three language regions¹ and, within these strata, additionally on gender. Individuals were selected at random within each stratum. The target population was contacted by letter and invited to complete the survey online or on paper. The response rate was 26%, with a total of 5,256 participants. The second wave of CHARLS was conducted from May to October 2025. All individuals from the first wave whose addresses could be kept up to date and who did not explicitly wish to opt out were contacted (n=5,096). The response rate was satisfactory at 56% (n=2,846). However, certain selection tendencies were evident in the response rate for both waves of the survey. For example, the participation rate of Swiss citizens was higher than that of non-Swiss citizens (participation: 76% and 24%, shares in the population: 73%:27%²). Participation rates were higher in urban areas than in rural areas. In addition, there was increased participation in Ticino, partly due to oversampling (participation: 12%, share of the Swiss population: 8%). An educational bias can also be observed, with higher educated individuals being overrepresented in the resulting sample: tertiary educated individuals make up 35% of our survey, while they represent 31% of the population. Individuals who have

¹ The language regions included the three main languages of Switzerland: German (including Romansh), French, and Italian. Some cantons fall into two language regions (e.g., Bern). To allow representative statements for each language region, the strata were of different sizes: German-speaking Switzerland accounted for 66.6% of the defined population, French-speaking Switzerland for 23.4% and Italian-speaking Switzerland for 10%. This means that Ticino, with its Italian-speaking population, is significantly overrepresented. Within the strata, the sample was evenly distributed by gender (50:50).

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung.html>

completed compulsory schooling at most are significantly underrepresented at 5%, compared to 14% in the population³. In addition, women participated more frequently than men (57% vs. 43%). These selection patterns are common for population surveys.

For the sake of comparability with the first report by the *IBSA Foundation for Scientific Research*, the present descriptive analyses only include individuals aged 18 (in wave 1) to 64. The data has not been weighted. This should be taken into account when interpreting the results, as the sample, as mentioned, contains a slight overrepresentation of Swiss citizens, people with higher education, people living in Ticino, women, and people from urban contexts.

³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/indicators/bildungsstand.assetdetail.33907281.html>

I. REFERENCE FRAMEWORK: ANALYSIS OF STRUCTURAL DATA

I.1 The development of the birth rate in Switzerland

The birth rate refers to the number of live births registered in a calendar year among the average permanent resident population. It is reported as the number of live births per 1,000 inhabitants and allows the birth trend to be classified in relation to the total population.

In Switzerland, the birth rate remained relatively stable for many years at around 10 live births per 1,000 inhabitants. The absolute number of live births increased between 2011 and 2018, growing from 80,808 to 87,851 live births, reaching a provisional peak. As **Table 3** shows, this development was linked, among other things, to an increasing proportion of births of children to parents with foreign citizenship.

Table 3. Live births in Switzerland

Year	Live births (Total)	Boys	Girls	Swiss	Foreign nationals
2011	80,808	41,626	39,182	59,043	21,765
2012	82,164	42,435	39,729	59,684	22,480
2013	82,731	42,595	40,136	59,440	23,291
2014	85,287	43,850	41,437	60,707	24,580
2015	86,559	44,649	41,910	61,344	25,215
2016	87,883	44,932	42,951	61,570	26,313
2017	87,381	44,873	42,508	61,124	26,257
2018	87,851	45,013	42,838	61,650	26,201
2019	86,172	44,123	42,049	60,875	25,297
2020	85,914	44,299	41,615	61,049	24,865
2021	89,644	45,928	43,716	64,132	25,512
2022	82,371	42,464	39,907	58,556	23,815
2023	80,024	41,048	38,976	56,122	23,902
2024	78,256	40,159	38,097	54,815	23,441

Source: FSO - Statistics on births in Switzerland, 2025.

However, a downward trend began in 2019. The number of live births initially fell moderately and then declined significantly after a temporary peak in 2021 probably due to the Covid-19 pandemic. In 2023, 80,024 live births were registered in Switzerland, and in 2024 this figure fell further to 78,256. At the same time, the birth rate also declined, falling to around 8.7 live births per 1,000 inhabitants in 2024, well below the level of previous years. This represents a clear decline in the previously relatively stable trend in birth rates over a long period of time.

The increase in birth rates observed in 2021 should not be interpreted as a structural trend reversal. International research (see Sobotka *et al.*, 2023) shows that several European countries saw a short-

term increase in births in 2021 following the first Covid-19 lockdown in 2020. This so-called pandemic or catch-up effect is attributed, among other things, to changed living and working conditions during the lockdowns, such as more time spent at home, changed work structures, and the moving up of pre-existing plans to have children.

In Switzerland, too, this increase was short-lived and followed by a renewed decline in birth rates in subsequent years. The trend since 2019 does not therefore indicate a sustained recovery in birth rates but rather confirms an ongoing downward trend.

1.2 Age at first birth in Switzerland

The age structure of parents at the birth of their first child has shifted significantly in Switzerland over the last two decades. Particularly striking is the sharp decline in first births among young age groups. While 253 first births to mothers under the age of 20 were registered in 2005, this figure fell to 31 first births by 2024. A marked decline can also be observed among mothers aged 20 to 24. Their number fell from 4,310 to 1,474 first births during the same period.

In addition, the focus of first births has increasingly shifted to older age groups. For many years now, the 30 to 34 age group has been the largest group of first-time mothers. Their number rose from 10,472 in 2005 to a peak of over 11,600 first births in 2021 and stood at 10,200 first births in 2024. This means that around 42% of all first births in 2024 were in this age group. At the same time, the number of first mothers aged 35 to 39 has also increased significantly. First births in this age group rose from 4,879 in 2005 to 5,065 in 2024, which corresponds to a share of just over 21% of all first births.

First births in even older age groups are also considerably more common today than in the past. While a total of 964 first births to mothers aged 40 and over were registered in 2005 (around 3.2%), this figure rose to 1,304 first births in 2024, corresponding to a share of 5.4%. This development illustrates that the age at which people start a family has clearly moved upward in recent years.

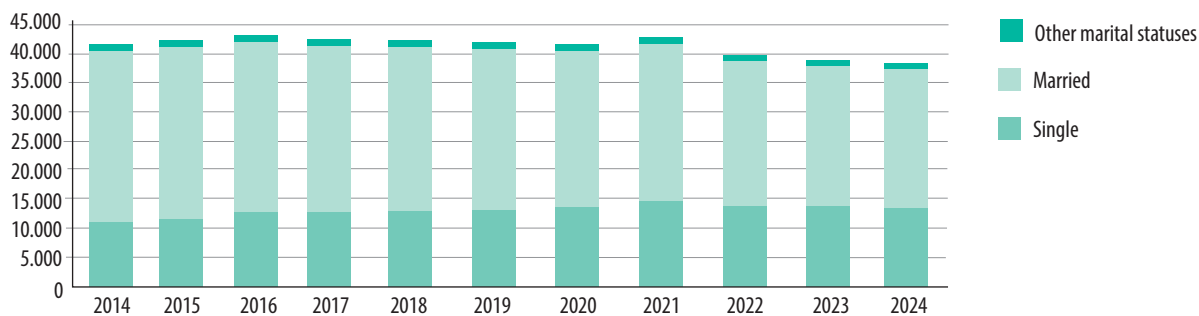
A similar pattern can be seen among fathers of first children. The majority of fathers are between 30 and 39 years old when they have their first child, with the 35 to 39 age group being particularly well represented over the entire period. At the same time, the proportion of fathers aged 40 and older has increased. In 2005, 4,097 first births were accounted for by these age groups, which corresponded to 13.6% of all first births. In 2024, there were 3,750 first births in these age groups, which corresponds to a share of 15.5%, accounting for the decline in birth rate. This shows that there has also been a significant shift towards becoming a father for the first time later in life.

The birth of the first child is of particular importance for further family planning. In general, the later the first birth occurs, the less time there is for further births. The timing of the first child therefore influences not only the individual life course but also birth rates and long-term generational continuity.

Figure 2 shows how the distribution of first births in Switzerland has shifted between 2014 and 2024 by marital status of the mother. Although the majority of first births during this period continued to take place within marriage, this proportion has declined steadily.

In 2014, 71% of first births were to married women, while this proportion fell to around 62% by 2024. At the same time, first births to unmarried mothers have become significantly more common. Their share rose from around 27% in 2014 to just under 36% in 2024. Even though first births among women in other marital statuses, divorced or widowed women, play a rather insignificant role in terms of numbers, a slight decline can also be observed here.

Figure 2. Number of first births in Switzerland by marital status of the mother, 2014-2024



Source: FSO – Statistics on natural population change, 2025.

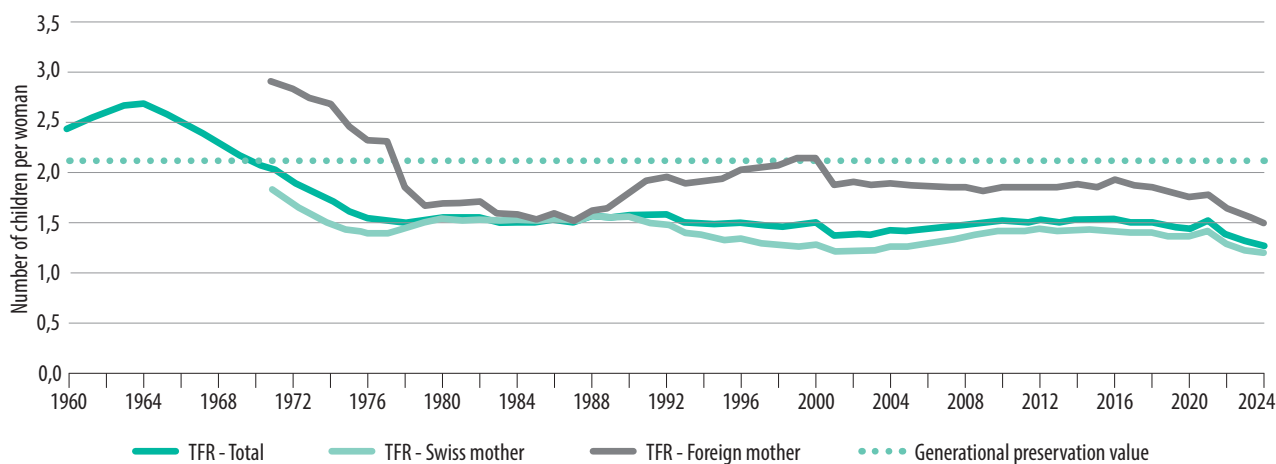
This development illustrates the ongoing change in family and living arrangements in Switzerland. Parenthood is increasingly less tied to marriage and now more often takes place outside the traditional institutional framework. The data on births by marital status of the mother thus reflect a growing diversity of individual lifestyles and partnership models.

1.3 The total fertility rate (TFR) in Switzerland

A key indicator for systematically analysing these developments is the total fertility rate (TFR), which indicates how many children a woman would hypothetically give birth to on average if the age-specific birth rates of a given year remained constant throughout her life. After the end of the baby boom, the TFR in Switzerland fell significantly in the 1970s, falling below the threshold for generational replacement of around 2.1 children per woman. It has remained below this level ever since. At around 1.3 children per woman in 2024, the TFR has been particularly low in recent years (Figure 3).

The value of around 2.1 children per woman required for generational replacement is considered the benchmark for the long-term numerical replacement of a population. If the fertility rate remains below this level, it leads to a change in the age structure in the long term. In Switzerland, this development

Figure 3. Development of the total fertility rate (TFR) in Switzerland by nationality of the mother, 1960-2024



Source: FSO – Statistics on natural population change, 2025.

has been evident for several decades in the form of an increasingly ageing population. This also poses challenges for pay-as-you-go social security systems such as the Swiss old-age and survivors' insurance (OASI), the financing of which relies on the ratio between the working and non-working population. As in other European countries, fertility data show that women with foreign citizenship give birth to more children on average than Swiss women.

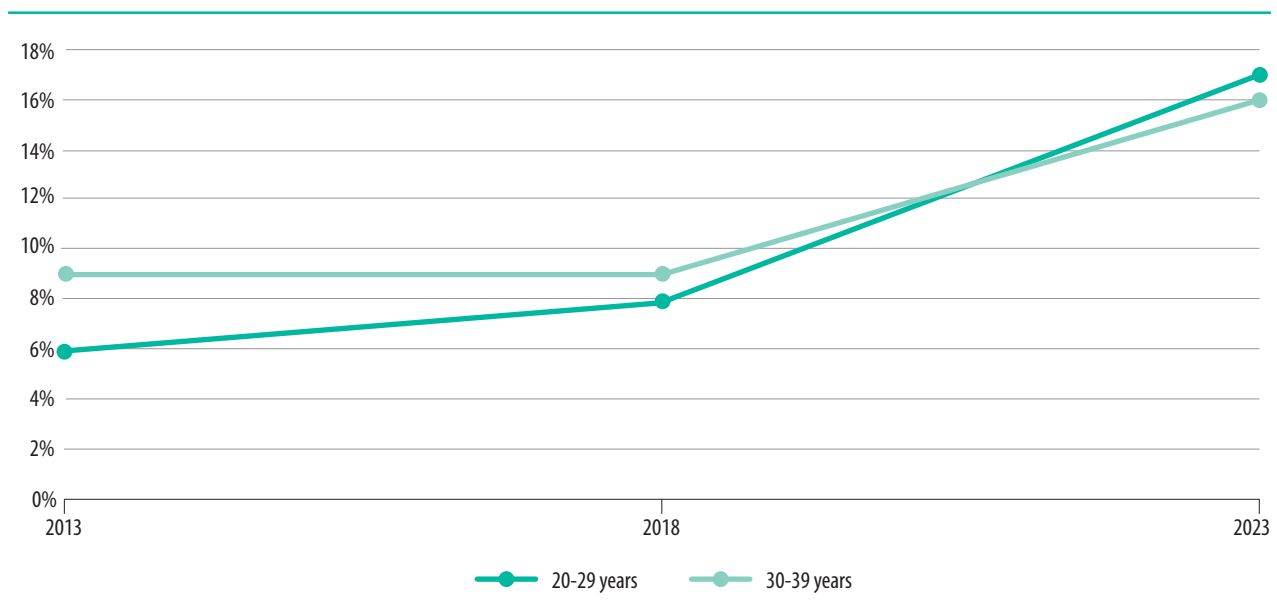
There are also differences in birth rates between the cantons within Switzerland. Ticino has had a low fertility rate for years and ranks at the bottom in terms of the average number of children per woman. However, this development should not be interpreted as an isolated special case. Rather, it is related to structural and social characteristics that can also be observed in other regions with low birth rates. These include a higher average age at which people start families, changes in career and life paths, as well as economic and social conditions that can influence people's decisions on having children. At the same time, international comparisons show that regions with cultural, economic, and demographic proximity to Southern and Western Europe often exhibit similar patterns. In this sense, Ticino fits into a broader European context characterized by low birth rates and late family formation overall.

