MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

# RAPPORT DU COMITE NATIONAL DE PILOTAGE DU PLAN FERTILITE

**Pr Samir Hamamah** **Salomé Berlioux**

3 novembre 2026

# Composition du comité national de pilotage

Co Présidents : Pr S. Hamamah, Mme S. Berlioux

| Noms | Domaine d'expertise | Organisme |
|---|---|---|
| Pr Samir Hamamah | Biologie de la reproduction | Clinique Ambroise Pare-Hartmann, Neuilly sur Seine |
| Mme Salomé Berlioux | Jeunesse, éducation, famille | Association Chemins d'avenirs |
| Pr Joëlle Belaïsch-Allart | Médecine de la reproduction | Hôpital des Quatre Villes<br>CH Saint Cloud |
| Pr Florence Brugnon | Biologie de la reproduction | AMP-CECOS, CHU Clermont Ferrand |
| Pr Sophie Christin-Maitre | Médecine de la reproduction | Hôpital Saint-Antoine, AP-HP<br>Sorbonne Université, Paris |
| Pr Christine Decanter | Médecine de la reproduction | Hôpital Jeanne de Flandre, Lille |
| Pr Rachel Levy | Biologie de la reproduction | Hôpital Tenon, AP-HP,<br>Sorbonne Université, Paris |
| Pr Catherine Guillemain | Biologie de la reproduction | Hôpital de la Conception, AP-HM, Marseille |
| Mme Virginie Rio | Association couples et patientes infertiles | Association BAMP |

# Table des matières

**COMPOSITION DU COMITE NATIONAL DE PILOTAGE ..... 3**

**REMERCIEMENTS ..... 6**

**SYNTHESE ..... 7**

**RECOMMANDATIONS DU COPIL ..... 13**

**1. SENSIBILISER, INFORMER, PREVENIR ..... 16**

1.1 La diffusion d'une information sur la sante sexuelle et la sante reproductive a destination de l'ensemble des Français et Françaises de 29 ans ..... 16
1.2 La promotion des consultations pre-conceptionnelles et des bilans de fertilite ..... 17
1.3 L'elaboration d'une information rigoureuse et transparente sur les benefices, les limites et les conditions d'utilisation de l'autoconservation ovocytaire hors indication medicale ..... 18

**2. PRESERVER LA FERTILITE ET DEVELOPPER L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE ..... 19**

2.1. L'autorisation de la pratique d'autoconservation ovocytaire ouverte a tous les centres d'AMP publics et prives ..... 20
2.2. Une adaptation de l'organisation et des capacites et conditions de stockage adaptees a la montee en charge de cette activite ..... 21

**3. REORGANISER L'ACTIVITE DE DON DE GAMETES ET D'ACCUEIL D'EMBRYONS ..... 23**

3.1. Garantir une lisibilite nationale sur les stocks, les delais et les files actives ..... 24
3.2. Organiser la circulation securisee des gametes et embryons ..... 25
3.3. Élargir l'offre tout en garantissant la qualite : ouvrir l'activite de don a tous les centres AMP public et prive sous cahier des charges national ..... 26
3.4. Organiser l'approvisionnement complementaire a l'etranger ..... 27
3.5. Des mesures complementaires a instruire pour optimiser le don de gametes ..... 27
3.6. Prendre en compte les specificites du don d'ovocytes et d'embryons ..... 29
3.7. Simplifier les parcours des donneurs, les accompagner et mieux les reconnaitre ..... 29
3.8. Organiser une communication nationale et territoriale sur le don de gametes ..... 31

**4. SECURISER L'ACTIVITE D'AMP DANS LES CENTRES VIA LE DIMENSIONNEMENT NECESSAIRES DES RESSOURCES ..... 32**

4.1. Realiser des audits medico-economiques des centres existants pour evaluer leurs besoins au regard de l'augmentation de leur activite ..... 32
4.2. De nouveaux modes de financement a instruire pour l'autoconservation ovocytaire ..... 32
4.3. Reviser la nomenclature de l'activite d'AMP ..... 33

**5. REPENSER LE PARCOURS DE SOINS ..... 37**

5.1. Une orientation rapide par les professionnels de sante de premier recours ..... 38
5.2. Reduire les delais qui jalonnent le parcours dans les centres ..... 40
*5.2.1. Identifier un coordonnateur de parcours ..... 40*
*5.2.2. Un parcours organisé autour des besoins de la personne ..... 40*
*5.2.3. Des indicateurs nationaux de suivi des délais ..... 42*
5.3. Mieux prendre en compte les situations de vulnerabilite ..... 42
5.4. Proposer un soutien psychologique des l'entree dans le parcours ..... 43

5.5. Donner aux patients une information claire, continue et personnalisee ..... 43
5.6. Utiliser le numerique au service de la continuite des parcours ..... 44
*5.6.1. Une utilisation renforcée du DMP et une interopérabilité à construire avec les logiciels métiers des centres ..... 44*
*5.6.2. - Les apports à venir de l'intelligence artificielle en aide au diagnostic, optimisation du parcours de soin et des stratégies thérapeutiques ..... 45*
5.7. Faire de l'experience du patient un indicateur de qualite des soins ..... 45
5.8. Faire des patients des partenaires du parcours ..... 46
5.9. Permettre l'acces aux informations non identifiantes des la naissance pour les parents qui le souhaitent ..... 46
**6. DEVELOPPER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN FERTILITE ..... 48**
6.1. Mieux comprendre les causes et facteur de risque de l'infertilite ..... 48
6.2. Developper une AMP plus personnalisee ..... 49
6.3. Accelerer et elargir l'usage de l'intelligence artificielle ..... 49
6.4. Mieux financer la recherche translationnelle ..... 49
6.5. Homogeneiser et reduire les contraintes reglementaires ..... 50
6.6. Renforcer la recherche sur l'infertilite feminine et masculine ..... 50
6.7. Developper des technologies de rupture ..... 50
6.8. Integrer davantage les Sciences Humaines et Sociales, les couples infertiles/femmes non mariees et les associations de patients (democratie sanitaire) ..... 51
6.9. Favoriser les donnees ouvertes et les registres internationaux, role des entrepots de sante (EDS) integrant les donnees de l'infertilite et de l'AMP cliniques et biologiques ..... 51
6.10. Axes strategiques particulierement prometteurs en 2026 au-dela du programme PEPR 'SAFE' 52
**ANNEXE 1 ..... 53**
**ANNEXE 2 ..... 55**
**ANNEXE 3 ..... 58**
**ANNEXE 4 ..... 60**
**ANNEXE 5 ..... 62**
**ANNEXE 6 ..... 64**

# Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à tous les membres du COPIL qui ont contribué à l'élaboration du rapport du comité national de pilotage fertilité. Par votre engagement, votre expertise, votre disponibilité et la richesse de votre contribution, vous avez participé à la construction d'une démarche collective porteuse d'espoir et d'avenir. Votre mobilisation depuis le 5 février 2026, témoigne de l'importance accordée à cet enjeu majeur de santé publique et à la nécessité d'apporter des réponses adaptées aux défis de la fertilité en France. Je voudrais saluer tout particulièrement la qualité de nos échanges, l'esprit de collaboration et la volonté partagée qui ont guidé nos travaux. Chacune a apporté une pierre essentielle à cet édifice collectif au service de nos patients. Ce rapport est avant tout le fruit de votre engagement, et je vous suis profondément reconnaissant pour le temps, l'énergie et la conviction que vous y avez consacrés.

Un grand merci à Madame Michèle Lenoir-Salfati du Secrétariat Général et à Madame Marion Mathieu de la DGS pour votre appui et votre lecture critique. Mes remerciements vont également à Madame la Dr Morgane Le Bail, conseillère de Madame la ministre Stéphanie RIST pour vos conseils avisés.

J'espère que ce rapport ouvrira la voie à des actions concrètes et durables au service de la fertilité, des couples infertiles et de la santé de tous.

Avec toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

Pr S. Hamamah

# Synthèse

Avec 3,3 millions de personnes concernées, l'infertilité constitue un enjeu majeur de santé publique. L'évolution des trajectoires de vie, le recul de l'âge au premier enfant, la progression des situations susceptibles d'altérer la fertilité et les progrès de l'assistance médicale à la procréation (AMP) appellent aujourd'hui une réponse politique, structurée et ambitieuse.

Le plan fertilité, présenté le 5 février 2026 par la ministre de la Santé, fixe à cet égard, un cadre d'action structurant pour mieux prévenir l'infertilité, améliorer son dépistage et sa prise en charge et renforcer la recherche et l'innovation. Structuré autour de quatre axes et de seize mesures, ce plan vise notamment à mieux informer et prévenir, à détecter plus précocement les difficultés de fertilité, à améliorer et élargir l'offre d'assistance médicale à la procréation (AMP) et à renforcer la recherche et le suivi épidémiologique.

Le comité de pilotage (COPIL), co-présidé par le professeur Samir Hamamah et Salomé Berlioux accompagne la ministre dans la mise en œuvre de ce plan. Ses travaux ont vocation à préciser les conditions concrètes de déploiement des mesures retenues, à identifier les leviers permettant leur effectivité et à mettre en évidence les choix qui demeurent à opérer. La mise en œuvre de ces mesures devrait également permettre de réduire les prises en charge réalisées en dehors du territoire, en nette augmentation depuis aout 2021, les remboursements effectués par le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE), avec une hausse de +33% des dossiers d'AMP à l'étranger passant à plus de 250 dossiers par mois, ne reflétant qu'une fraction de la réalité.

Au-delà de la seule prise en charge de l'infertilité, l'enjeu est de construire une **véritable politique de la fertilité**, fondée sur la prévention, l'information, l'anticipation, l'équité d'accès aux soins, la qualité des parcours et le soutien à l'innovation et la recherche. Cette politique doit permettre de mieux répondre aux attentes des citoyens tout en accompagnant les transformations médicales, scientifiques et sociétales qui redessinent les conditions d'accès à la parentalité pour les années à venir.

C'est dans cette perspective que le Copil Fertilité a mené ses travaux : faire de la fertilité un parcours de santé à part entière, mieux anticipé, mieux accompagné et plus équitable, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés et en s'appuyant sur une stratégie de long terme.

Cette ambition s'articule autour des quatre axes prioritaires du plan :

### Axe 1 – Sensibilisation, prévention, information sur la fertilité, et la préservation de la fertilité d'indications médicale et non médicale :

La stratégie nationale de prévention de l'infertilité repose notamment sur l'envoi, à partir de l'âge de 29 ans, d'une lettre d'information invitant les Français à s'interroger sur leur santé reproductive et à bénéficier d'une consultation dédiée à la fertilité et à la contraception. Cette stratégie sera également renforcée par le développement de la consultation préconceptionnelle, qui permet d'identifier et de prévenir les facteurs susceptibles d'affecter la fertilité ou la santé lors d'une future grossesse. Elle intégrera aussi un volet essentiel consacré à la préservation de la fertilité, à la fois pour les personnes confrontées à un risque médical d'altération de leur fertilité et, dans le cadre défini par la loi, pour celles qui souhaitent recourir à une préservation de fertilité d'indication non médicale ou sociétale. L'objectif est ainsi d'inscrire la fertilité dans une véritable politique de prévention, fondée sur l'information, l'anticipation, l'accès précoce aux soins et la possibilité, lorsque cela est pertinent, de préserver le potentiel reproductif des patients. Cette stratégie doit permettre de passer d'une logique principalement curative à une logique préventive et anticipative. Mieux informer, mieux sensibiliser, identifier plus précocement les facteurs de risque et faciliter l'accès à la préservation de la fertilité constituent des enjeux essentiels pour permettre à chacun de mieux maîtriser son projet parental. Cette approche doit également renforcer la prise en compte de la fertilité dans les parcours de soins, notamment lorsque certaines pathologies ou certains traitements sont susceptibles de la compromettre.

La loi de bioéthique de 2021 a autorisé l'autoconservation des ovocytes sans indication médicale. Le sujet est devenu un axe majeur de la politique nationale de prévention de l'infertilité, parallèlement à la préservation médicale de la fertilité, notamment en contexte oncologique. L'accès à la préservation ovocytaire médicale et non médicale (sociétale) doit désormais être une activité structurante de l'offre de soins. Le constat du COPIL fertilité est celui d'une croissance très rapide de la demande d'autoconservation ovocytaire d'indication non médicale, qui dépasse les capacités d'absorption de nombreux centres. Plus de 20 000 demandes de première consultation ont été comptabilisées en 2025, 15 550 en 2024 et environ 9 450 premières consultations ont été réalisées en 2025 ; 6 720 personnes ont bénéficié d'une conservation ovocytaire en 2025, soit une augmentation de 31 % par rapport à 2024. Le délai moyen national est estimé à plus de 12 mois à l'échelle nationale, avec de fortes disparités territoriales. Le COPIL recommande une ouverture encadrée de l'autoconservation ovocytaire d'indication non médicale à tous les centres d'AMP publics et privés (à but lucratif ou non) avec contractualisation sur la base d'une activité minimale (quota) selon les besoins régionaux (définis par les ARS).

Cet axe évolue d'une logique de simple autorisation de l'autoconservation vers une politique associant l'**expertise**, la **capacité de prise en charge, l'information loyale,**

**l'équité territoriale, l'évaluation des activités de l'autoconservation et la participation financière des patientes**.

Le COPIL recommande également une simplification du régime des autorisations des établissements de santé en proposant une autorisation unique pour l'AMP, la préservation de fertilité d'indication médicale et l'autoconservation de gamètes d'indication non médicale.

### Axe 2- Repenser en profondeur le parcours de soins en AMP :

Depuis la loi de bioéthique de 2021, l'offre en AMP doit répondre à une demande considérablement accrue, liée notamment à l'accès à l'AMP des couples de femmes et des femmes non mariées. Actuellement, les centres d'AMP font face à une situation de grande tension sur plusieurs maillons du parcours en même temps : la prise de RDV, l'accueil des patients, les consultations, les activités au laboratoire d'AMP, les examens génétiques, les activités de blocs opératoires, les parcours des gamètes, le personnel médical et paramédical. Le travail ABM–ANAP réalisé entre 2023 et 2026 en AMP a cherché à passer d'une logique de centre à une logique de parcours de patient.
Le Copil national fertilité avait proposé de définir, pour chaque activité d'AMP, un parcours-type, permettant de mesurer le délai entre la demande (prise de RDV) et la première tentative. L'objectif est de parvenir, pour un parcours standard, à une prise en charge en moins de six mois pour 90 % des personnes concernées. Mais les professionnels ont appelé à la prudence sur ces objectifs compte tenu des capacités actuelles. L'enjeu est de construire des indicateurs de parcours communs, plutôt que de mesurer uniquement l'activité globale. Parmi les indicateurs identifiés figurent la mise en place des référentiels de prise en charge, le volume d'activité par centre, la satisfaction des patients, la satisfaction des professionnels, la création de coordonnateurs de parcours de soins, le développement et le déploiement des outils numériques, la signature électronique, l'utilisation de mon espace santé ouvert à la fertilité, l'automatisation des relances, l'accompagnement renforcé des patients et le renforcement des moyens humains des équipes d'AMP.
Autrement dit, l'enjeu n'est pas uniquement d'augmenter les capacités de prise en charge par un nombre de professionnels de santé adapté aux besoins du territoire, mais de construire un parcours résolument plus humain, plus lisible, plus transparent, plus rapide, plus efficace et davantage centré sur les besoins des patients. Cela implique d'agir sur la prise de RDV, les délais d'attente, l'organisation territoriale, la coordination des professionnels impliqués, l'orientation des patients et l'évaluation de la qualité des prises en charge. L'expérience, le vécu, des femmes non mariées et des couples doit devenir un indicateur essentiel de la performance du système.

### Axe 3- Renforcer et améliorer l'AMP avec don de gamètes et accueil d'embryons.

Le développement et l'amélioration de l'organisation du don de gamètes constitue un enjeu majeur pour répondre aux besoins actuels et futurs. Il nécessite une stratégie

volontariste et pragmatique portant à la fois sur l'information et le recrutement des donneurs et des donneuses, la fluidification des parcours grâce à des hôpitaux de jour (HDJ) ou à des parcours pluridisciplinaires regroupés pour aboutir à la réduction des délais d'attente à 6 mois entre la première consultation et la prise en charge effective en AMP, la qualité et la sécurité des pratiques et leur harmonisation, l'accompagnement des couples et des femmes non mariées, des familles et des donneurs et donneuses. L'importation des gamètes en accord strict avec les exigences de la loi française, selon le contexte, en cas d'une forte demande, pour ceux qui le désirent, doit être envisagée. L'objectif est de garantir un accès équitable au don tout en consolidant la confiance dans le dispositif grâce à la modernisation des outils (ex logiciel d'aide à l'attribution des gamètes (appariement) ou d'aide à la prise de RDV et au renfort RH des équipes).

La demande de don de spermatozoïdes reste très importante. En 2025, plus de 12 000 demandes d'AMP avec don de spermatozoïdes ont été enregistrées pour les couples de femmes et femmes non mariées. Près de 7150 premières consultations ont été réalisées. Il s'agit dans 47% des cas, de femmes non mariées et dans 38,8%, de couples de femmes, avec de grandes variations régionales. Plus de 5 300 personnes ont accédé à une première tentative, environ 14 830 cycles ont été réalisés et plus de 8 700 personnes figuraient encore sur les listes d'attente fin 2025. Il est à noter que le délai moyen est estimé à 18 mois, avec une dispersion de 8 à 28 mois selon les centres avec une forte hétérogénéité (IDF). Le recrutement des donneurs doit être considéré comme un enjeu crucial, même si le stock disponible issu du don de spermatozoïdes « nouveau régime » répondant aux exigences de la loi de bioéthique de 2021 est désormais important avec plus de 2 000 donneurs et environ 116 000 paillettes recensées fin 2025 (avec une tension pour certaines ethnies). Il convient de veiller à une adéquation entre le volume national, la répartition de l'offre et la demande, les ressources des centres, les capacités de délivrance et le maillage territorial via des conventions lorsque le centre délivrant est différent du centre réalisant l'AMP et l'organisation du parcours.

Pour le don d'ovocytes, la situation demeure plus tendue que pour le don de spermatozoïdes. En 2025, 1 050 donneuses ont été recensées en France, plus de 2 500 personnes restaient en attente, le délai moyen d'AMP avec don d'ovocytes était d'environ 22 mois et en moyenne, 11 mois s'écoulaient entre la validation du dossier et la première délivrance d'ovocytes.

Le Copil national cherche à agir à la fois sur les différents modèles du recrutement, la prise en charge des donneuses, la vitrification ovocytaire pour une attribution différée, l'appariement, l'attribution et la réalisation de l'acte ainsi que le suivi. Il souhaite également soutenir et renforcer l'activité d'accueil d'embryons et propose une évolution par le passage d'une gestion essentiellement « centre par centre » vers une logique de gestion régionale voire nationale et équitable.