The cantonal differences thus illustrate that the development of birth rates is not solely attributable to national factors but is also influenced by smaller scale regional contexts. At the same time, they underscore that demographic changes in Switzerland are part of broader European developments.

1.4 Development of reproductive intentions

Parallel to the structural changes in first births and fertility, shifts in reproductive intentions can also be observed. **Figure 4** shows the proportion of people without a desire to have children in two age groups (20–29 and 30–39 years) over time. In both groups, the proportion rose significantly between 2013 and 2023. The increase is particularly pronounced among 20–29-year-olds: while around 6% said they did not want children in 2013, the proportion was around 17% in 2023. Among 30–39-year-olds, there was also an increase from around 9% (2013) to around 16% (2023). The results indicate that a lack of desire to have children is more common among younger and middle-aged groups today than it was ten years ago.

Figure 4. Proportion of people without a desire to have children by age group in Switzerland, 2013-2023



Source: FDHA - Decline in birth rates in Switzerland, 2025.

In summary, the decline in birth rates in Switzerland can be understood as the result of several interrelated developments. In addition to the shift towards starting families at a later age and the persistently low fertility rate, there are also increasing changes in reproductive intentions. The growing proportion of people who do not want children, especially in younger age groups, suggests that declining birth rates are not solely due to delayed parenthood, but increasingly also to conscious decisions against having children.

The structural findings presented thus show that demographic developments cannot be viewed in isolation but must be seen in the context of changing life courses, forms of partnership, and individual priorities and values. Against this backdrop, the question arises how these developments are perceived by the population, what explanations and interpretations are associated with them, and what meanings are attributed to parenthood today.

2. SOCIAL PERCEPTIONS OF THE BIRTH RATE AND PARENTHOOD IN SWITZERLAND

2.1 Perceived reasons for the decline in the birth rate

In the second wave of the survey, participants were asked to assess the reasons they believed were contributing to the decline in the birth rate in Switzerland. The question was designed as a multiple-choice item so that several causes could be named at the same time. The frequency distribution of the answers is shown in **Figure 5**.

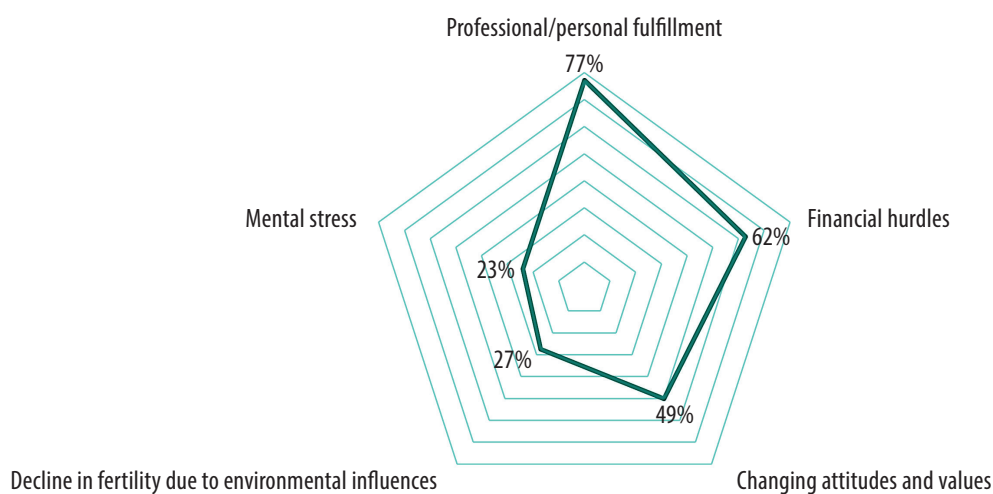
The most frequently cited reason was professional and personal fulfillment (77%), followed by financial barriers (62%) and changing attitudes and values (49%). Less frequently, but still by a relevant proportion of respondents, a decline in fertility due to environmental influences (27%) and psychological stress (23%) were cited as possible reasons. These results provide insight into which explanations of declining birth rates are particularly prevalent among the population.

In addition to the predefined answer options, respondents were given the opportunity to give additional reasons in their own words. Around 14% made use of this option. The open-ended responses were grouped by topic and serve as a qualitative supplement to the standardized results.

Three recurring interpretations emerge from the open-ended responses: First, many responses refer to uncertainty about the future – for example, in relation to political crises, climate change, or general social developments. Second, numerous responses address the structural conditions for starting a family, including the compatibility of work and family life, time constraints, or a lack of support systems. Third, there are references to normative changes and material life-course shifts, such as changed life plans, starting a family later in life, or changed partnership dynamics.

Overall, the open-ended responses complement the closed response categories by making it clear that many respondents do not attribute the decline in the birth rate to individual choices alone but rather perceive it as the result of an interplay of social, economic, and biographical factors.

Figure 5. Perceived reasons for the decline in the birth rate, in %



Source: CHARLS 2025, ondata 2, n=1.988.

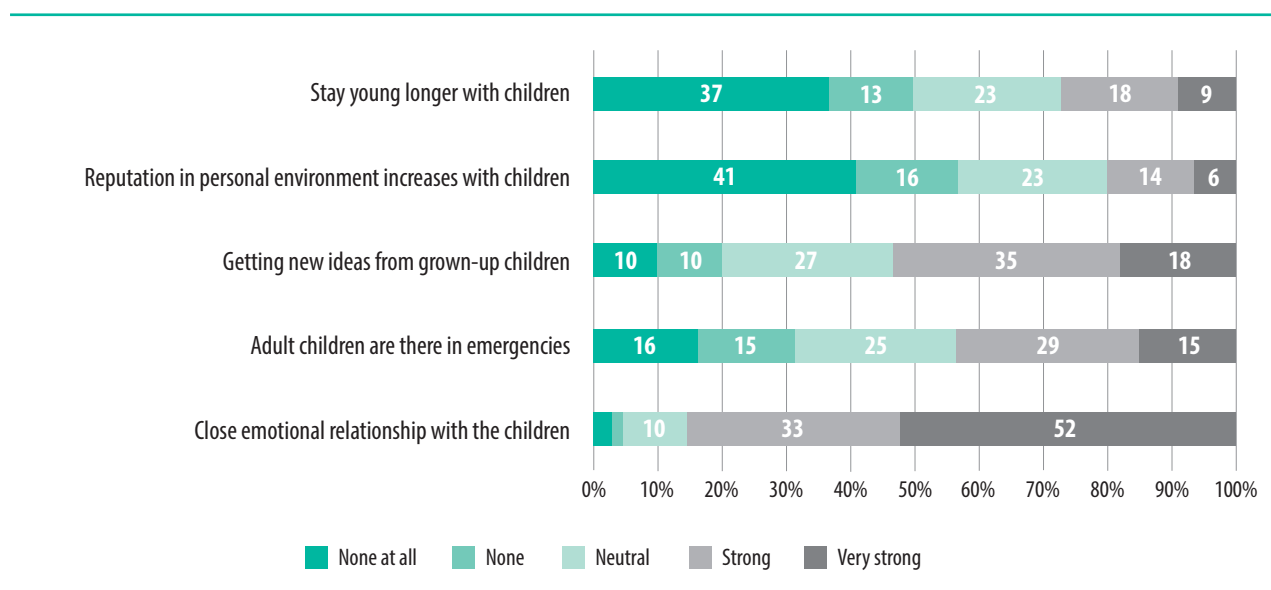
2.2 The meaning of parenthood

The importance of parenthood is closely linked to social values and individual life plans. Ideas about what it means to be a parent influence both decisions for and against having children as well as expectations regarding relationships within families throughout life. In recent decades, a change in attributed meaning to these questions has been observed. In addition to traditional normative ideas, emotional, relational, and individual life-course considerations are increasingly shaping reproductive decisions. Parenting is understood less as a social obligation and more as an individual life choice that one can opt out of.

Against this background, in the first wave of the CHARLS survey, respondents were asked what expectations and meanings they associate with parenthood. The results provide insight into which aspects of parenthood are perceived as particularly relevant by the population today. Having an emotional relationship with one's own children is considered as particularly important. A clear majority of respondents attach great importance to the expectation of a close emotional bond with their children. Around 85% say that this aspect plays a strong or very strong role for them (see [Figure 6](#)). Parenting is thus primarily understood as a long-term, trusting relationship that is of central importance throughout different stages of life. Mutual support in adulthood is also an important element of parenthood for many respondents. 44% express strong expectations that adult children will be available in emergencies. In addition, more than half of those surveyed say they hope their adult children will provide new impetus or inspiration for their own lives. Parenting is thus not exclusively related to the childhood phase but is perceived as a reciprocal relationship across generations.

In contrast, status-related or instrumental motives play a significantly lesser role. Most respondents consider expectations such as increased prestige in one's personal environment or the feeling of staying young longer through children to be of little or no relevance. Parenthood is therefore less associated with social prestige or individual considerations of benefit than with closeness, reliability, and emotional attachment.

Figure 6. Expectations and attributions of meaning in connection with parenthood. Presentation of agreement with selected statements according to degree of expectation, in %



Source: CHARLS 2023, wave I, n = 3,189.

Overall, the results show that, from the perspective of those surveyed, parenthood today is primarily defined by emotional relationships, mutual support, and long-term relationship security. These attributions of meaning are consistent with the demographic developments described above and underscore the shift in parenthood toward a more individualized, biographically embedded experience.

2.3. Barriers to parenthood

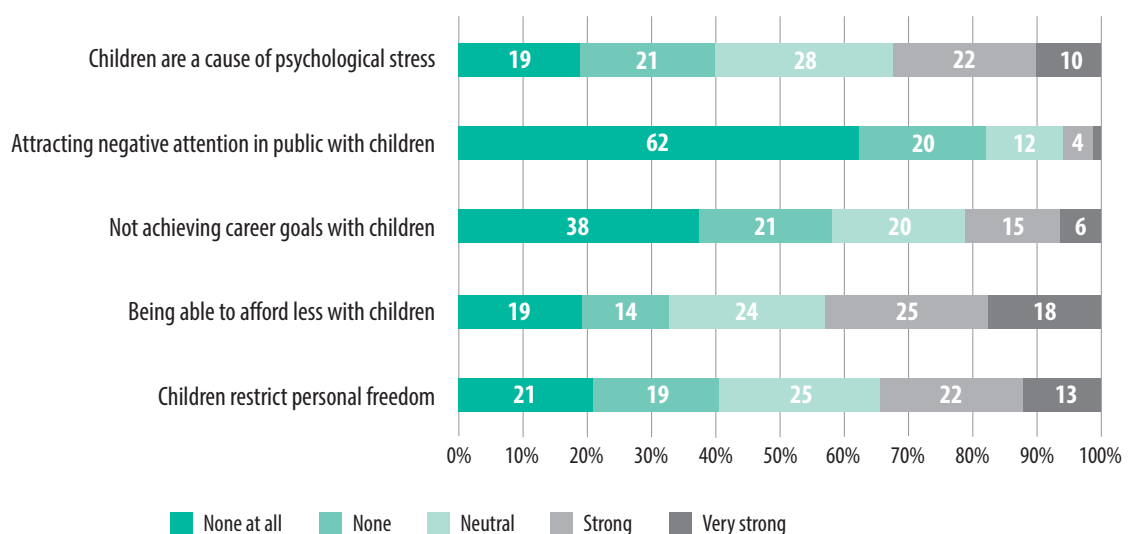
In addition to positive expectations with regard to having children, perceived burdens and restrictions also play a role in the decision for or against parenthood. The results of the CHARLS survey show that some parts of the population associate children with costs and constraints, both material and immaterial, which can act as potential barriers to parenthood.

Constraints on personal freedom are most keenly negatively anticipated. Around 35% of respondents state that children severely or very severely restrict their personal freedom (see [Figure 7](#)). At the same time, however, a majority rejects this view: 40% state that children do not restrict their personal freedom at all or hardly at all. Restrictions on personal freedom are thus perceived by a significant portion of the population, but do not represent a dominant view.

Financial aspects also play a role. Around 43% of respondents strongly or very strongly agree with the statement that having children means you can afford less. In contrast, 33% say they expect no or hardly any restrictions in this area. Financial burdens are thus perceived as an obstacle by a considerable part of the population but are not equally relevant for all respondents.