La loi de bioéthique de 2021 a profondément modifié le modèle français en matière de don de gamètes. Elle autorise l'accès aux origines entrainant un changement de

paradigme. Depuis le 1er septembre 2022, les personnes majeures nées d'une AMP avec tiers donneur peuvent, à leur majorité, demander à la Commission d'Accès des Personnes nées d'une Assistance médicale à la procréation et aux Données des tiers Donneurs, la CAPADD, l'accès à l'identité et aux données non identifiantes du donneur ou de la donneuse, lorsque les conditions légales sont réunies. Le centre d'AMP autorisé pour cette activité doit donc gérer simultanément le recrutement de nouveaux donneurs, l'information des donneurs, leur consentement, la saisie des données dans le registre, leur conservation, les demandes d'accès aux origines et l'information des familles et des personnes nées du don. Le Registre des donneurs de gamètes et embryons (RDGE) constitue l'un des outils importants de cette nouvelle architecture.

Le COPIL propose une simplification du régime des autorisations avec une autorisation unique pour l'ensemble des activités de don : don de spermatozoïdes, d'ovocytes, double don de gamètes et accueil d'embryons.

### Axe 4- la recherche et de l'innovation

La France souhaite faire de la fertilité une priorité de recherche en santé des femmes, et des hommes avec des appels à projets spécifiques à l'instar du PePR SAFE coordonné actuellement par l'INSERM. L'appel d'offres proposé par l'Agence de Biomédecine (ABM), en 2026 est assez large couvrant la sécurité et qualité des pratiques d'AMP, l'amélioration des techniques d'AMP, la qualité des gamètes, la préservation de la fertilité, la santé des enfants, l'amélioration des parcours de soins en AMP et la prévention.

Les sciences humaines et sociales ont été également intégrées dans l'appel à projet de l'Agence de Biomédecine, à budget toutefois constant. Cet appel à projet inclut les questions d'accessibilité, d'inégalités territoriales et sociales, les retours des patients, les représentations sociales, la communication, la transparence mais aussi les innovations technologiques telles que l'IA, la gamétogenèse *in vitro*, les modèles embryonnaires ou la génomique.

La recherche sur la fertilité s'oriente vers une recherche impliquant beaucoup plus les données de santé avec l'intégration des évolutions législatives dans le registre AMP de l'Agence de Biomédecine, l'appariement du registre AMP avec le Système National des Données de Santé (SNDS) voire d'autres registres nationaux et le suivi à long terme de la santé des personnes ayant eu recours à l'AMP et de leurs enfants nés par AMP. On voit donc se dessiner une évolution vers une fertilité fondée sur les données, avec un suivi longitudinal des parents et des enfants nés par AMP, et non plus une mesure du nombre de tentatives et de naissances.

La politique de fertilité doit enfin pouvoir s'appuyer sur une dynamique scientifique forte à l'instar de la Belgique et sur une capacité à anticiper les transformations à venir. La recherche fondamentale, mais aussi translationnelle et clinique, les données de santé, l'intelligence artificielle, les nouvelles technologies, l'innovation organisationnelle et l'évaluation des pratiques doivent être mobilisées pour faire progresser la prévention de

l'infertilité, les diagnostics étiologiques d'infertilité féminine et masculine, les traitements, et les parcours de soins en AMP. A ce titre, le COPIL préconise l'autorisation de la pratique dans le cadre du soin du diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies embryonnaires (DPI-A) en France dans le respect des exigences en termes d'indication et de pratique des deux sociétés savantes internationales (ASRM, ESHRE)Il s'agit donc de créer les conditions permettant de transformer plus rapidement les avancées scientifiques en bénéfices concrets pour les patients avec un objectif de réduction du taux d'échecs qui reste encore très élevé (75%) au jourd'hui en France et au-delà..

Ces quatre priorités ne constituent pas des chantiers isolés. Elles dessinent les composantes d'une stratégie nationale intégrée de la fertilité, allant de la prévention, indispensable, à la prise en charge personnalisée, de l'accompagnement individuel à l'organisation collective des soins, et de l'innovation scientifique à sa traduction concrète dans les pratiques.

En complément des travaux conduits par l'ABM, l'ANAP et la HAS, ces orientations ont vocation à donner une direction, impliquer et fédérer les acteurs impliqués dans la prise en charge au quotidien et accélérer la transformation. Elles doivent permettre de dépasser les approches en silo, de faire converger les initiatives et de définir des objectifs partagés, mesurables et évaluables. Leur mise en œuvre soulève des contraintes en termes de ressources humaines, des capacité biologique et clinique, de financement, de sécurité et de qualité des soins, ainsi que des enjeux juridiques et bioéthiques pour certaines évolutions.

L'ambition est claire : anticiper plutôt que subir, simplifier plutôt que complexifier, innover plutôt que seulement adapter, et garantir à chacun un accès équitable à une prise en charge de qualité.

Le Copil National Fertilité entend ainsi contribuer à une évolution durable de notre système de santé, pour que chaque personne confrontée à une question de fertilité puisse bénéficier, au bon moment, de la bonne information, du bon accompagnement et des meilleures innovations médicales et scientifiques.

# RECOMMANDATIONS DU COPIL

| Sensibiliser, informer, prévenir | |
|---|---|
| **N°** | **Recommandation** |
| **1** | Elaborer un cadre d'information homogène sur les indications, les limites et les risques de l'autoconservation d'indication non médicale, les chances de succès selon l'âge au prélèvement et le nombre d'ovocytes et les perspectives d'utilisation ultérieure et clarifier parallèlement les indications de préservation médicale de la fertilité |
| **Préserver la fertilité et développer l'autoconservation ovocytaire** | |
| **2** | Délivrer une autorisation unique à l'ensemble des centres publics et privés d'AMP à participer à l'activité d'autoconservation ovocytaire d'indications médicale et non médicale |
| **3** | Définir au niveau régional des objectifs globaux d'activité intégrés dans les SROS, permettant d'adapter l'offre aux besoins et de réduire les délais et, dans ce cadre, des niveaux minimaux d'activité par centre au regard des capacités et besoins de chaque territoire |
| **4** | Instruire les conditions réglementaires, logistiques, financières et en matière de responsabilité de mise en œuvre de banques de stockage centralisées, publiques ou privées, répondant à un cahier des charges national |
| **Réorganiser l'activité de don de gamètes et d'accueil d'embryons** | |
| **5** | Mettre en place un système d'information national des dons de gamètes et d'accueil d'embryons avec identifiant unique de chaque donneur et bénéficiaire |
| **6** | Organiser un dispositif national coordonné de gestion et de circulation des stocks entre les centres |
| **7** | Instruire l'opportunité de la création d'une banque nationale de gamètes et d'embryons |
| **8** | Ouvrir l'activité de don à tous les centres AMP publics et privés volontaires, sous cahier des charges national et délivrer une autorisation unique don de spermatozoïdes, don d'ovocytes, double don et accueil d'embryons |
| **9** | Instruire les conditions juridiques, éthiques, sanitaires et organisationnelles d'un approvisionnement complémentaire auprès de banques européennes lorsque les capacités nationales ne permettent pas de respecter les objectifs de délai |
| **10** | Instruire d'un point de vue juridique et éthique, l'autorisation de la méthode ROPA (réception des ovocytes de la partenaire) en France |
| **11** | Instruire l'évolution de la limitation de naissances par donneur d'un nombre d'enfants à un nombre de fratries |
| **12** | Instruire d'un point de vue juridique et éthique, la mise en œuvre d'un dépistage systématique des donneurs |
| **13** | Anticiper l'articulation entre le développement de l'autoconservation ovocytaire hors indication médicale et les éventuelles possibilités de don secondaire en définissant les conditions d'organisation et de conventionnement |

| | |
|---|---|
| **14** | Simplifier le parcours des couples susceptibles de donner leurs embryons en permettant que les démarches soient conduites dans leur centre d'AMP d'origine avec transmission sécurisée du dossier et des embryons si nécessaire |
| **15** | Simplifier l'organisation des dons et le parcours des donneurs/donneuses |
| **16** | Prévoir des postes dédiés à l'accompagnement des donneurs et donneuses et, à l'instar des receveurs, des postes de coordonnateurs de parcours dédiés aux parcours de don |
| **17** | Instruire les modalités d'une compensation des frais et contraintes réellement supportés, compatible avec le principe français de non-marchandisation en particulier pour le don d'ovocytes, après expertise juridique et éthique |
| **18** | Organiser une journée nationale du don de gamètes et d'accueil d'embryons |
| **19** | Promouvoir des campagnes locales adaptées aux territoires |
| **Sécuriser l'activité d'AMP dans les centres via le dimensionnement nécessaire des ressources** | |
| **20** | Conduire un audit de chaque centre déjà habilité permettant notamment d'identifier les moyens nécessaires à l'exercice de leurs missions et d'examiner les modalités d'un financement pérenne des renforts identifiés, notamment par MIG, crédits ARS ciblés ou forfait dédié à l'activité d'AMP et de don |
| **21** | Poursuivre l'instruction des modalités de participation financière et des conditions tarifaires de l'autoconservation d'indication non médicale, en distinguant clairement cette activité de la préservation de la fertilité médicale |
| **22** | Diligenter l'instruction des évolutions de nomenclature et de revalorisation d'actes, en objectivant leur coût et leurs effets sur l'équilibre des activités |
| **23** | Clarifier les règles de facturation applicables aux consultations de médecins biologistes dans les différents secteurs et sécuriser leur mise en œuvre, ouvrir à la consultation par les biologistes médicaux pharmaciens |
| **Repenser le parcours de soins** | |
| **24** | Assurer une large diffusion aux professionnels de santé de premier recours des recommandations de la HAS sur la prise en charge des individus infertiles et les recommandations des sociétés savantes |
| **25** | Appliquer un adressage des patients en centre AMP précoce adapté selon l'âge et le contexte d'infertilité |
| **26** | Engager une réflexion sur le développement de réseaux territoriaux associant professionnels de ville, centres d'AMP et autres acteurs concernés |
| **27** | Identifier dans chaque centre un professionnel chargé de la coordination de parcours et définir un socle commun de missions et de responsabilité |
| **28** | Mettre en place un suivi national des principaux délais du parcours de fertilité et intégrer ces indicateurs au pilotage des centres dans le cadre du plan fertilité |
| **29** | Documenter les inégalités d'accès et intégrer les besoins des personnes en situation de handicap ou de vulnérabilité pour adapter les conditions d'accueil et de prise en charge |
| **30** | Proposer un accompagnement psychologique dès l'entrée dans le parcours |
| **31** | Renforcer les outils d'information remis aux patients et améliorer la transparence sur les résultats et les délais, tout en veillant à ce que l'information reste adaptée à chaque situation individuelle |

| | |
|---|---|
| **32** | Créer et renseigner au sein du dossier médical partagé (DMP) une partie spécifique pour l'infertilité avec une interopérabilité entre le DMP et les logiciels métiers des centres |
| **33** | Identifier par un numéro unique chaque patiente afin de mieux coordonner les soins et d'éviter les prises en charges multiples |
| **34** | Développer et déployer des outils de mesures de la qualité attendue et vécue par les patients en complément des indicateurs de résultats et de délai |
| **35** | Instruire les évolutions législatives nécessaires donnant la possibilité aux parents qui le demandent d'accéder aux données non identifiantes du donneur dès la naissance de l'enfant |
| **Développer la recherche et l'innovation en fertilité** | |
| **36** | Instruire les modalités d''autorisation en France de la pratique du diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies embryonnaires (DPI-A) dans le respect des exigences en termes d'indication et de pratique des deux sociétés savantes internationales (ASRM, ESHRE) |

# 1. SENSIBILISER, INFORMER, PREVENIR

Le développement de la prévention et la promotion de la santé (PPS) s'est affirmé au cours des dernières décennies comme une priorité de santé publique. Comme les autres politiques de santé, la fertilité doit passer d'une logique principalement curative à une logique anticipatrice et déployer une véritable politique de prévention, fondée sur l'information, l'anticipation, l'identification précoce des facteurs de risques, un accès facilité à la prise en charge et la possibilité, quand cela est pertinent, de préserver son potentiel reproductif.

Les actions de prévention de l'infertilité sont aujourd'hui quasi inexistantes en France. Qu'il s'agisse d'information du public sur l'effet de l'âge sur la fertilité, de la formation des professionnels au repérage précoce des facteurs d'altération de la fertilité, de la pertinence des diagnostics posés, ou de la compréhension de l'impact de l'environnement et du mode de vie sur la fertilité, peu de moyens humains et financiers sont aujourd'hui consacrés à la santé reproductive et à la prévention de cette pathologie.

Comme l'indiquait le rapport sur les causes de l'infertilité de 2022 du Pr Samir Hamamah et de Salomé Berlioux, l'instauration d'une politique de prévention ambitieuse ne représenterait pas un surcoût pour les finances publiques. L'accent mis sur la prévention induirait en effet une réduction du coût de la prise en charge, grâce à une prise de conscience individuelle et collective de l'impact de l'âge sur le projet parental, à l'amélioration des diagnostics d'infertilité, à l'identification de ses causes aujourd'hui souvent inexpliquées, aboutissant à éviter des AMP inutiles et coûteuses. Cette stratégie serait également efficace en termes de santé publique, santé reproductive et santé générale étant étroitement liées. Sur le plan éthique enfin, la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention efficace de l'infertilité permettrait aux hommes et aux femmes d'effectuer un choix éclairé sur leur désir d'enfant, en leur offrant dès l'adolescence une information précise et accessible, épargnant à une partie d'entre eux les souffrances et les déceptions d'un parcours d'AMP lorsqu'il n'aboutit pas à une grossesse.

## 1.1 La diffusion d'une information sur la santé sexuelle et la santé reproductive à destination de l'ensemble des Français et Françaises de 29 ans

La diffusion de cette information via un courrier/courriel adressé par l'Assurance maladie à l'ensemble des Français à 29 ans est la mesure la plus emblématique du plan fertilité pour le grand public.

Le Comité de pilotage a soutenu cette mesure et contribué à finaliser le courrier dont l'envoi est à ce stade expérimenté par l'Assurance Maladie (***annexe 1***)

En effet, la fertilité féminine diminue dès l'âge de 30 ans et s'accentue à partir de 35 ans. Le stock d'ovocytes, constituant « la réserve ovarienne » est définitivement déterminé avant la naissance, et diminue progressivement jusqu'à la ménopause.

Il existe désormais des données fiables qui confirment également la baisse de la fertilité masculine avec l'âge, l'augmentation du risque d'arrêt spontanée de grossesse pour sa compagne, et l'augmentation du risque de pathologies génétiques pour la descendance. L'âge altère la concentration et la qualité spermatiques. L'augmentation du risque d'infertilité masculine avec l'âge est modérée et très progressive à partir de 40 ans, mais franche au-delà de 50 ans.

Or, il existe au sein du grand public, masculin et féminin, une forte sous-estimation de l'impact de l'âge sur la fertilité. Les risques associés aux grossesses tardives, mais aussi la baisse de la fertilité masculine avec l'âge sont très mal connus, conduisant les femmes et les hommes à avoir une vision trop optimiste de leur fertilité. En outre, le public accorde une confiance excessive à l'AMP pour contrebalancer les effets adverses de l'âge.

Trop de couples arrivent en consultation à 38 ou 40 ans, découvrant avec douleur que le chemin sera long, complexe et médicalisé et que les chances de succès sont très faibles. Informer à 29 ans, c'est donner le choix, plutôt que de subir le temps qui passe. Cette démarche, qui se veut ciblée et équilibrée, vise à renforcer le pouvoir d'agir des jeunes adultes, **sans injonction ni pression sociale**. Elle permettra de rappeler que **la fertilité est un enjeu partagé entre les femmes et les hommes**.

## 1.2 La promotion des consultations pré-conceptionnelles et des bilans de fertilité

Depuis 2007, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande de réaliser une consultation préconceptionnelle afin que « le risque d'une grossesse future soit apprécié le plus précocement possible, idéalement avant la grossesse dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse ».

Cette consultation s'adresse à toute patiente ou tout couple qui envisage une grossesse dans un avenir proche, avec ou sans pathologie connue.

Un des objectifs de la consultation préconceptionnelle est de programmer au mieux la grossesse, réaliser le cas échéant les examens de santé nécessaires, limiter le risque de complications prévisibles et envisager un lieu de suivi de la grossesse ayant un plateau technique adapté en fonction des antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux.

Cette consultation préconceptionnelle, essentielle en matière de prévention n'est pas assez réalisée et le comité de pilotage recommande de la promouvoir.

Il était classiquement admis qu'il ne fallait commencer l'exploration d'un couple infertile qu'après deux ans de rapports sexuels réguliers. L'OMS en 2009 a défini l'infertilité comme

une maladie et a précisé qu'il fallait uniquement 1 an de rapports réguliers non protégés pour débuter la prise en charge médicale.

Les recommandations de toutes les sociétés savantes françaises ou étrangères précisent désormais que si la femme a plus de 35 ans, c'est dès 6 mois qu'il faut la prendre en charge et réaliser un bilan d'infertilité. Une prise en charge plus rapide doit être proposée si, les troubles du cycle sont patents ou si une pathologie de l'appareil génital est connue ou suspectée chez l'homme ou chez la femme.

### 1.3 L'élaboration d'une information rigoureuse et transparente sur les bénéfices, les limites et les conditions d'utilisation de l'autoconservation ovocytaire hors indication médicale

L'autoconservation ovocytaire hors indication médicale constitue une évolution importante de l'offre de santé reproductive. Elle répond à l'évolution des trajectoires de vie et à un souhait croissant de certaines femmes de préserver une possibilité de projet de maternité ultérieur. Elle ne doit toutefois pas être présentée comme une garantie de grossesse ou de naissance ; les chances de succès ultérieur dépendent notamment de l'âge au moment du prélèvement et du nombre d'ovocytes conservés.

Le développement de l'autoconservation doit ainsi aller de pair avec une politique d'information nationale cohérente, permettant aux femmes d'effectuer un choix éclairé sans surestimer les possibilités offertes par la technique. En permettant aux femmes de mieux concilier leur projet de maternité avec leur parcours personnel ou professionnel et de réduire ainsi la pression liée à l'horloge biologique, elle représente une réelle opportunité en matière de liberté reproductive. Cependant, la congélation d'ovocytes constitue une possibilité supplémentaire dans la construction d'un projet parental futur mais ne garantit pas l'obtention d'une grossesse ni d'une naissance.

L'autoconservation ovocytaire doit donc être accompagnée d'une information particulièrement rigoureuse. Les femmes doivent connaître les facteurs qui conditionnent les résultats ultérieurs et être informées des risques, rares mais réels, liés notamment à la stimulation, à la ponction et à l'anesthésie.

Le comité de pilotage recommande d'informer les femmes que l'autoconservation ovocytaire ne garantit pas la grossesse et que l'obtention d'une grossesse ultérieure en ICSI (intracytoplasmic sperm injection) dépend notamment du nombre d'ovocytes conservés et de l'âge où a eu lieu la congélation, et qu'il s'agit **d'un acte médical** avec des risques de complications identifiés (dont saignement ou infection à la ponction, hyperstimulation ovarienne, risque thrombotique, risques liés à l'anesthésie locale ou générale).

De même, il convient d'informer les femmes qui ont bénéficié d'une autoconservation qu'il est recommandé qu'elles prennent attache avec le centre qui conserve leurs

ovocytes quand elles souhaiteront une grossesse afin qu'une prise en charge adaptée optimale, impliquant le recours aux ovocytes vitrifiés avant de s'engager dans des tentatives d'AMP avec des ovocytes frais mais plus âgés et donc moins efficaces, leur soit proposée.