The perceived opportunity costs in terms of one's career are of significantly lower importance among the respondents. A majority of 59% say that children would not affect their career goals at all or hardly at all. Only 21% strongly or very strongly agree with the statement that having children would prevent them from achieving their career goals. This suggests that although there are career disadvantages, most respondents do not consider them to be decisive.

Figure 7. Perceived obstacles and limitations of parenthood. Agreement with selected statements according to degree of expectation, in %



Source: CHARLS 2023, wave 1, n = 3,189.

Agreement with the expectation of social disadvantages is rather low. A very clear majority of 82% believe that having children does not attract negative attention in public at all or hardly at all. Only 6% of respondents express strong or very strong concerns in this regard. From the respondents' point of view, social stigmatization is therefore hardly a relevant obstacle to parenthood.

Finally, the psychological stress caused by children is also considered moderate overall. Around 32% of respondents consider children to be a strong or very strong burden, while 40% clearly disagree with this assessment. Another sizeable group of respondents take a neutral position.

Overall, the results show that the Swiss population perceives different barriers to parenthood, but none of these are predominant for a majority of the population. Financial constraints and the loss of personal freedom play a greater role than professional or social disadvantages. These findings complement the positive expectations attributed to having children and illustrate how people weigh the emotional benefits against the perceived opportunity costs when deciding for or against parenthood.

2.4 Childlessness as individual choice

Childlessness can have different causes and is not necessarily an expression of limited opportunities or an unfulfilled desire to have children. In modern societies, consciously chosen childlessness – as an expression of individual lifestyles – is gaining in importance.

Chosen childlessness refers to a life situation in which adults express no desire to have children of their own and thus consciously decide against parenthood. It differs clearly from unwanted childlessness, which is due to biological, medical, or relationship constraints (see [Chapter 3](#)). Rather, chosen childlessness refers to decisions made in the context of lifestyle choices, autonomy, values, and perceived demands of parenthood.

Against this background, we analyse the reasons people put forward for their decision not to have children. The following evaluations provide insight into the motives of this group of people and show which individual, social, and societal aspects play a role.

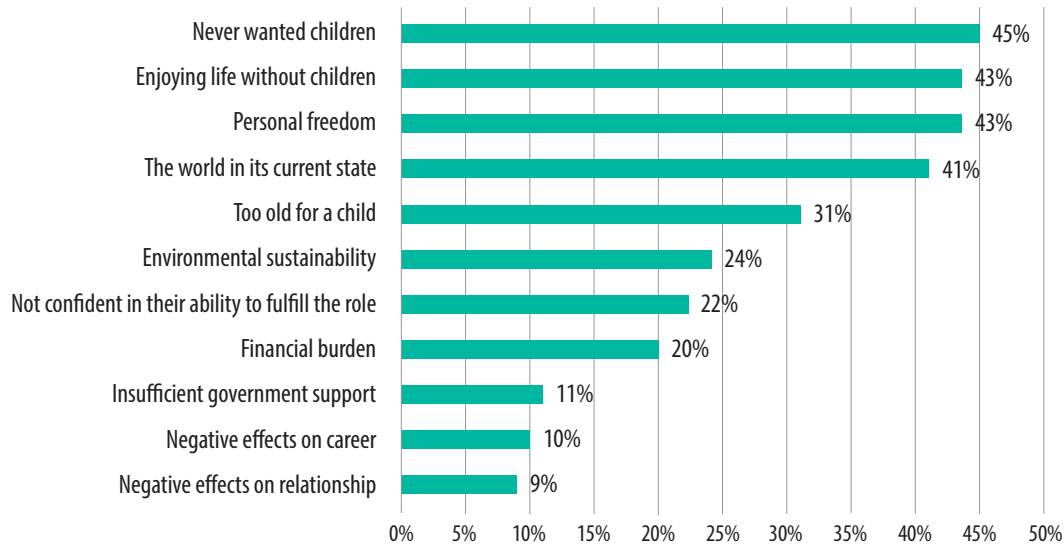
The empirical results show that childlessness in this group is predominantly understood as a conscious life choice. The most frequently cited reasons are related to personal lifestyle choices, individual priorities, and fundamental attitudes toward parenthood (see [Figure 8](#)). The statement that they never wanted children of their own is particularly common (45%). Restrictions on personal freedom (43%) and the desire to consciously enjoy life without children (43%) are also frequently cited. Around 41% of respondents also justify their decision by saying that they do not want to bring a child into the current world due to social, political, or environmental concerns.

In addition to these fundamental attitudes, age also plays a role. Just under a third of respondents (31%) feel too old to have a child. This suggests that subjectively perceived age-related limits to parenthood are relevant to such decisions well before the biological end of childbearing age is reached.

Economic and individual stress factors are also mentioned, but less frequently. Around 20% cite the high financial burden, while around 22% say they do not feel confident in their ability to be parents. Reasons such as possible negative effects on career (10%), on relationship (9%) or insufficient government support (11%) play a lesser role in comparison.

Around 11% of respondents also took the opportunity to explain their reasons in their own words. These 54 open-ended responses supplement the standardized results and can be divided into several themes. One central theme concerns health and biological reasons. These include infertility, medical

Figure 8. Reasons for childlessness without a desire to have children (multiple answers possible), in %



Source: CHARLS 2023, wave 1, n = 525. Multiple answers possible; percentages refer to the proportion of respondents who cited the respective reason among those who do not want to have children.

procedures (e.g., hysterectomy), chronic illnesses, and genetic risks that should not be passed on. Traumatic reproductive experiences such as miscarriages or stillbirths are also mentioned. These statements make it clear that a decision against having children is not exclusively the result of a free choice but can also be medically induced.

Another topic concerns psychological stress and personal resources. Several respondents refer to mental illness, post-traumatic stress disorder, attachment issues, or fear of childbirth. In these cases, childlessness appears to be a conscious decision based on considerations of one's own resilience and responsibility towards a potential child.

In addition, individual responses address partnership and practical life circumstances, such as the absence of a partner, the desire not to be a single parent, or the pre-existing task of caring for a chronically ill partner. These aspects supplement the standardized category of partner related reasons for not wanting children.

Social and normative beliefs are also expressed in the open-ended responses. Among other things, environmental crises, overpopulation, political uncertainties, and a fundamental rejection of parenthood as a social expectation are mentioned. Individual responses also refer to legal and institutional frameworks, for example in connection with same-sex partnerships or limited opportunities to start a family. Finally, there are also statements in which childlessness is described as a positive and final life decision. Several respondents emphasize their satisfaction with a life without children or report that their previous desire to have children has become less important over the course of their lives.

In summary, the results show that childlessness without the desire to have children in this population group is primarily an expression of conscious life choices and individual values. Financial, professional, or institutional aspects do play a role, but are usually not respondents' main focus. The open-ended responses also make it clear that the decision not to have children is often based on different biographical experiences. Childlessness thus proves to be a complex phenomenon that is closely linked to changing ideas about parenthood and a fulfilled life.

3. INFERTILITY: EXPERIENCES AND UNWANTED CHILDLESSNESS

When investigating infertility, a distinction must first be made between primary and secondary infertility and secondly between biological and social infertility. While primarily infertile individuals cannot have biological children without medical assistance, secondary infertility refers to the failure to achieve another successful pregnancy after already having a child.

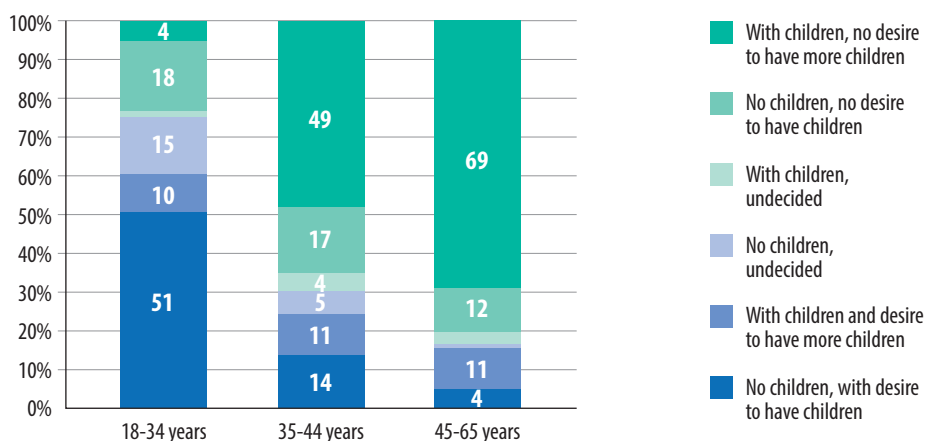
The World Health Organization (WHO) defines infertility as the unsuccessful attempt by a heterosexual couple to achieve pregnancy after 12 months (or more) of regular, unprotected sexual intercourse (World Health Organization, 2018).

The distinction between biological and social infertility emphasizes that not all (primary and secondary) childlessness has biological causes; rather, life circumstances such as the lack of a suitable partner or a same-sex relationship also have a decisive influence (Lo & Campo-Engelstein, 2018).

Figure 9 shows the life plans and situations of the respondents by age group. It shows that 81% of 45- to 65-year-olds have achieved their goal: they do not want children (anymore) and are either satisfied with (69%) or without (12%) children. Four percent of them are still undecided as to whether they want (more) children, and 11% want at least one (more) child. Four percent of this age group are childless, even though they would have liked to have children.

Among 18- to 34-year-olds, this distribution is reversed. They are relatively speaking closer to the beginning of their adult lives, so 51% of them do not have children yet but want to have them in the future, 10% already have children and want more, 17% are still undecided about whether they want to have (more) children, and 18% do not want to have children at all (which is consistent with data from the FSO). Four percent of this youngest age group have already completed their family planning. In a further step, we can now examine how much of this childlessness can be attributed to biological infertility.

Figure 9. Respondents with and without children and their desire to have (further) children by age group, in %



Source: CHARLS 2023, wave I, n = 3,294.

3.1 Experiences with infertility in the Swiss population

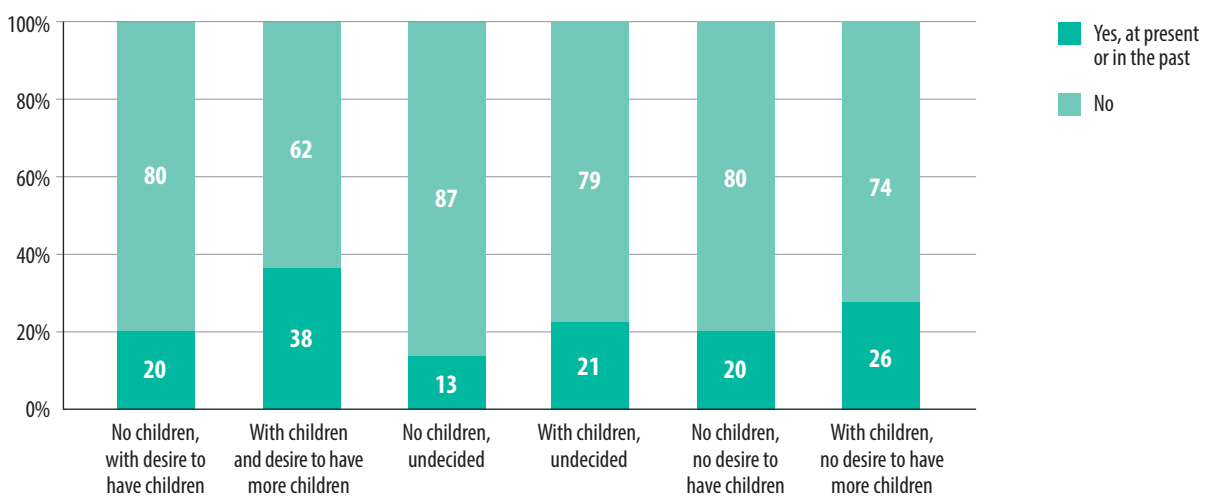
Of the 2,974 respondents who answered the question about a period of regular, unprotected heterosexual intercourse without pregnancy (19% abstained), 790 people answered yes (20%), either for the past (17%) or present (3%). Interestingly, more women reported being affected than men (26% of women vs. 22% of men). This does not seem statistically plausible, assuming a couple is trying to conceive a child together. This discrepancy could be an indication that family planning is often taken over by the woman (cf. Duvander *et al.*, 2020 and Stein *et al.*, 2014).

Looking at the infertility experiences of all respondents according to their life plans (see [Figure 10](#)), it is clear, first of all, that a phase of regular, unprotected sexual intercourse also occurs among people who do not want to have children at all. This brings up the issue of contraception. The open comments indicate that the risk of pregnancy is sometimes accepted among persons who do not want to have children (e.g., “Fortunately, no one has gotten pregnant yet”) or that there are other reasons for not using contraception, such as reaching menopause or the partner’s vasectomy.

The number of people with experience of infertility is higher (38%) among parents with the desire to have more children and, to a lesser extent, among parents without the desire to have more children (26%). The older age of these groups of people is one explanation for this. However, it also shows that a quarter to a third of all respondents go through a phase in their lives in which they do not use contraception without becoming pregnant.