Le COPIL estime nécessaire de clarifier au niveau national les indications de la préservation médicale afin d'éviter que des situations relevant d'une prise en charge prioritaire ne soient assimilées à des demandes d'autoconservation sans indication médicale[1].

**Recommandation 1 : Elaborer un cadre d'information homogène sur les indications, les limites et les risques de l'autoconservation d'indication non médicale, les chances de succès selon l'âge au prélèvement et le nombre d'ovocytes et les perspectives d'utilisation ultérieure et clarifier parallèlement les indications de préservation médicale de la fertilité.**

## 2. PRESERVER LA FERTILITE ET DEVELOPPER L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE

Depuis la loi de bioéthique de 2021, l'autoconservation de gamètes d'indication non médicale (sociétale) est autorisée exclusivement dans les centres clinico- biologiques d'AMP, avec une restriction aux seuls établissements publics de santé et les établissements de santé privé à but non lucratif (ESPIC),– et, à titre dérogatoire en cas de carence dans un département, aux établissements privés à but lucratif –, avec des conditions d'âge : pour les femmes à partir du 29ème anniversaire et jusqu'au 37ème anniversaire et pour les hommes jusqu'au 45ème anniversaire.

Si les demandes de conservation sociétale de spermatozoïdes restent exceptionnelles, le nombre de demandes d'autoconservation d'ovocytes a rapidement explosé.

La progression des demandes d'autoconservation ovocytaire hors indication médicale crée une tension nouvelle sur l'offre globale en AMP. Elle intervient dans des centres qui doivent simultanément assurer la prise en charge de l'infertilité médicale, l'AMP des couples de femmes et des femmes seules, ainsi que la préservation médicale de la fertilité. L'enjeu n'est donc pas seulement d'augmenter le nombre de prises en charge, mais de dimensionner l'ensemble de la capacité clinique et biologique et de garantir que

[1] **Référence** 1 Courbiere B, Le Roux E, Mathieu d'Argent E, Torre A, Patrat C, Poncelet C et al . Indications de vitrification ovocytaire dans les pathologies gynécologiques bénignes : conseils de bonne pratique du CNGOF après étude de consensus par méthode Delphi. Gynecol Obstet Fertil Senol 2022 ;50:211-219.

le développement de l'autoconservation ne se fasse pas au détriment des activités prioritaires ou urgentes, ou même usuelles du secteur de l'AMP.

Face à ces enjeux, le comité de pilotage formule plusieurs recommandations combinant augmentation du nombre de centres autorisés, répartition territoriale de l'activité avec les moyens proportionnés correspondants, information transparente des patientes, renforcement des équipes, accompagnement et anticipation des capacités de stockage des gamètes et clarification du financement. L'objectif est de permettre un accès plus rapide à l'autoconservation ovocytaire tout en préservant la capacité des centres à assurer l'ensemble de leurs missions d'AMP et de préservation médicale de la fertilité.

## 2.1. L'autorisation de la pratique d'autoconservation ovocytaire ouverte à tous les centres d'AMP publics et privés

Les enquêtes réalisées par l'Agence de biomédecine (ABM) dans le cadre du comité de suivi de l'application de la loi de bioéthique d'aout 2021, animé par l'ABM, permettent de connaitre approximativement le nombre de demandes annuelles et précisément le nombre de ponctions d'ovocytes réalisées. Le comité de suivi annuel du plan ministériel pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaines (PEGh) tenu en avril 2026 a fait état, pour 2025, de 20 700 demandes de consultation, chiffre très probablement sous-estimé). En effet, il est impossible de savoir précisément combien de femmes ont essayé en vain d'obtenir un rendez-vous. A l'inverse, certaines femmes déposent une demande de rendez-vous simultanément dans plusieurs centres. La présentation de l'ABM lors du comité de suivi du plan PEGh de 2026 indique qu'en 2025, 6 720 femmes ont effectivement réalisé au moins une ponction d'ovocytes en vue d'une autoconservation non médicale. Cela représente une hausse de 31% par rapport aux 5 127 ponctions réalisées en 2024. Un calcul basé sur le nombre de naissances annuelles conduit à l'hypothèse de 100 000 demandes annuelles de conservation ovocytaires. Sans anticiper de tels chiffres, les délais constituent aujourd'hui un point de tension important. Aujourd'hui le délai moyen d'attente pour bénéficier d'une prise en charge est de 11, 7 mois en France, et varie de 14 à 24 mois en Ile de France, région qui regroupe 54% des demandes. Certains centres en Ile de France sont saturés et il est aujourd'hui factuellement quasi impossible d'obtenir un rendez-vous en Ile de France.

L'autoconservation ovocytaire sociétale constitue par ailleurs une activité à part pour les équipes cliniques et biologiques. En clinique, il n'existe pas d'impact médical systématique diagnostique, les patientes sont souvent pressées et stressées, exerçant parfois des pressions auprès des équipes en raison d'un long délai d'attente ou d'un refus. En biologie**,** la vitrification ovocytaire est une technique fastidieuse et répétitive, avec des cohortes ovocytaires souvent importantes et, en conséquence, un fort impact en capacité de stockage.

Face à ces problématiques, **il est indispensable d'augmenter l'offre d'autoconservation ovocytaire sociétale en France.**

Le Plan fertilité a initialement retenu le déploiement de 30 nouveaux centres d'autoconservation ovocytaire, en complément des centres existants, avec l'objectif d'atteindre 70 centres en 2028. Il prévoit également d'engager une réflexion sur l'ouverture de cette activité aux établissements privés à but lucratif afin d'élargir l'offre et de réduire les délais d'accès. Cela semble notoirement insuffisant au COPIL

Le comité de pilotage propose **que tous les centres d'AMP, publics et privés, actuellement autorisés à l'AMP,** puissent contribuer à l'activité d'autoconservation ovocytaire, dans un cadre national commun. Cette approche permettrait de répartir l'effort entre les établissements et d'éviter la saturation d'activité des centres actuellement autorisés.

**Recommandation 2 : Délivrer une autorisation unique à l'ensemble des centres publics et privés d'AMP à participer à l'activité d'autoconservation ovocytaire d'indications médicale et non médicale**

La question n'est pas seulement celle de l'augmentation globale des capacités mais aussi celle de leur répartition territoriale. Le comité de pilotage soutient la nécessité d'une organisation territoriale permettant d'intégrer les différences territoriales, de répartir l'activité et les ressources, de limiter les délais et d'éviter une concentration excessive de l'activité dans les structures déjà fortement sollicitées mais aussi celle de l'obligation pour tous les centres autorisés de réaliser un nombre minimal d'autoconservations ovocytaires non médicale.

**Recommandation 3 : Définir, au niveau régional, des objectifs globaux d'activité intégrés dans les SROS, permettant d'adapter l'offre aux besoins, et de réduire les délais, et dans ce cadre, des niveaux minimaux d'activité par centre au regard des capacités et des besoins de chaque territoire.**

## 2.2. Une adaptation de l'organisation et des capacités et conditions de stockage adaptées à la montée en charge de cette activité

La proposition d'ouvrir l'activité d'autoconservation ovocytaire à tous les centres doit être articulée avec la capacité réelle des équipes et des laboratoires. L'autorisation d'une activité ne peut produire d'effet que si elle s'accompagne des moyens cliniques, biologiques, humains et matériels nécessaires.

L'autoconservation ovocytaire d'indication non médicale constitue une activité spécifique pour les équipes cliniques et biologiques. Elle mobilise des consultations, des stimulations hormonales, des ponctions d'ovocytes et, en biologie, des actes de vitrification particulièrement exigeants et répétitifs. Chaque ovocyte doit être évalué morphologiquement, préparé dans des milieux de cryoprotection spécifiques, puis

vitrifié selon des protocoles stricts. Cette procédure chronophage requiert une grande expertise technique et un temps opératoire incompressible.

Les ovocytes vitrifiés doivent être conservés dans des cuves d'azote liquide, pour des durées longues, jusqu'à 16 ans potentiellement, et leur traçabilité doit être rigoureusement assurée. Il est indispensable de gérer l'ensemble du processus, depuis l'étiquetage, l'enregistrement informatique, le suivi des paillettes de cryoconservation ainsi que les contrôles de sécurité liés au stockage. L'augmentation du nombre d'échantillons biologiques implique une organisation plus lourde, plus complexe et une surveillance accrue des infrastructures de cryobanque.

Cette activité génère par ailleurs une charge différée incluant les relances annuelles sur le devenir de ces ovocytes conservés. Lorsque les femmes souhaitent utiliser leurs ovocytes conservés, ceux-ci doivent être décongelés, évalués puis utilisés dans une procédure d'ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïdes), avec développement et éventuel transfert embryonnaire. Le comité de pilotage estime que l'utilisation des ovocytes autoconservés, aujourd'hui estimée à environ 30 % à cinq ans, est susceptible de prendre une place croissante dans l'activité des centres.

Elle a de ce fait des conséquences directes sur l'organisation et la charge de travail des laboratoires de biologie de la reproduction en termes de ressources humaines d'une part, d'équipements et de locaux d'autre part.

L'augmentation de l'activité génère des besoins en ressources humaines supplémentaires, notamment de techniciens de laboratoire spécialisés, et pose la question de la reconnaissance de leurs compétences. Au regard du caractère fastidieux de l'activité, le comité de pilotage souligne également l'intérêt, si approprié, d'organiser une rotation des postes afin de limiter la pénibilité liée au caractère répétitif de certaines tâches.

Le développement de l'activité doit ainsi également intégrer la santé physique et mentale des professionnels, qui constitue un enjeu important pour la qualité et la sécurité des pratiques en biologie de la reproduction. Prendre soin des professionnels qui manipulent les gamètes et les embryons est essentiel, non seulement pour leur bien-être, mais aussi pour garantir des conditions de travail optimales et des résultats fiables dans les laboratoires d'assistance médicale à la procréation.

Elle exige également une augmentation des capacités de stockage (cuves d'azote), des systèmes métrologiques de contrôle de température associés et une extension des locaux si besoin sachant que les limites des capacités de stockage sont déjà atteintes dans beaucoup de structures, avec une courbe de croissance constante.

Lorsque les capacités de stockage des centres atteignent leurs limites, le comité de pilotage recommande d'ouvrir la possibilité d'une externalisation de la conservation de longue durée, à l'instar du stockage des produits sanguins. Il soutient une évolution de la loi de bioéthique afin de permettre le stockage à distance du centre d'AMP, dans le

respect strict des conditions techniques de traçabilité et de sécurité. Des banques centralisées publiques ou privées répondant à un cahier des charges précis pourraient réduire les coûts d'infrastructure, optimiser l'utilisation des cuves de stockage et mutualiser les équipements de cryoconservation et les ressources humaines assurant la traçabilité et la surveillance de la conservation à long terme des gamètes, embryons et tissus gonadiques.

Cette évolution suppose une instruction approfondie des conditions réglementaires, logistiques, financières et de responsabilité. Elle doit notamment être accompagnée d'un dispositif sécurisé de transport des gamètes et embryons et de personnels formés et habilités.

**Recommandation 4 : instruire les conditions réglementaires, logistiques, financières et en matière de responsabilité de mise en œuvre de banques de stockage centralisées, publiques ou privées, répondant à un cahier des charges national.**

## 3. REORGANISER L'ACTIVITE DE DON DE GAMETES ET D'ACCUEIL D'EMBRYONS

L'AMP avec tiers donneur concerne les parcours nécessitant le recours à un don de spermatozoïdes, d'ovocytes, double don, ou à l'accueil d'embryons. Ces trois activités ont beaucoup de points communs mais sont quantitativement très différentes, les tentatives avec don de spermatozoïdes étant de loin les plus fréquentes. Le système historiquement construit autour des centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain (CECOS) a permis la réalisation de procédures de don et leur attribution pour des tentatives d'AMP en nombre adapté à la demande tant que le nombre de demandeurs était essentiellement limité aux couples hétérosexuels pour lesquels l'infertilité masculine ne pouvait être traitée par ICSI. Il est aujourd'hui soumis à une forte tension, notamment depuis l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules par la loi de bioéthique de 2021, et insuffisamment dimensionné face :

- **À l'augmentation de la demande depuis la loi de bioéthique de 2021.** Les demandes de don de spermatozoïdes ont été multipliées par 8.5 et le système actuel, non dimensionné pour un tel nombre de demandes, s'est progressivement saturé, aboutissant à des délais d'attente de 18 mois en moyenne en France (données ABM 2025). Selon les chiffres ABM, le nombre de naissances après AMP avec tiers donneur est passé entre les années 2019 et 2023 de 1433 à 3408 (+137.8%), pour un nombre d'enfants nés en AMP toutes indications confondues passant de 27063 à 27455 ; L'augmentation principale concerne le don de spermatozoïdes (passant de 987 à 2801, +183.9%). La part des naissances en AMP avec tiers donneur par rapport à l'AMP globale est

passée de 5.2% à 12.4%, ce pourcentage étant amené à croitre dans les années à venir vu l'ampleur des demandes ;

- **À la persistance de délais incompatibles avec la temporalité des projets parentaux**. Le nombre de donneuses d'ovocytes, bien qu'en progression ces dernières années, demeure insuffisant pour répondre aux besoins, avec plus de 2 700 personnes en attente d'une AMP avec don d'ovocytes et des délais moyens pouvant atteindre environ 22 mois (données ABM 2026). Pour le don de spermatozoïdes, les délais restent également élevés, de l'ordre de 17 à 18 mois en moyenne, avec plus de 10 000 femmes en attente fin 2024 ;
- **Aux inégalités territoriales d'accès** au regard de l'implantation sur le territoire des centres agréés ;
- **Au manque de lisibilité nationale** sur les stocks, les délais, les résultats et les files actives.

Ce système sous tension ne permet pas aujourd'hui de répondre de manière équitable, lisible et efficiente aux besoins croissants des patients, et justifie ainsi une évolution structurelle de l'organisation du don de gamètes en France et de sa gestion.

La réforme de l'organisation du don et de l'attribution de gamètes et d'embryons répond à un impératif de santé publique, d'équité territoriale, de qualité des soins et d'efficience du système. L'enjeu n'est pas seulement d'augmenter le nombre de donneurs et de donneuses mais de rendre plus efficiente l'ensemble de l'organisation : information, recrutement, autorisations, financement, régulation, accompagnement, traçabilité et circulation des gamètes avec l'objectif clair de permettre in fine à toute personne éligible à une AMP avec don, d'accéder à un parcours en France dans un délai cible de 6 mois, sans discrimination territoriale, financière ou organisationnelle.

## 3.1. Garantir une lisibilité nationale sur les stocks, les délais et les files actives

Bien que l'Agence de la biomédecine publie annuellement des statistiques nationales globales, la gestion opérationnelle quotidienne reste actuellement sous la seule responsabilité de chaque centre de don.

L'absence de centralisation et de partage des données en temps réel sur les stocks, les délais et les files actives constitue l'un des principaux freins à l'optimisation de l'AMP avec don en France. Elle empêche toute visibilité instantanée sur les stocks réels de chaque centre de don et rend impossible de les mutualiser. Faute de données interconnectées, un centre en situation de forte pénurie ne peut pas facilement solliciter les surplus ou les profils compatibles d'un autre centre sur le territoire. Enfin, les délais réels et le nombre de patients en attente d'attribution d'un don sont gérés localement sur des listes propres à chaque établissement. Les moyennes nationales

masquent d'immenses disparités régionales sans que les patients puissent accéder à cette information de manière transparente et orienter leur choix en conséquence.

Les conséquences pour les usagers sont directes. Inscrits dans des centres saturés (notamment en Île-de-France), ils subissent des délais considérablement rallongés, ce qui diminue physiologiquement leurs chances de réussite. Le temps d'attente varie du simple au double selon les régions sans qu'une régulation nationale permette de rééquilibrer la charge de travail ou d'orienter les demandes. La mise en œuvre de l'accès aux origines et l'ouverture de l'AMP à toutes les femmes ont saturé les structures, rendant le manque de transparence encore plus critique.

La création d'un outil national permettant de suivre par centre, les stocks de spermatozoïdes, ovocytes et embryons, les délais entre premier rendez-vous et prise en charge technique, les files actives, les flux interrégionaux, les résultats, les besoins spécifiques notamment phénotypiques et la satisfaction des patients et donneurs est une proposition structurante pour résoudre ces difficultés. Cet outil doit également permettre d'identifier donneurs et bénéficiaires via un identifiant unique afin d'améliorer la traçabilité et de limiter les doublons.

La mise en œuvre suppose l'interopérabilité avec les outils existants, la protection des données sensibles, la maîtrise de la charge de saisie et un pilotage national clair.

**Recommandation 5 : Mettre en place un système d'information national des dons de gamètes et d'accueil d'embryons avec identifiant unique de chaque donneur et bénéficiaire**

## 3.2. Organiser la circulation sécurisée des gamètes et embryons

Là où aujourd'hui chaque centre gère son stock de gamètes et d'embryons, la création d'un **dispositif national de circulation des gamètes (ovocytes, spermatozoïdes) et des embryons** permettrait d'optimiser les stocks et de gérer la pénurie**.**

Les centres de don de gamètes ne disposent pas tous des mêmes stocks. Un dispositif national de circulation des gamètes permettrait de transférer des gamètes des régions excédentaires vers les régions en forte pénurie et permettrait un rééquilibrage territorial. Mutualiser les ressources au niveau national permettrait à ce titre de réduire le temps d'attente global pour les couples ou femmes célibataires en demande de don, qui peut parfois atteindre plusieurs années face à l'augmentation de la demande et serait facteur d'une harmonisation des chances d'accès quel que soit le lieu de résidence (métropole, zone rurale ou outre-mer).

Un tel dispositif sécuriserait par ailleurs la chaîne logistique grâce à des transporteurs agréés et des protocoles standardisés.

Enfin, cela permettrait d'améliorer l'appariement (Matching). Un fichier et un système de circulation centralisés permettraient de trouver plus facilement et plus rapidement un donneur ou une donneuse répondant à des critères spécifiques, notamment pour les couples issus de minorités ethniques.

**Recommandation 6 : Organiser un dispositif national coordonné de gestion et de circulation des stocks entre centres**

**Recommandation 7 : Instruire l'opportunité de la création d'une banque nationale de gamètes et d'embryons**

## 3.3. Élargir l'offre tout en garantissant la qualité : ouvrir l'activité de don à tous les centres AMP public et privé sous cahier des charges national

Historiquement, les CECOS, structures publiques, géraient quasiment l'exclusivité des dons de gamètes. Aujourd'hui, d'autres centres de dons réalisent également cette activité. Seuls des établissements ou organismes publics ou privés non lucratifs peuvent obtenir une autorisation pour l'activité de don.

Elargir les opérateurs du don de gamètes et d'embryons est une mesure structurante pour améliorer l'accès aux parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP) avec don et la réduction des délais d'attente.

Multiplier les centres autorisés au don sur le territoire, permettrait de rapprocher les lieux de prélèvement et recueil du domicile des donneurs potentiels. Le don d'ovocytes, en particulier, exige un parcours médical lourd (stimulation, monitorage, ponction) qui décourage les candidates si le centre est trop éloigné. Un maillage territorial plus fin permettrait par ailleurs de recruter des donneurs aux profils d'origines plus variés, ce qui facilite l'appariement avec les couples ou femmes receveuses.