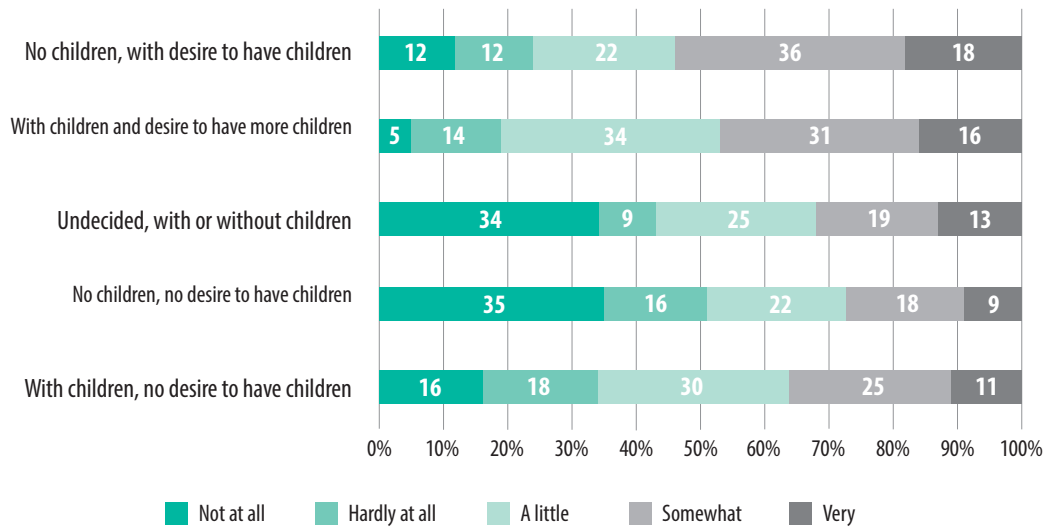
Of those who experienced a phase of infertility ($n=686$; see [Figure 11](#)), childless people who want(ed) children ($n=107$) suffer or have suffered the most (54% said they are suffering or had suffered somewhat or greatly in the past), followed by parents who wanted additional children (47%, 50 out of 107). The least affected were those who were undecided regarding wanting (more) children, whether they had children or not (43%, 14 out of 32, stated that they were not suffering / had not suffered hardly or at all) and those without children who did not want children (51%, 44 out of 86, with no or almost no psychological distress). The fact that people who do not want children suffer from biological infertility could be explained by their partner’s desire to have children. Another aspect is the factor of biographical time, as this comment shows: “Wanting children was expected of us and imposed on

Figure 10. Experience of biological infertility according to life plan, in %



Source: CHARLS 2023, wave 1, $n = 2,974$.

Figure 11. Suffering from infertility, in %

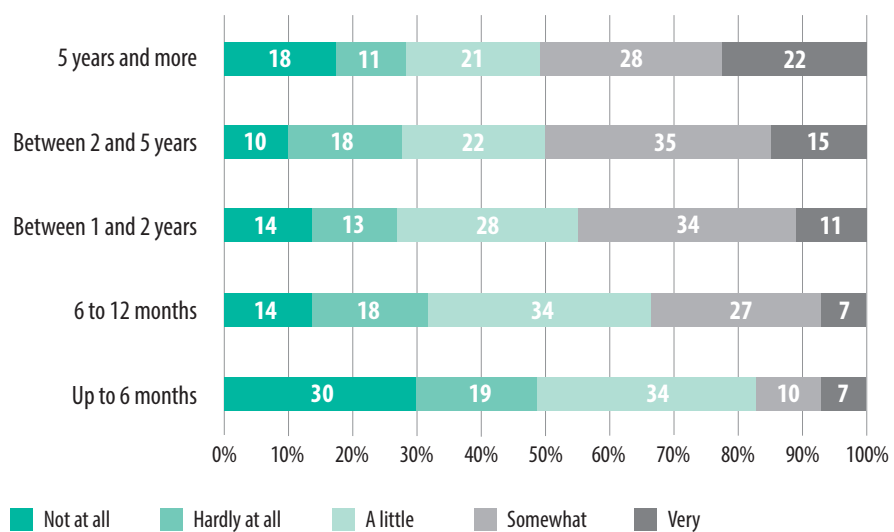


Source: CHARLS 2023, wave I, n = 686.

us. We now know that we would not have been happy with children, as we never wanted any.' For other respondents, their life circumstances have changed, so that the experience is viewed positively in retrospect: "We broke up and now I'm glad it didn't work out, thank you universe!".

It is hardly surprising that psychological distress increases with the duration of the infertile phase (i.e., the period of not becoming pregnant despite regular unprotected sex) (see Figure 12). Only 17% of people who had been trying to conceive for up to 6 months reported suffering or having suffered (greatly), but after 5 years, 50% of those affected reported suffering or having suffered (greatly). These results support the validity of the WHO definition of one year, as psychological distress clearly increases with the duration of infertility.

Figure 12. Psychological distress according to duration of infertility, in %

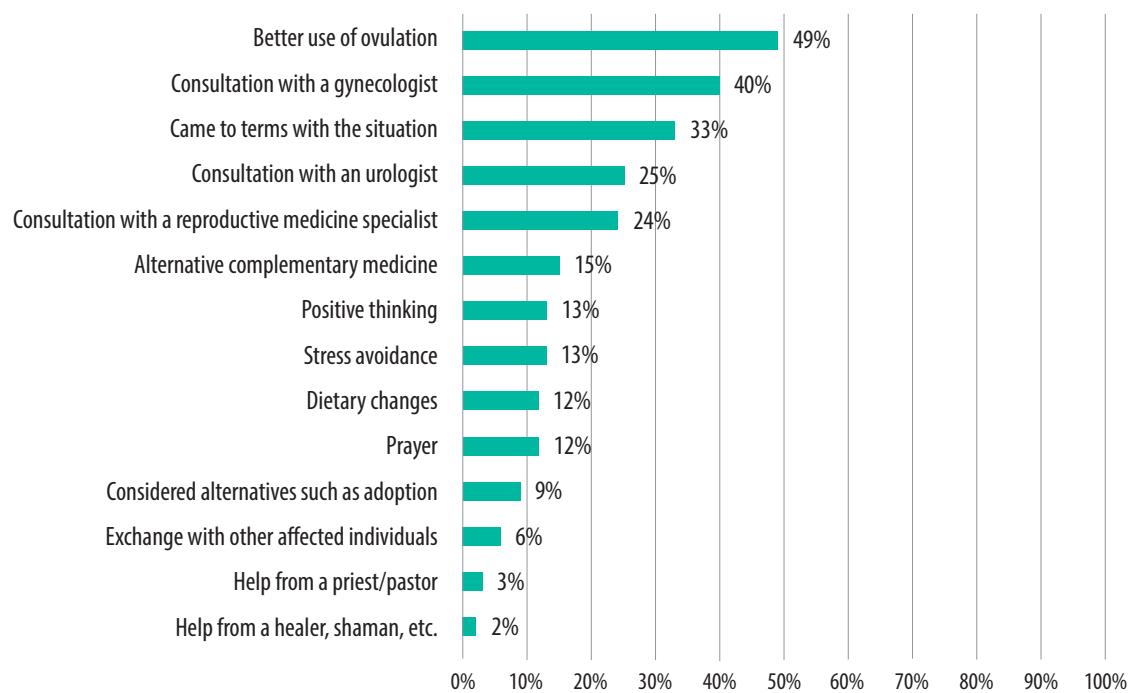


Source: CHARLS 2023, wave I, n = 717.

3.2 Coping with infertility

789 people who have experienced infertility answered further questions on the topic. The list shown in **Figure 13** was presented to the participants who were asked to tick the measures they had (already) taken to deal with their infertility. Around 10% of them did not tick anything, while 30 people, or 3%, selected 8 or more of the 14 options. Most respondents (35%) had taken one action. The third most common response was “come to terms with the situation.” On the one hand, this means that those affected by infertility develop strategies to lead a good life even without children or with fewer children than they would have liked, but on the other hand, it also suggests that more could be done to actively deal with infertility. For example, only 12% of respondents said they had changed their diet and only 24% had sought specialist help from reproductive medicine. The more the respondents suffered from their infertility, the more they did to combat it ($r=0.48, p < 0.001$).

Figure 13. Coping with infertility (multiple answers possible)

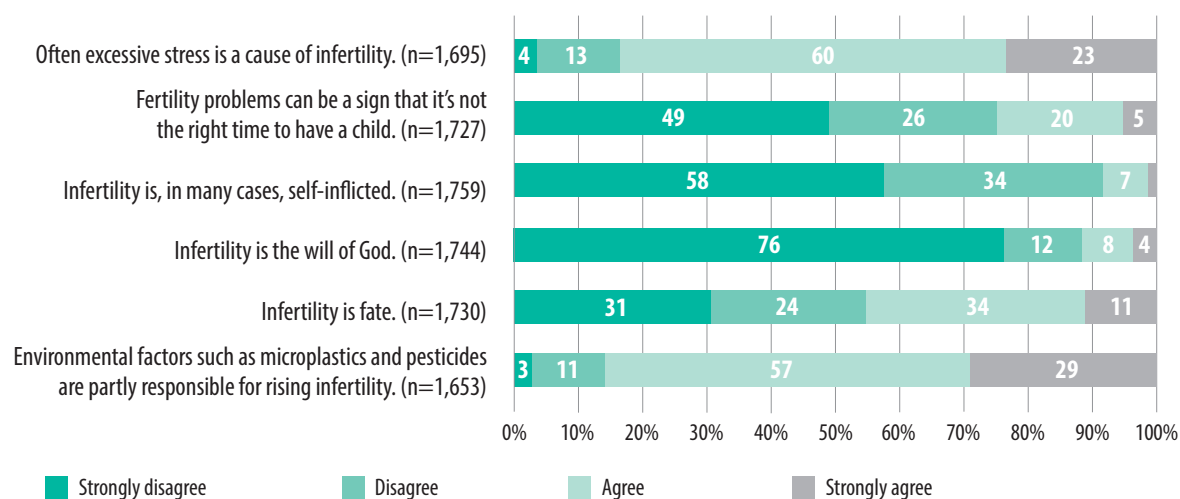


Source: CHARLS 2023, wave 1, n = 789.

3.3 Reasons for infertility

The CHARLS data examines various aspects of the reasons for infertility. On the one hand, we wanted to know what meaning people attribute to infertility, and on the other hand, we asked about possible personal health related causes of infertility. When asked whether infertility is an illness only 23% of 1,265 respondents answered with complete or partial agreement. 15% neither agreed nor disagreed, while 62% disagreed (completely). This could mean that the survey participants perceive social reasons for infertility, but also that they view infertility more as fate than as a curable disease. **Figure 14** shows that 45% of respondents believe that infertility is fate and 12% see it as God’s will. Almost all of those surveyed (tend to) reject the idea that infertility is one’s own fault (92%) or a sign that it is not the right time for a child (75%). Much more often, infertility is attributed to external influences such as environmental pollution (86% agree (strongly)) or stress (83% agree).

Figure 14. Attitudes and perceptions of infertility, in %



Source: CHARLS 2025, wave 2.

In the second CHARLS survey wave, participants could indicate whether they suffer or have suffered from a fertility-impairing disease⁴ (see Table 4). 15% of respondents answered in the affirmative. The most common diseases affecting the female body are endometriosis, polycystic ovary syndrome, and uterine fibroids.

Table 4. Diseases that can affect fertility

Diagnosis	%	Number	Total
No diagnosis	85	1,639	1,936
Polycystic ovary syndrome (PCOS)	5	55	1,168
Endometrial polyps	2	20	1,168
Endometriosis	7	76	1,168
Uterine fibroids	3	33	1,168
Premature ovarian insufficiency (POI)	0.2	2	1,168
Testicular insufficiency / hypogonadism	1	10	773
Testosterone deficiency	0.5	4	773
Post-testicular impairment	0	0	773
Cystic fibrosis	0.2	3	1,936
Hyperprolactinemia (elevated prolactin levels in blood)	0.3	6	1,936
Primary ciliary dyskinesia (ciliary dysfunction)	0	0	1,936
Other severe systemic disease (e.g., severe kidney disease, cancer)	2	41	1,936

Source: CHARLS 2025, wave 2.

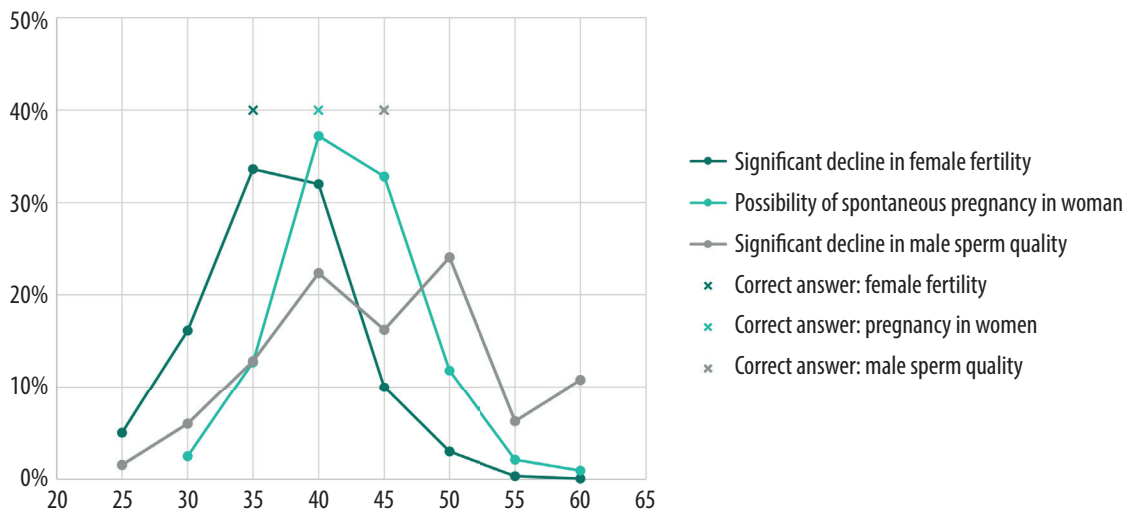
⁴ These were: Polycystic ovary syndrome (PCOS), testicular deficiency/testicular hypofunction, hypogonadotropic hypogonadism, endometrial polyps, testosterone deficiency, cystic fibrosis, endometriosis, post-testicular impairment, hyperprolactinemia (elevated prolactin levels in the blood), uterine fibroids, primary ciliary dyskinesia (disorder of the ciliated cells), premature ovarian insufficiency (POI), other severe systemic diseases (e.g., severe kidney disease, cancer).

3.4 Knowledge and perception

Since fertility is strongly related to biological age, we analysed the knowledge and perception of the survey respondents in this field. Women's fertility declines significantly from around the age of 35 onwards (Utting & Bewley 2011). One third of respondents answered this knowledge question correctly, while almost another third stated 40 years, showing that women's fertility tends to be overestimated for those in their mid-thirties (see [Figure 15](#)). 16% falsely assume a significant decline in fertility for women from the age of 30, while 13% wrongly assume this decline much later in life for women aged 45 to 60. The age at which women can generally become pregnant without medical assistance is slightly over 40 on average (Eijkemans *et al.*, 2014). Most respondents (37%) answered this question correctly, 33% estimate the maximum natural childbearing age to be slightly higher with 45 years. 12% estimate it to be 50, with the latter roughly corresponding to the onset of menopause. 15% expected younger women to be affected while 3% estimated that women were confronted with this barrier from age 55 or 60. Overall, the respondents have a too optimistic outlook on age-related fertility decline.

The "biological clock" also ticks for men. Studies comparing the time it takes to conceive with the age of prospective fathers found an increase in this "trying" period for men older than 45 (Hassan & Killick, 2003). This was the age guessed by 16% of respondents when asked when they thought sperm quality in men declined significantly. 43% assumed that this happened earlier, while 41% overestimated the sperm quality of men over 50. These stark differences suggest that knowledge about the relationship between fertility and age in men is rather low among the general population. Nevertheless, 63% of respondents estimate the critical approximated age correctly in the range of 40 to 50 years (see [Figure 15](#)).

Figure 15. Knowledge about the relationship between fertility and age, in %



Source: CHARLS 2023, wave 1, n = 1,173-1,257 (depending on question).

3.5 Fertility treatments for men

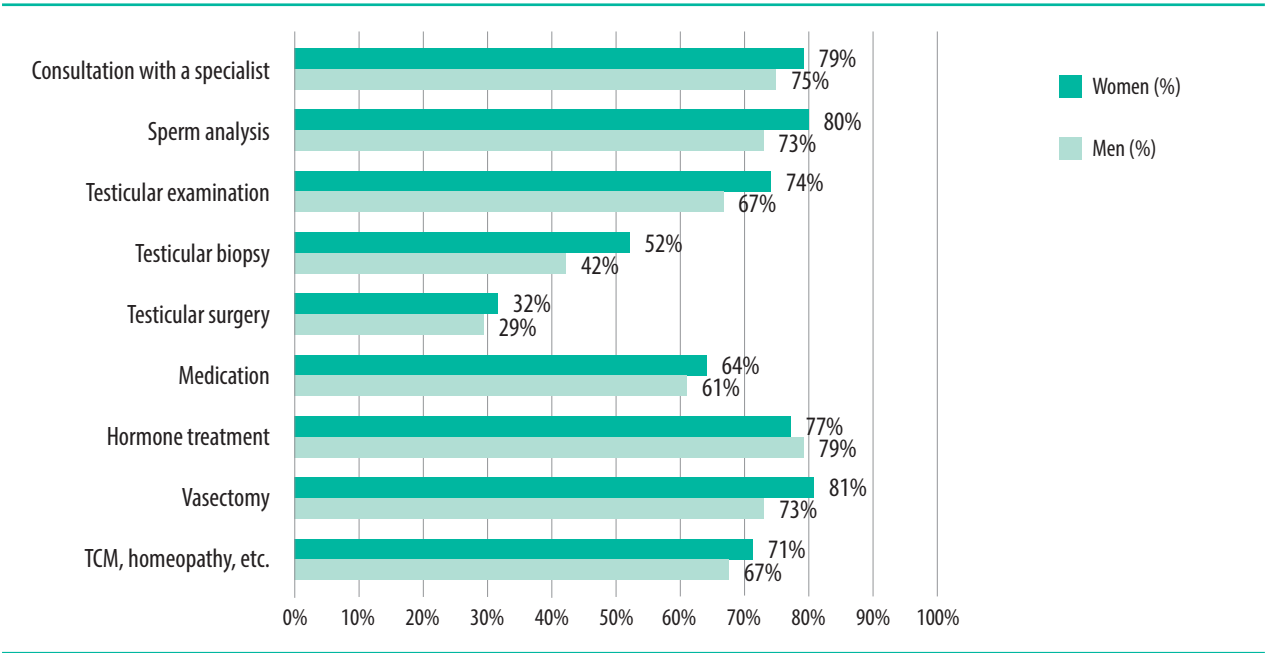
Historically, medical research has focused heavily on the male body – both in basic research and in clinical studies (Merone *et al.*, 2022; Pape *et al.*, 2024). Reproductive medicine is, in a sense, an exception: issues of fertility and medical support for infertility are still often associated primarily with female bodies and female reproductive capacity, even though male factors play a role in a significant proportion of cases (Yovich & Keane, 2017).

Against this background, the CHARLS study in particular offers added value. The survey addresses women and men equally and, in the second wave of data collection, allows for a systematic examination of fertility-related treatments for men from two perspectives: men report on their own experiences, while women with male partners provide information about their partners' treatments. This not only reveals the prevalence of use of MAR procedures, but also awareness of and knowledge about these procedures in the population for both women and men – as well as potential differences in perception and knowledge within couple relationships. Respondents were asked about a range of medical and complementary procedures, including specialist medical consultations, analyses of sperm, examinations and surgical procedures on the testicles, drug and hormone treatments, vasectomies, and complementary medicine approaches. For each procedure, three response categories could be selected: *not known*, *already heard of*, and *received treatment*. The following evaluations initially focus on the category “*already heard of*” and thus on the general awareness regarding the individual measures.

Results regarding awareness

The results (see **Figure 16**) show a high overall level of awareness of key diagnostic and therapeutic procedures in male reproductive medicine. Specialist medical advice, sperm analyses, and hormone therapy are known to more than three-quarters of respondents – both men and women with male partners. People are also largely aware of the possibility of a vasectomy with 73% of men and 81% of women saying they have heard of the method.

Figure 16. Awareness of fertility treatments, broken down by gender of respondents, in %



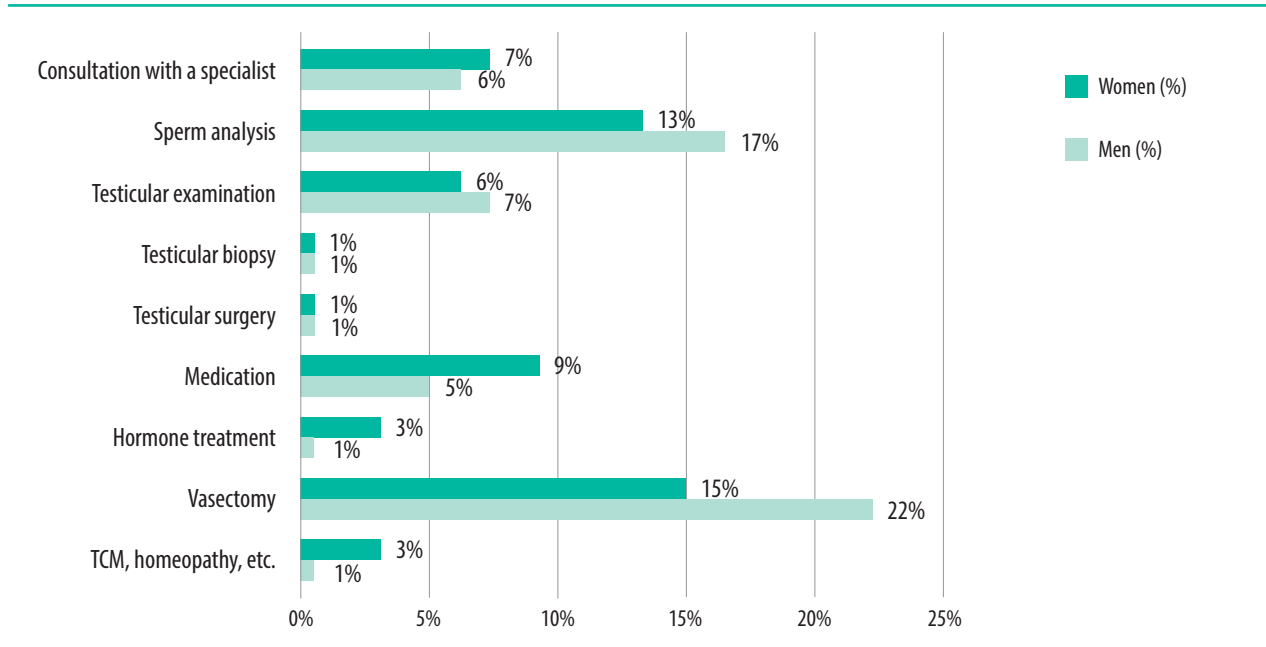
Source: CHARLS 2025, wave 2, n = 692-708 (depending on procedure).

Results regarding usage

The information provided by men and women with male partners on their use of fertility-related treatments paints a nuanced picture of actual usage. Overall, it appears that only a limited number of the known procedures are actually used, reflecting the fact that only some of the respondents experience infertility and that medical interventions in the field of male fertility are selective.

Diagnostic and preventive measures are mentioned most frequently. Around 17% of men say they have already undertaken sperm analysis (see [Figure 17](#)). Vasectomy is also relatively common, with 22% of male respondents saying they have undergone the procedure. These two procedures are therefore among the most relevant for men's experiences with reproductive medicine.

Figure 17. Use of fertility treatments, broken down by gender of respondents (own use or use by male partner), in %



Source: CHARLS 2025, wave 2, n = 839-866 (depending on procedure). Women answered for their male partners.

In contrast, the use of therapeutic or more invasive measures is significantly lower. Only 6% of men indicate they have sought specialist medical advice regarding their fertility, and only 5% report receiving medication treatment. Hormone therapies, surgical procedures on the testicles, and testicular biopsies are only mentioned by very small minorities, with proportions of around 1% each. Complementary medicine approaches such as TCM or homeopathy also hardly play a role when it comes to actual use.

Overall, these results suggest that fertility-related treatments for men primarily occur via a few clearly defined points of contact – in particular, diagnostics and contraceptive decisions – while more extensive therapeutic interventions are only relevant for a small group.

4. MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION (MAR)

Medically assisted reproduction (MAR) encompasses a wide range of procedures and treatments that help couples or individuals with fertility problems and/or an unfulfilled desire to have children to achieve pregnancy. Nine different procedures were considered in the survey. For the sake of clarity, explanations were provided to respondents in each case:

- ▶ Insemination (sperm transfer: instrumental sperm transfer^{*})
- ▶ Artificial insemination outside the body (e.g., in vitro fertilization of the egg in the laboratory)
- ▶ Sperm donation (man provides his sperm to third party/parties)
- ▶ Egg donation (woman provides eggs to third party/parties)
- ▶ Embryo donation^{**} (two people provide embryos to third party(ies))
- ▶ Surrogacy (a woman gives birth to a child for another person / other people)
- ▶ Egg freezing (to heighten the probability of being able to have children at a later date)
- ▶ Embryo freezing (to heighten the probability of pregnancy at a later date)
- ▶ Preimplantation genetic testing (PGT= selection of embryos after examination of their genetic makeup)

^{*} Depending on the variant, the sperm is injected into the cervix or directly into the uterus.

^{**} A fertilized egg that has begun to develop is called an embryo. In embryo donation, the donated embryo is introduced into the uterus of the intended mother. After the 10th week of pregnancy, the unborn child is no longer called an embryo, but a fetus. From then on, all internal organs are fully formed.