Enfin**,** à cause des délais français et de la pénurie de gamètes, des milliers de femmes et de couples, de plus en plus nombreuses, continuent de partir chaque année à l'étranger (par exemple en Espagne, en Belgique, en République tchèque) pour réaliser leur parcours d'AMP. Augmenter le nombre de centres autorisés au don permettrait d'offrir des capacités d'accueil suffisantes en France pour que ces parcours s'effectuent sous le contrôle du cadre légal et médical français et sans stress supplémentaire pour les femmes lié aux trajets.

Le comité de pilotage propose d'ouvrir l'activité à tous les centres publics et privés volontaires disposant des compétences nécessaires, sous cahier des charges national, indicateurs de qualité, traçabilité complète, participation au système d'information, contrôle par les autorités compétentes et accompagnement par des centres expérimentés, par exemple sous la forme de postes d'assistants hospitaliers ou de praticiens contractuels partagés dédiés (postes proposés par l'ARS). Il propose aussi un seuil minimal d'activité calculé selon le bassin de population. Il conviendra d'instruire la

possibilité de délivrer une autorisation unique pour l'ensemble des activités de don de spermatozoïdes, don d'ovocytes, double don et accueil d'embryons

Cela nécessite également d'intégrer au cahier des charges des critères éthiques permettant de mettre à distance l'émergence d'un marché des gamètes et de protéger les principes français basé sur la gratuité, la solidarité et le bénévolat du don, garantissant que l'AMP reste un acte médical et non un service commercial.

**Recommandation 8 : Ouvrir l'activité de don à tous les centres AMP publics et privés volontaires, sous cahier des charges national et délivrer une autorisation unique don de spermatozoïdes, don d'ovocytes, double don et accueil d'embryons**

## 3.4. Organiser l'approvisionnement complémentaire à l'étranger

Actuellement, de nombreuses françaises ont recours aux banques de sperme étrangères soit en se déplaçant, soit en faisant appel à des paillettes de spermatozoïdes expédiées par ces banques et à des inséminations en ville par des gynécologues en dehors de toute autorisation et de tout contrôle, soit, plus récemment, en sollicitant l'accord de l'ABM pour l'importation de paillettes européennes dans des centres d'AMP français, au cas par cas.

A cet égard, il serait utile de clarifier la situation des médecins accompagnant des patients ayant recours à un don à l'étranger, au regard de l'article 511-9 du code pénal.

Sécuriser et optimiser le cadre et les conditions du système de délivrance de paillettes de spermatozoïdes aux centres français par les banques européennes permettrait d'augmenter l'offre et de réduire les délais d'attente et de sécuriser la traçabilité des dons en s'assurant de proposer les mêmes garanties de l'application de l'accès aux origines que celles actuellement prévues par la loi française pour les dons effectués dans les centres de don français

**Recommandation 9 : Instruire les conditions juridiques, éthiques, sanitaires et organisationnelles d'un approvisionnement complémentaire auprès de banques européennes lorsque les capacités nationales ne permettent pas de respecter les objectifs de délai**

## 3.5. Des mesures complémentaires à instruire pour optimiser le don de gamètes

Afin d'augmenter le nombre de gamètes disponibles pour répondre à la demande croissante, un certain nombre d'évolutions mériteraient d'être instruites.

La **méthode ROPA** (réception d'ovocytes de la partenaire) est une technique de procréation médicalement assistée conçue pour les couples de femmes, permettant de partager la maternité biologique (l'une donnant ses ovocytes, l'autre menant la grossesse

à terme). Cette méthode autorisée dans de nombreux pays européens, notamment en Espagne, au Portugal et au Danemark, n'est pas autorisée en France en ce qu'elle contrevient au principe d'anonymat obligatoire du don de gamètes en droit français

Le comité de pilotage considère qu'il serait utile d'instruire d'un point de vue juridique et éthique, l'autorisation de la méthode ROPA en France.

Afin d'éviter les risques d'unions consanguines entre personnes issues du même donneur au sein des générations futures, l'article L1244-4 du Code de la Santé Publique limite le nombre maximum d'enfants ou de naissances pouvant être conçus à partir des gamètes (spermatozoïdes ou ovocytes) d'un même donneur. Dans la plupart des pays européens comme à l'international, cette limitation est fixée en nombre de familles qu'un donneur de sperme est autorisé à aider (de 3 à 15 selon les législations européennes). Limiter le don de sperme à un nombre de familles (ou « foyers ») plutôt qu'à un nombre strict d'enfants présente des avantages majeurs, tant pour la gestion des dons de gamètes par les banques de sperme que pour l'équilibre des futures familles et des enfants nés de ces dons. Cela permet notamment la potentielle naissance dans une famille de plusieurs enfants partageant le même patrimoine génétique (frères et sœurs biologiques complets).

Le Comité de pilotage considère également qu'il y aurait un intérêt à passer d'une limitation du nombre d'enfants par donneur à une approche fondée sur le nombre de fratries

Enfin, la loi de bioéthique interdit le dépistage génétique "à l'aveugle" ou de « confort ». En dehors du caryotype, des analyses géniques ciblées ne sont pratiquées, après entretien clinique, que s'il existe un antécédent familial connu chez le donneur ou si le receveur présente lui-même un risque particulier. Le dépistage génétique préalable des donneurs à l'enfant à naître, tel qu'il est pratiqué largement à l'étranger, semble pourtant de nature à éviter le risque de transmission de maladies génétiques héréditaires graves et le COPIL recommande d'en instruire les modalités juridiques et éthiques de mise en œuvre.

**Recommandation 10 : Instruire d'un point de vue juridique et éthique, l'autorisation de la méthode ROPA (réception des ovocytes de la partenaire) en France**

**Recommandation 11 : Instruire l'évolution de la limitation de naissances par donneur d'un nombre d'enfants à un nombre de fratries**

**Recommandation 12 : Instruire d'un point de vue juridique et éthique, la mise en œuvre d'un dépistage génétique systématique des donneurs**

## 3.6. Prendre en compte les spécificités du don d'ovocytes et d'embryons

Les demandes de don d'ovocytes sont bien moins nombreuses, sans commune mesure avec celles de don de spermatozoïdes mais il faut rappeler que le don d'ovocytes est plus lourd pour la donneuse et plus chronophage pour les équipes que le don de spermatozoïdes et qu'une meilleure application du principe de neutralité financière, plus juste, pourrait être atteinte pour tenir compte des frais réels engagés par les femmes.

L'ouverture plus large des centres à l'autoconservation ovocytaire pourrait, à terme, contribuer à la constitution d'un pool d'ovocytes susceptibles d'être orientés vers le don (don secondaire) dans les conditions prévues par le cadre applicable. Les centres devront pouvoir organiser cette activité directement ou par convention.

L'accueil d'embryon est une activité encore plus rare car le développement de la culture embryonnaire au stade blastocyste a beaucoup diminué le nombre d'embryons congelés, donc le nombre d'embryons susceptibles d'être donnés. En France, 273 embryons ont été transférés dans le cadre de l'accueil d'embryons permettant la naissance de 21 enfants alors qu'au 31 décembre 2023 la France comptait 8 571 embryons conservés et destinés spécifiquement à l'accueil (pour 3132 couples). Le stockage et le suivi de ces embryons sont gérés à travers seulement 20 centres en France.

Il faut simplifier le parcours des donneurs d'embryons et pour ce faire, toutes les démarches devraient être effectuées dans le centre où ils ont fait leur AMP. Si ce centre ne souhaite pas faire lui-même l'activité de don, il transmettrait au centre autorisé le dossier complet et les embryons évitant ainsi tout déplacement au couple donneur ou en télémédecine.

Un réel choix éclairé doit être donné aux candidats entre l'accueil d'embryon et le double don de gamètes en leur présentant d'emblée les deux options.

**Recommandation 13 : Anticiper l'articulation entre le développement de l'autoconservation ovocytaire et les éventuelles possibilités de don secondaire, en définissant les conditions d'organisation et de conventionnement.**

**Recommandation 14 : Simplifier le parcours des couples susceptibles de donner leurs embryons en permettant que les démarches soient conduites dans leur centre d'AMP d'origine, avec transmission sécurisée du dossier et des embryons si nécessaire.**

## 3.7. Simplifier les parcours des donneurs, les accompagner et mieux les reconnaitre

Le parcours des donneurs et surtout des donneuses s'apparente souvent à un parcours du combattant. Au-delà de la logistique médicale, ils traversent des épreuves physiques, émotionnelles et psychologiques profondes.

Le don d'ovocytes notamment impose des contraintes corporelles majeures. Les injections quotidiennes d'hormones provoquent fréquemment de la fatigue, une forte irritabilité, des ballonnements et des douleurs pelviennes (similaires à un syndrome prémenstruel sévère). Réalisée sous anesthésie (générale légère ou locale), l'intervention chirurgicale pour prélever les ovocytes engendre un stress physique et des douleurs au réveil. Bien que rares- environ 0,5 %, les risques de complications comme l'hyperstimulation ovarienne existent.

Pour les donneurs de spermatozoïdes, la charge est nettement moins importante. Le protocole impose des périodes d'abstinence sexuelle stricte de quelques jours avant chaque recueil, ce qui interfère directement avec leur vie privée.

Donner ses gamètes demande par ailleurs un investissement en temps considérable. Il faut enchaîner les prises de sang, les échographies de contrôle (parfois tous les deux jours pour les femmes), les entretiens psychologiques et les examens génétiques. Concilier ces examens médicaux stricts avec des horaires de travail classiques s'avère très stressant, même si la loi prévoit des autorisations d'absence.