4.1 Knowledge of medically assisted reproduction methods

Based on the information in the survey, knowledge of MAR methods is widespread in Switzerland (see [Table 5](#)). Only a very small percentage of respondents (<1.5%) say they have never heard of any of these methods, with around 6% of non-response in the relevant questions. Respondents are well informed about most procedures. On a scale of 1 (“never heard of it”) to 5 (“very familiar”), 45% of respondents gave sperm donation the highest rating (“very familiar”). This is followed by egg freezing (42%), surrogacy (40%), egg donation (37%), insemination and in vitro fertilization

Table 5. Awareness of medically assisted reproduction methods, in %

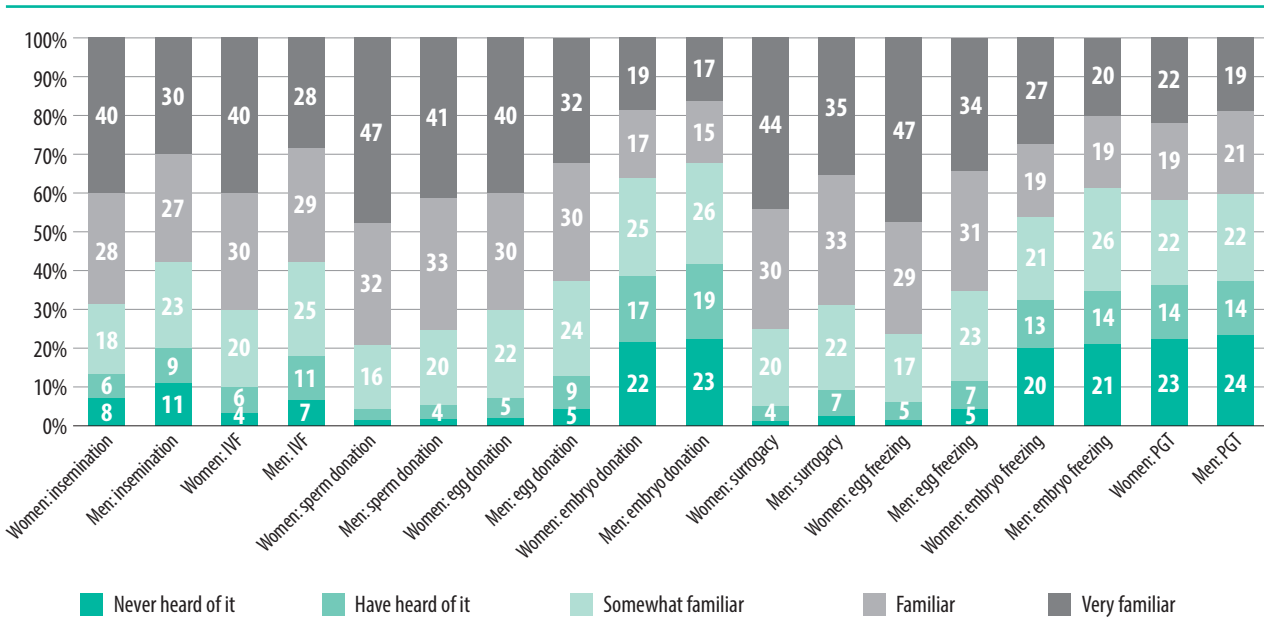
	Never heard of	Heard of it before	Heard about it several times	Some-what familiar	Very familiar	Total	N
Insemination	9	7	20	28	36	100	3,767
IVF	5	8	22	29	36	100	3,748
Sperm donation	2	3	18	32	45	100	3,745
Egg donation	3	7	23	30	37	100	3,739
Embryo donation	22	17	26	17	18	100	3,731
Surrogacy	2	5	21	32	40	100	3,730
Egg freezing	3	6	19	30	42	100	3,734
Embryo freezing	20	14	23	19	24	100	3,721
PGT	23	14	22	20	21	100	3,728

Source: CHARLS 2023, wave I.

(each 36%). Less well known are embryo freezing and donation, as well as preimplantation genetic testing (PGT). However, around one-fifth of participants stated that they were also familiar with these methods: 24% were very familiar with embryo freezing, 21% with PGT and 18% with embryo donation. At the same time, there is a significant proportion of people who have never heard of these procedures: 23% for PGT, 22% for embryo donation, and 20% for embryo freezing. Overall, it can be said that the vast majority of the Swiss population has at least heard of a number of MAR methods.

However, there are significant differences in knowledge of the procedures depending on the gender and age of the respondents. On average, women are more familiar with MAR methods than men (see **Figure 18**), which could be another indication that women often take charge of family planning. When it comes to insemination, IVF, and egg donation, the difference in familiarity with the respective methods between the sexes is 10% to 12%. The discrepancy is even more pronounced when it comes to egg freezing: 47% of women say they are very familiar with the procedure, compared to only 34% of men, which is a gender difference of 13%. In contrast, there are hardly any gender differences in awareness of preimplantation genetic testing (PGT).

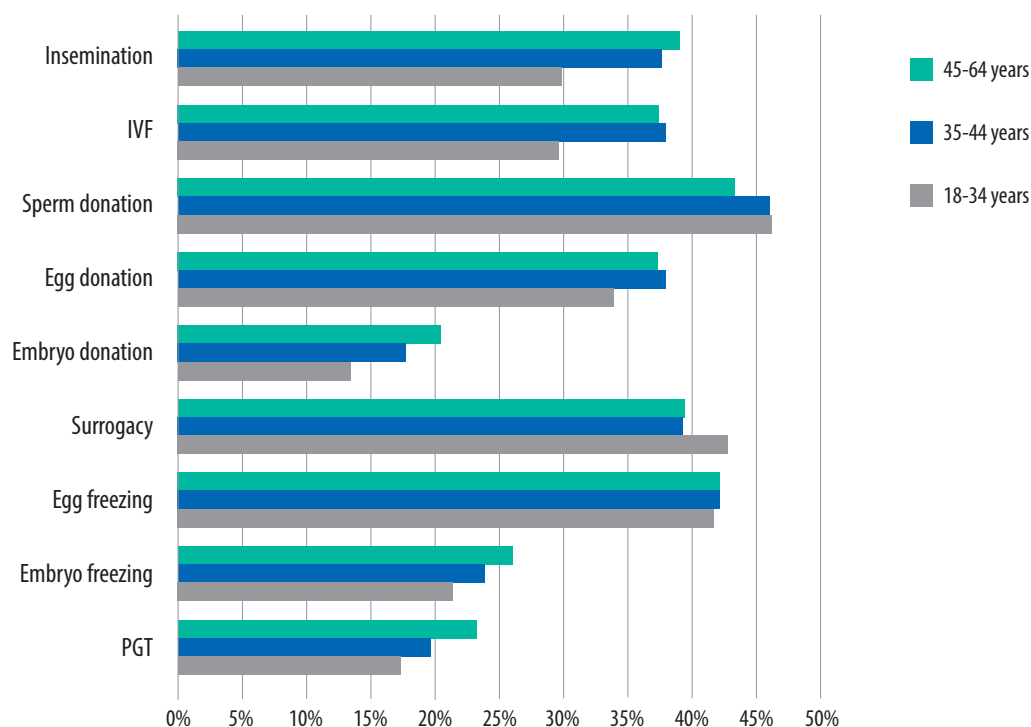
Figure 18. Knowledge of MAR methods, by gender, in %



Source: CHARLS 2023, wave 1, n=3,697-3,743 (depending on procedure).

There are also striking differences in terms of age: older people (aged 45–64) are often the most knowledgeable about MAR methods (see **Figure 19**; only responses of “I am very familiar with” are taken into account here). Insemination, IVF, egg and embryo donation, and PGT are significantly less well known in the youngest age group. There are hardly any differences when it comes to egg freezing. Here, around 42% of all age groups say they are very familiar with the method. However, respondents in the youngest age group are slightly more familiar with surrogacy and sperm donation than respondents over the age of 35.

Figure 19. Good knowledge of MAR methods, by age group, in %



Source: CHARLS 2023, wave I, n=3,721-3,767 (depending on procedure).

4.2 Attitudes toward medically assisted reproduction

Moral attitudes toward the various MAR techniques vary greatly (see Table 6). While most respondents consider artificial insemination, IVF, egg freezing, sperm donation, and egg donation to be morally acceptable, PGT and surrogacy are viewed in a significantly more critical light. The highest approval ratings are for insemination (53%), followed by IVF (41%) and egg freezing (40%). Only a few respondents completely reject these procedures (insemination: 4%, IVF: 9%, egg freezing 9%). PGT meets with the greatest rejection: only 12% consider it morally acceptable, while 32% find this method completely unacceptable.

Table 6. Moral attitudes toward various MAR methods, in %

	Morally not justifiable	Morally rather not justifiable	Neither	Morally rather justifiable	Morally very justifiable	Total	N
Insemination	4	5	17	21	53	100	3,672
IVF	9	9	19	22	41	100	3,706
Sperm donation	9	10	22	24	35	100	3,735
Egg donation	10	11	24	24	31	100	3,715
Embryo donation	23	20	27	14	16	100	3,637
Surrogacy	21	22	25	17	15	100	3,709
Egg freezing	10	10	18	22	40	100	3,717
Embryo freezing	26	17	22	14	21	100	3,677
PGT	32	21	24	11	12	100	3,606

Source: CHARLS 2023, wave I.

The assessment of the procedures is strongly influenced by the gender, age, and level of knowledge of the respondents (not shown). Women show higher approval ratings for many procedures than men. Regarding age, it is apparent that – except for artificial insemination and IVF – the youngest age group up to 34 years is significantly more open to MAR procedures than the middle age group (35-44 years) and especially compared to the oldest age group (45-64 years). In addition, the respondents' level of knowledge about assisted reproduction methods has a significant influence on their moral assessment: the more familiar the respondents are with a procedure, the more positively they rate it.

4.3 Assessment of the legal regulation of medically assisted reproduction procedures

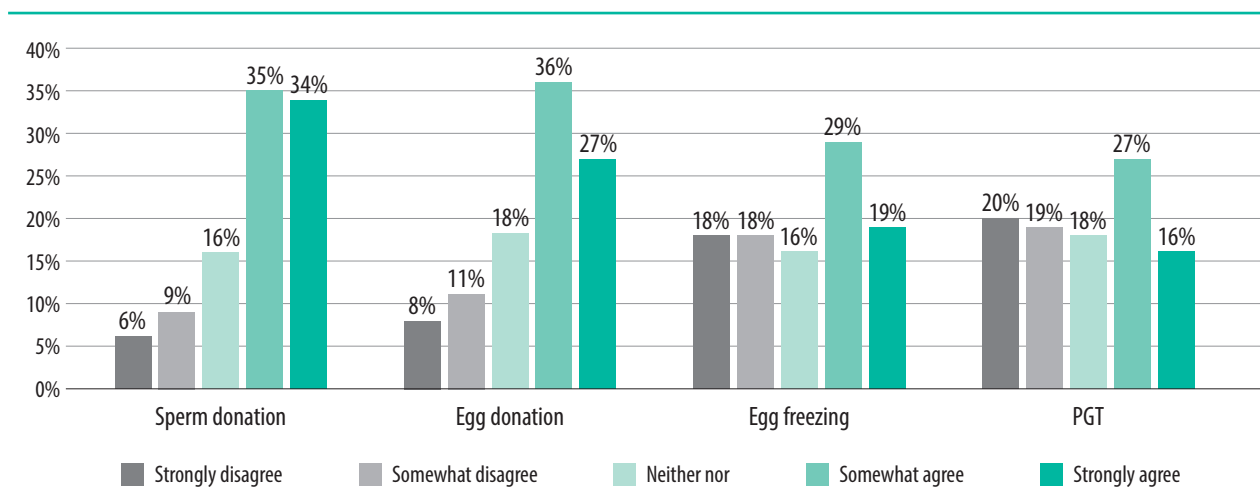
Respondents were asked to assess which assisted reproduction procedures should be legally permitted in Switzerland. The survey covered both procedures that are already legal, such as sperm donation, egg freezing, and preimplantation genetic testing (PGT), and procedures that are currently legally prohibited, such as egg donation. The aim was to gain an insight into how the population views legal access to these procedures.

Overall, public opinion is mixed (see [Figure 20](#)). Respondents show the strongest support regarding legality of the procedure for sperm donation: around 69% of respondents agree or strongly agree that sperm donation should be legally permitted, while only around 15% oppose this. Public perception thus largely corresponds to the existing status quo, as sperm donation is legal in Switzerland.

Support for egg donation is slightly lower, but still positive overall: around 63% of respondents are in favour of legalization, while 19% are against it. This is a procedure that is currently prohibited in Switzerland, meaning that public acceptance is higher than the current legal framework. Therefore, there is public support for the ongoing attempts to legalize egg donation.

Reactions to egg freezing, which is legal in Switzerland, are surprisingly mixed: 48% of respondents are in favour of the procedure being legal, while 36% are somewhat or strongly opposed. This suggests that legalization does not automatically go hand in hand with broad approval and that, although the procedure is legally permitted, it is still controversial among the population.

Figure 20. Agreement that the procedure should be legally permitted in Switzerland, in %



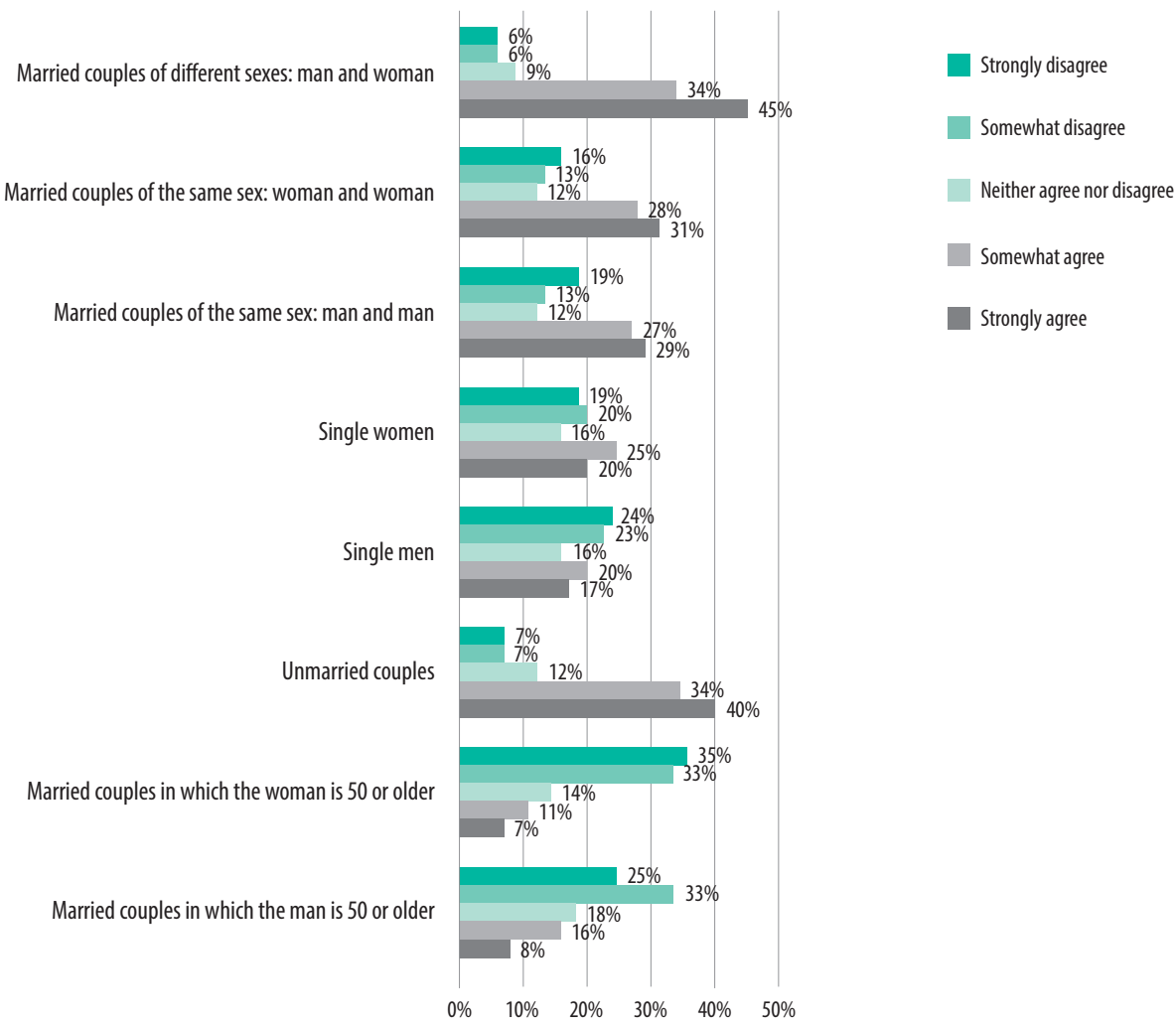
Source: CHARLS 2023, wave I, n = 1,113 (sperm donation), n = 1,061 (egg donation), n = 3,196 (egg freezing), n = 1,083 (PGT).

There is a similar pattern for preimplantation genetic testing (PGT) as for egg freezing: 43% of participants are in favour of the procedure being legal, while 39% are opposed. Here, too, public opinion is divided, possibly due to ethical concerns or uncertainty about what the procedure can be / is used for. These results underscore that public acceptance of assisted reproductive technologies is not determined solely by their legal status.

4.4 Attitudes toward access to and financing of medically assisted reproduction procedures for different partnership constellations

Respondents were also asked to indicate which population groups they would support in legitimately using medically assisted reproduction procedures (see Figure 21). There is clear support for opposite-sex married couples: a total of 79% of respondents support access to MAR for these couples (45% of them even unreservedly), while only 12% are opposed. Unmarried opposite-sex couples also enjoy a high level of support: 74% of respondents are generally in favour of access to assisted reproduction procedures for this group. The majority also supports access for married same-sex couples, with acceptance rates slightly higher for female couples (59%) than for male couples (56% positive). Rejection stands at 29% (female couples) and 32% (male couples). Respondents are much more

Figure 21. Attitudes toward the use of assisted reproductive technology for various population groups, in %



Source: CHARLS 2023, wave I, subsample, n=1,553-1,610 (depending on constellation).

critical of the use of MAR by single people: for single women 45% still approve of MAR use, while approval for single men is noticeably lower at 37%. At the same time, there are clear dissenting voices: 39% reject access for single women, while for single men the rejection rate is 47%. The proportion of neutral responses is high for both population groups – 16% among both single women and single men.

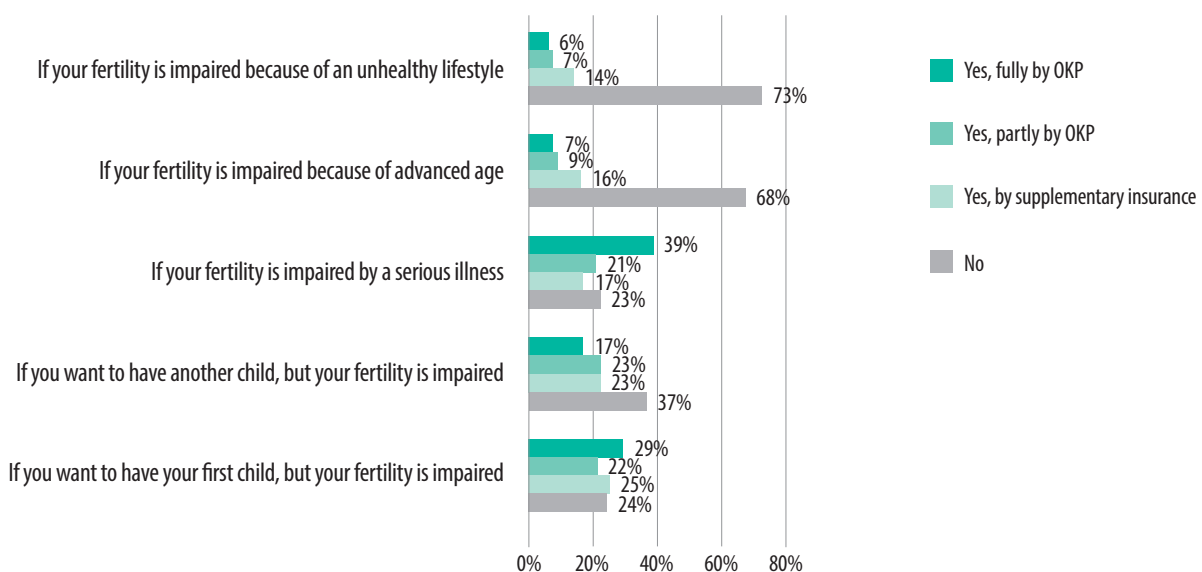
However, the greatest reservations exist regarding access for older people. Only 17% approve MAR use for married women aged 50 or older while 68% reject it. For married men in the same age group the pattern is similar with 58% of respondents against access to MAR and 24% stating approval.

When it comes to financing medically assisted reproduction, the majority of respondents believe that those affected should bear the costs themselves (see [Figure 22](#)). When asked whether artificial insemination (e.g., IVF) should be covered by health insurance in different situations, 29% of respondents said that the costs should be covered in full by compulsory health insurance (OKP) in cases of impaired fertility for the first child. 22% considered OKP should bear at least a part of the costs, while 25% believed that supplementary insurance should cover the costs. About a quarter of respondents completely rejected the idea of any contribution from health insurance companies.

For those facing infertility issues who already have at least one child, the rejection of (partial) coverage of the costs by health insurance companies is significantly higher with 37%. Only 17% of respondents still support full coverage of the costs by the OKP in these cases. However, support for cost coverage is strongest for people whose fertility has been impaired by a serious illness: 39% support full coverage and 21% support partial coverage of the costs by the OKP.

Scenarios in which fertility is limited through “one’s own fault” meet with strong rejection of cost sharing between affected persons and health insurance companies. If artificial insemination is used because the person concerned has reduced reproductive capacity due to advanced age or an unhealthy lifestyle 68% and 73% of respondents respectively completely reject the idea of health insurance companies covering the costs. Only a few respondents believe that health insurance companies have a duty to cover the costs in these situations: 14% and 16%, respectively, say that supplementary insurance should cover the costs, while 6% (in the case of an unhealthy lifestyle) and 7% (in the case of advanced age) believe that the OKP should cover the costs in full, and 7% and 9% respectively believe that the costs should be covered partly.

Figure 22. Attitudes toward health insurance coverage of artificial fertilization, by life circumstances, in %



Source: CHARLS 2023, wave 1, subsample, n=1,539-1,594 (depending on statement).

4.5 Use of medically assisted reproduction (past, present, future)

In the first wave of the survey, all respondents – regardless of their own experiences with fertility problems – were asked whether they had already used certain medically assisted reproduction (MAR) procedures, whether they could imagine using them in principle, or whether they would rule out their use.

The following chart (Figure 23) compares the proportion of those who have already used a procedure with those who say they have not used it to date but would consider using it under certain circumstances.

As expected, the proportion of respondents who have used at least one of the methods surveyed is low. Hormone treatments are the most frequently mentioned: around 11% of respondents say they have already used such a method. The proportion of those who would not rule out using such a method is significantly higher at 23%. A similar pattern can be found for insemination and IVF, which have been used by 5% and 4% of respondents, respectively, while about one-fifth of respondents say they would consider these procedures under certain circumstances.

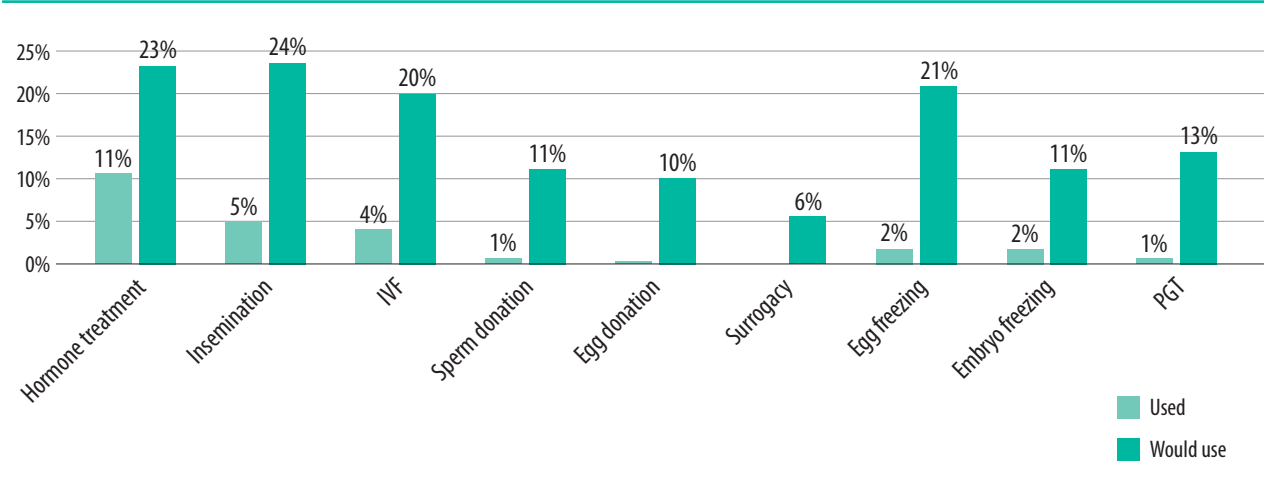
For procedures that are legally restricted or prohibited, such as egg donation or surrogacy, the (reported) rates of use are very low. At the same time, however, there is also a certain openness here: between 6% and 10% of respondents say they could imagine using these procedures in principle.

The use of embryo freezing and preimplantation genetic testing (PGT) is also around 1–2%, while the proportion of those who do not rule out using these procedures is significantly higher:

Overall, the results show that medically assisted reproduction has so far only been used by a small number of people in the general population. At the same time, regardless of individual life circumstances, there is a broad openness to various MAR procedures.

In addition, in the first wave of the survey people who had already used a MAR procedure were asked whether they would use it again. Overall, the assessment of their own experience is predominantly positive: for most procedures, the majority of users say they would choose it again. The willingness to reuse is particularly high for IVF, embryo freezing, and preimplantation diagnostics, while it is slightly lower for hormone treatments and insemination, but still above 50%. The results for egg donation and surrogacy are based on very small numbers of cases.

Figure 23. Use of and openness to assisted reproduction procedures, in %



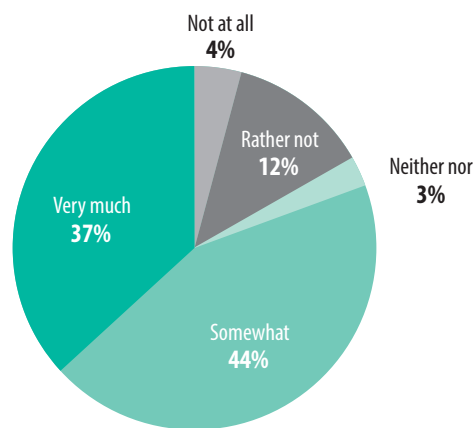
Source: CHARLS 2023, wave 1, n = 199 (used), 1,888 (not yet used).

Perceived stress caused by the use of MAR

In the second wave of the survey, respondents who had indicated that they had already used medically assisted reproduction were asked how stressful they found the experience overall. The question was therefore directed exclusively at people with personal experience in using these methods.

The results (**Figure 24**) show a clear pattern: most respondents describe the use of MAR as stressful. Around 44% say they found the experience “somewhat stressful,” and another 37% say it was “very stressful.” This means that a total of more than four-fifths of respondents report at least some levels of stress.

Figure 24. Perceived burden from the use of MAR, in %



Source: CHARLS 2025, wave 2, n = 144.

In contrast, a much smaller proportion of respondents did not perceive the experience as stressful (at all). 12% stated that they did not find the experience very stressful, while 4% reported no stress at all. Only a very small proportion said that their experience with MAR was neither stressful nor devoid of stress.

Overall, the results indicate that medically assisted reproduction is perceived by most users as an emotionally demanding experience. The findings reported here are subjective assessments and therefore do not allow any conclusions on specific causes or forms of stress.

In addition, the second wave of the survey assessed general satisfaction with the use of medically assisted reproduction. Despite the high subjective stress levels reported, overall satisfaction is very high (M = 8.16 on a 10-point scale). More than half of the respondents rated their satisfaction in the upper range of the scale. The results suggest that stressful experiences do not necessarily go hand in hand with a negative overall assessment of medically assisted reproduction.

5. NEW FAMILY FORMS

Family and household forms in Switzerland are more diverse today than they were a few decades ago. Although a large part of the population continues to live in traditional constellations, especially in households with two parents with own children and in couple households without children, living and partnership arrangements have gradually become more diverse. Separations and new partnerships, patchwork families, single-parent households, and same-sex partnerships, including those with children, are increasingly a reality for a part of the population. Living and household arrangements also change over the course of the lifetime, for example due to parents separating, new partnerships, or the transition to a household without children once they have grown up and left the parental home.

Against this background, it makes sense to view family forms not only as a snapshot, but also to take on a life-course perspective. The following chapter therefore describes the family constellations in which the respondents grew up in until the age of 18 and what their current living and household situation is, especially for parents. This is followed by a presentation of the views of the respondents' regarding who is seen as capable of taking on parental responsibility indicating their openness to different family forms and lifestyles.

5.1 Living situation and family constellations

Looking at socialization within families and current living and household arrangements allows us to better understand the family contexts in which the respondents grew up and the way in which parenthood is actually lived in adulthood. This comparison can help reveal which family and household constellations had a formative influence on respondents' biographies and how parenthood is organized today. The following results are based on data from the first wave of the CHARLS survey and refer to both retrospective information on childhood and youth as well as the current housing and household situation of the respondents.

Most of the respondents grew up in a traditional two-parent household. Around 85% lived with both parents until the age of 18. A further 7% grew up with a single parent, while smaller proportions lived in patchwork constellations, for example with one parent and their opposite-sex partner (4%) or same-sex partner (0.2%), or alternatingly with both separated parents (1.2%). Living arrangements with other relatives or other arrangements were rarely mentioned.

In addition, the information on sibling structure shows that just under 88% of respondents have no half-siblings, step-siblings, or adopted siblings. Around 12% report having at least one such sibling relationship, with a single half-sibling or step-sibling being most common. Larger blended family sibling constellations remain the exception.

At the time of the survey, most respondents with children were living as parents in a traditional nuclear family. However, this proportion decreases with age. In the oldest age group, more people live alone (8%) or with a partner without children (28%). Of those aged 45 to 65, 10% are single parents. Alternative household constellations, such as shared flats (*Wohngemeinschaften*), nuclear families (or people with small children) living with other adults are only represented to a very small extent among the respondents.

Table 7. Household type of respondents with children by age group, in %

With children	18-34 years	35-44 years	45-65 years
Single	3%	1%	8%
With partner	4%	3%	28%
Nuclear family	85%	83%	50%
Nuclear family plus other persons	1%	1%	1%
Multi-generational family	1%	1%	1%
With partner and other people	1%	0%	0%
Single parents	4%	7%	10%
Shared apartment	0.5%	3%	2%
Co-parenting	0.5%	1%	0%
Total	100%	100%	100%
N	156	526	1,306

Source: CHARLS 2023, wave 1, n = 1,988.

This relative stability of family forms among parents is also reflected in the relationship status and, to a lesser extent, in the marital status of the respondents. For example, 91% say they are in a relationship and 75% are married. This is consistent with findings by the Federal Statistical Office (see [Chapter 1](#)), according to which, although more and more children are being born outside of marriage, the everyday family structure often continues to consist of two opposite-sex parents with a child. The types of households formed by parents according to age are shown in [Table 7](#).

5.2 New family forms and parental responsibility

The question of who is considered suitable to assume parental responsibility is closely linked to societal understandings of (what is considered a) family, partnership, and care. Against the backdrop of increasing diversity in lifestyles and relationship forms, in the second wave of CHARLS respondents were asked to assess different groups of people in terms of their ability to parent.

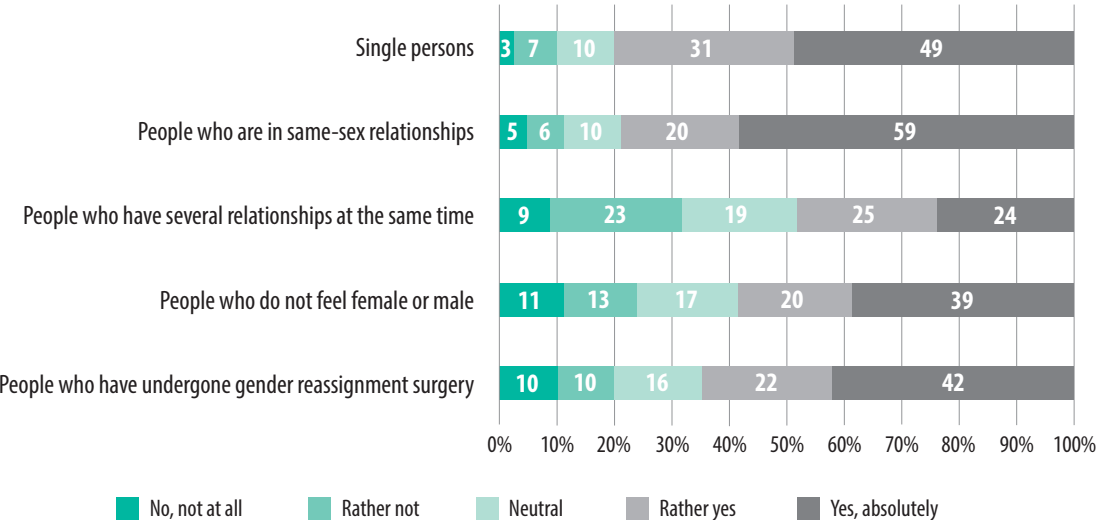
Overall, the results show a high degree of openness toward non-traditional family forms among the survey respondents (see [Figure 25](#)). There is particularly strong support for people in same-sex relationships to become parents. Around 79% of respondents believe that same-sex couples are capable of taking on responsibility for children. Approval of single persons is similarly high, with 80% of respondents believing that they are fundamentally capable of taking on parental responsibility.

The results show that, in the perception of the population, parental responsibility is increasingly being viewed as unrelated to family and relationship form. Most respondents do not deem characteristics such as gender, relationship status, or family mode as crucial, but relate more to ideas of care, stability, and responsibility.

At the same time, the acceptance of new family forms is not equally pronounced for all groups. While there is broad openness towards same-sex couples, single people, or transgender individuals, relationship models that challenge traditional notions of commitment more strongly by having more than one relationship are met with low acceptance. The same is true for people, that consider themselves non-binary.

Taken together, these results illustrate that although family and household forms in Switzerland have become more pluralistic, parental responsibility remains linked to central normative expectations. Family is thus defined less by its external form than by the attributed quality of relationships and care work.

Figure 25. Assessment of the ability to assume parental responsibility according to family type and personal characteristics, in %



Source: CHARLS 2025, wave 2, n = 1,629.

SUMMARY

Human reproduction, relationships and family structures in contemporary societies are undergoing processes of profound change. This report describes the current state of these processes of social and demographic change in Swiss society. This analysis is based on data from the Federal Statistical Office, Eurostat and the CHARLS survey. Within the framework of CHARLS, with 2 completed waves to date, the Swiss adult population was surveyed on their behaviour and attitudes regarding reproduction, relationships and family. The panel survey was conducted in the context of the University Research Priority Program (URPP) *Human Reproduction Reloaded* at the University of Zurich.

Data from Eurostat and the Federal Statistical Office show that the social and demographic change processes in Switzerland are in line with developments in other European countries. Across countries, declining fertility rates, rising ages of both parents at first birth and an increasing share of children born outside marriage can be observed. This illustrates that human reproduction must always be understood as embedded in social relationships and social structures.

Looking at fertility and the desire to have children in social and cultural context in Switzerland, a clear change can be observed. Children are increasingly seen as part of an individual's lifestyle choices. Accordingly, the proportion of the population without a desire to have children is growing significantly. When it comes to the individual perspective on having children, aspects such as self-fulfilment, the emotional relationship with children, financial issues and uncertainty about the future play a central role. Social obligations and instrumental aspects are becoming less important. In an increasingly individualised society, the desire to have children is therefore primarily shaped by individual perspectives and value orientations. This is very much in line with the more general erosion of traditional points of reference and the increasing reflexive modernization and individualization of society (Beck *et al.*, 1996)

In addition to those who consciously choose not to have children, a considerable share of the population is affected by infertility or involuntary childlessness. Around 20% of respondents report having experienced periods of infertility. The longer such phases last, the greater the psychological strain reported by those affected. Overall, the findings show that individuals cope with infertility in very different ways, although conventional medical approaches remain the most frequently pursued option. The CHARLS study also examined how infertility is perceived by the general population. A clear majority do not regard infertility as a disease. Accordingly, the financing of reproductive medical treatments is largely seen as a matter of individual responsibility rather than as a service that should be covered by health insurance. When assessing the perceived causes of infertility, respondents most frequently refer to external factors such as stress and environmental influences. By contrast, the role of biological age in relation to infertility is generally underestimated for both women and men.

The topic of infertility also raises the question of the role and assessment of reproductive medicine procedures in Switzerland. In comparison to the proportion of people who report periods of infertility, only a small proportion of respondents say they have ever used reproductive medicine themselves. Hormone therapy, insemination and in vitro fertilisation are the most used procedures. Following a marked increase in the use of reproductive medical technologies at the beginning of the 21st century, usage rates have stabilised over the past ten to fifteen years. People who have used these procedures say they are satisfied in retrospect, but also report stress caused by the medical treatments. The public views the various reproductive medicine options available in a predominantly positive light and there is also strong support for their legal availability. The exceptions to this are surrogacy and preimplantation genetic testing (PGT).

Birth rates, infertility and reproductive medicine are always embedded in broader societal contexts that are themselves subject to ongoing processes of social change. Looking at the types of relationships and families common among respondents reveals a clear dominance of the traditional heterosexual family model consisting of a mother, a father and one or more children. The greatest social changes can be observed in the prevalence of single parenthood and children born outside of marriage, both of which have increased significantly over time. By contrast, children growing up with same-sex parents represent a very small group within the present sample. At the same time, the results indicate a high level of openness within the population towards new forms of relationships and family forms, both to single parents and same-sex parents. Respondents show a higher degree of reserve towards transgender, non-binary and polyamorous parents.

In summary, it can be said that many different processes of change in the field of human reproduction, relationships and the family are taking place simultaneously in Switzerland. These are not necessarily moving in the same direction: on the one hand, we are seeing an increase in the number of people who are making a conscious and considered decision to live without children, while on the other hand, we are witnessing a growing group of people who want to take advantage of reproductive medicine services due to inability to have children otherwise. This is particularly true for people who want to fulfil their desire to have children as single parents or in same-sex relationships. In quantitative terms, however, the segment of the population that wants to and is able to fulfil their desire to have children in a traditional heterosexual family constellation, whether married or not, continues to dominate.

In addition to the diversity of social developments observed in Switzerland, the study also shows a high degree of openness within the population towards these ongoing processes of change. This openness is evident both with regard to the use of reproductive medical services and in the acceptance of new family constellations. Taken together, these attitudes provide a favourable basis for the further development of family and health policies in Switzerland that are carefully designed and responsive to the diverse needs of different population groups affected by the multiple processes of change covered in this report.

REFERENCES

- Beck U, Giddens A, Lash S (1996). *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Büchler A, Rössel J, Gilgen S et al. (2023). *CHARLS 2023. Swiss Assisted Reproduction Longitudinal Study*. (1.0.0) [Dataset]. H2R, University of Zurich.
- Duvander AZ, Fahlén S, Brandén M, Ohlsson-Wijk S (2020). *Who makes the decision to have children? Couples' childbearing intentions and actual childbearing*. *Advances in Life Course Research*, 43, 100286.
- Eijkemans MJC, van Poppel F, Habbema DF et al. (2014). *Too old to have children? Lessons from natural fertility populations*. *Human reproduction*, 29(6);1304-12.
- Federal Department of Home Affairs (FDHA) (2025). *Decline in birth rates in Switzerland*. Bern. Rückgang der Geburtenhäufigkeit in der Schweiz [15.1.2026]
- Hassan MAM, Killick SR. (2003). *Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age*. *Fertility and sterility* 79(Supplement 3);1520-7.
- Lo W, Campo-Engelstein L (2018). "Expanding the Clinical Definition of Infertility to Include Socially Infertile Individuals and Couples." Pp. 71-83 in: Campo-Engelstein L, Burcher P (eds) *Reproductive Ethics II*. Springer, Cham.
- Merone L, Tsey K, Russell D, Nagle C (2022). *Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature*. *Women's health reports*, 3(1);49-59.
- Pape M, Miyagi M, Ritz SA et al. (2024). *Sex contextualism in laboratory research: Enhancing rigor and precision in the study of sex-related variables*. *Cell*, 187(6);1316-26.
- Rössel J, Gilgen S, Mertens M et al. (2025). *CHARLS 2025. Swiss Assisted Reproduction Longitudinal Study*. (1.0.0) [Dataset]. H2R, University of Zurich.
- Sobotka T, Zeman K, Jasilioniene A et al. (2023). *Pandemic Roller-Coaster? Birth Trends in Higher-Income Countries During the COVID-19 Pandemic*. *Population and Development Review*, 50;23-58.
- Stein P, Willen S, Pavetic M (2014). *Couples' fertility decision-making*. *Demographic Research*, 30(63);1697-732.
- Swiss Federal Statistical Office (FSO) (2015). *Statistics on medically assisted reproduction*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.assetdetail.34707490.html>
- Swiss Federal Statistical Office (FSO) (2015). *Statistics on natural population change*. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung BEVNAT | Bundesamt für Statistik - BFS
- Utting D, Bewley S (2011). *Family planning and age-related reproductive risk*. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 13;35-41.
- World Health Organization (WHO) (2018): *International Classification of Diseases. 11th Revision (ICD-11)*. WHO, Genf.
- Yovich JL, Keane K (2017). *Assessing the male in fertility clinics-men undervalued, undermanaged and undertreated*. *Translational Andrology and Urology*, 6(Supplement 4), 624-8.