Enfin donner ses gamètes n'est pas anodin : pour l'homme comme pour la femme, il faut cheminer avec l'idée que des enfants vont naître avec leur patrimoine génétique et expliquer cette démarche à son propre conjoint ou à ses enfants peut susciter des incompréhensions ou des tensions familiales.

De nombreux témoignages de donneurs pointent du doigt un suivi "froid" ou très clinique. Une fois le don effectué, les donneurs expriment parfois un sentiment de solitude ou de "vide", regrettant l'absence d'un suivi psychologique post-don structuré pour les aider à tourner la page. Le don étant par ailleurs strictement gratuit et anonyme en France, le donneur ne s'appuie que sur son altruisme.

Pour faire face à la demande croissante et motiver des donneurs et donneuses supplémentaires, il est donc nécessaire de mieux les accompagner.

Cela passe d'abord par des mesures d'organisation : regrouper les consultations sur un lieu et en un même temps, développer les usages pertinents de la téléconsultation élargir les horaires, notamment le samedi, dématérialiser les démarches et d'améliorer l'information dès l'entrée dans le parcours. La collaboration entre centres doit également être développée.

Comme pour les receveurs, il y a également lieu de disposer de postes de coordinateurs des parcours de don dans les centres et de proposer à tous les donneurs un accompagnement psychologique.

Enfin, si le don est gratuit, il est nécessaire d'identifier, de compenser et de sécuriser les frais réels et contraintes liés au don : transport, garde d'enfants, perte de revenu, temps mobilisé et notamment pour les donneuses dont le parcours est médicalement plus lourd.

**Recommandation 15 : Simplifier l'organisation des dons et le parcours des donneurs et donneuses**

**Recommandation 16 : Prévoir des postes dédiés à l'accompagnement des donneurs et donneuses et, à l'instar des receveurs, des postes de coordonnateurs de parcours dédiés aux parcours de don**

**Recommandation 17 : Instruire les modalités d'une compensation des frais et contraintes réellement supportés, compatible avec le principe français de non-marchandisation en particulier pour le don d'ovocytes, après expertise juridique et éthique.**

## 3.8. Organiser une communication nationale et territoriale sur le don de gamètes

Pour faire face à la demande croissante, la communication sur le don de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) est une nécessité de santé publique majeure en France. Elle répond à des enjeux d'éthique, de démographie médicale et d'égalité d'accès aux soins, particulièrement renforcés depuis la loi de bioéthique de 2021.

Beaucoup de citoyens ignorent qui peut donner (hommes et femmes majeurs, sous conditions d'âge), comment se déroule le parcours (examens, prélèvements) et quel en est le cadre légal. Communiquer aide par ailleurs à normaliser le recours à l'AMP avec tiers donneur et à valoriser l'acte citoyen bénévole, gratuit et solidaire que représente le don de sperme ou d'ovocytes.

Le Comité de pilotage propose des axes de communication : organisation d'une journée nationale dédiée au don de gamètes et d'accueil d'embryon, campagnes territorialisées notamment dans les Outremers et dans les territoires présentant des besoins spécifiques (notamment phénotypiques) pour compléter les campagnes nationales existantes et être adaptées aux publics et aux contextes locaux.

Il est recommandé de renforcer les campagnes nationales et territoriales de recrutement, en associant les acteurs locaux et les associations et en évaluant leur impact.

Les associations et patients experts peuvent contribuer à l'information, à l'évaluation de la satisfaction et à l'accompagnement des futurs parents. Le COPIL propose de systématiser leur présence dans les centres, de les associer aux supports nationaux et de proposer des espaces d'échanges entre personnes concernées dans un cadre garantissant leur pluralité et leur complémentarité avec les professionnels

**Recommandation 18 : Organiser une journée nationale du don de gamètes et d'accueil d'embryons**

**Recommandation 19 : Promouvoir des campagnes locales adaptées aux territoires**

# 4. SECURISER L'ACTIVITE D'AMP DANS LES CENTRES VIA LE DIMENSIONNEMENT NECESSAIRES DES RESSOURCES

Malgré les MIG évolutives qui ont accompagné la loi de bioéthique, les centres d'AMP et laboratoires de biologie médicale, connaissent des difficultés d'équilibre économique au regard des coûts spécifiques liés à l'environnement technique, aux équipements, aux personnels et à la continuité d'activité.

## 4.1. Réaliser des audits médico-économiques des centres existants pour évaluer leurs besoins au regard de l'augmentation de leur activité

Le Comité de pilotage recommande la réalisation d'audits médico-économiques homogènes de chaque centre déjà autorisé, en s'appuyant notamment sur les travaux conjoints de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et de l'ABM, permettant de conforter leur activité en identifiant leurs difficultés potentielles et les moyens d'y remédier avec notamment une attention à porter aux moyens dont ils disposent au regard de leurs missions.

Cet audit sera également capital pour accompagner et dimensionner l'ouverture des activités à tous les centres publics et privés.

**Recommandation 20 : Conduire un audit de chaque centre déjà autorisé permettant notamment d'identifier les moyens nécessaires à l'exercice de leurs missions et d'examiner les modalités d'un financement pérenne des renforts identifiés, notamment par MIG, crédits ARS ciblés ou forfait dédié à l'activité d'AMP et de don.**

## 4.2. De nouveaux modes de financement à instruire pour l'autoconservation ovocytaire

L'autoconservation d'indication non médicale se distingue de la préservation médicale par son contexte et par ses modalités de financement. Les travaux soulignent la nécessité de clarifier la participation financière des personnes concernées ainsi que les conditions tarifaires, notamment dans le secteur privé, sans créer de confusion avec la prise en charge des indications médicales.

Le comité de pilotage recommande une participation financière supplémentaire à celle déjà prévue annuellement pour l'autoconservation ovocytaire des femmes dans le secteur public et dans le secteur libéral et donc de supprimer l'exonération du ticket modérateur des patientes. Le comité de pilotage propose également d'ouvrir la possibilité au secteur libéral de facturer un dépassement d'honoraires sur cette activité clinique, comme cela est autorisé pour le reste des activités cliniques d'AMP. En complément, une revalorisation du forfait de conservation des ovocytes vitrifiés (stockage en azote, banking), annuellement à la charge de la patiente, est par ailleurs indispensable.

**Recommandation 21 : Poursuivre l'instruction des modalités de participation financière et des conditions tarifaires de l'autoconservation d'indication non médicale, en distinguant clairement cette activité de la fertilité médicale.**

## 4.3. Réviser la nomenclature de l'activité d'AMP

L'AMP est une activité biologique de haute technicité reposant sur une forte expertise humaine, et avec des contraintes techniques, réglementaires, et de sécurité, spécifiques et de plus en plus prégnantes (COFRAC, entrée en application du règlement européen relatif aux substances d'origine humaine (dit « règlement SoHO » le 7 aout 2027). Ces caractéristiques génèrent des coûts de production importants, qui ne sont aujourd'hui pas suffisamment pris en compte dans la valorisation des actes.

Cette sous-valorisation limite aussi la capacité des laboratoires à investir dans les équipements nécessaires à l'évolution de l'activité, qu'il s'agisse de nouvelles technologies (notamment incubateurs time-lapse) ou des dispositifs nécessaires à la sécurisation des parcours, comme l'identitovigilance.

De même, les plateformes de cryobiologie sont coûteuses en installation, en sécurité (contraintes règlementaires), maintenance et gestion (métrologie, astreintes médicales de surveillance 24h :24, alimentation en azote liquide).

Les financements MIG AMP ont intégré les évolutions de la loi de bioéthique de 2021 avec la création de nouveaux compartiments correspondant aux nouveaux parcours de soin. Ces financements sont attribués aux établissements en fonction d'un niveau d'activité sur ces différents compartiments. Les équipes ont augmenté leur niveau d'activité (en particulier en don), avec une enveloppe MIG qui a ainsi augmenté de façon parallèle et proportionnelle, avec des utilisations hétérogènes d'un centre à l'autre. Les financements MIG sont indispensables au fonctionnement des structures. Cependant, et malgré l'accompagnement indispensable en MIG destiné à compenser les surcoûts liés aux activités d'AMP, les analyses en comptabilité analytique ne parviennent pas à un équilibre financier.

**Une réflexion sur la revalorisation des actes biologiques d'AMP est aujourd'hui indispensable et urgente.**

L'activité biologique d'AMP est en effet une discipline thérapeutique non automatisable à ce jour et ne présentant pas de possibilité d'économie d'échelle à l'exemple des plateformes de biologie générale ou spécialisée. Elle nécessite une nomenclature spécifique non indexée au B par ailleurs en baisse depuis février 2023. Une attention particulière est portée aux actes réalisés en salle blanche ou dans des zones classées. Le comité de pilotage propose la mise en place d'un « forfait salle blanche **»,** sur le modèle de la radiologie interventionnelle, afin de prendre en compte les coûts spécifiques liés à ces environnements.

D'ores et déjà des propositions de revalorisations sont portées par les Biologistes des laboratoires d'étude de la fécondation et de la conservation de l'œuf (BLEFCO) pour l'équilibre financier du système :

- **La revalorisation des actes biologiques proposée** est basée sur la prise en compte de l'inflation depuis 1999 (+50 à 55%) et sur la baisse du B de -14%. Conformément aux préconisations du rapport IGAS IGF sur la biologie médicale, publié le 15 juillet 2025, **l'AMP doit faire l'objet d'un effort financier spécifique, distinct de la régulation du secteur de la biologie médicale dans son ensemble**.

**Actes AMP à visée thérapeutique**

| | | B | Remarques | BLEFCO |
|---|---|---|---|---|
| **0059** | Prépa IIU | 200 | | **+70%** |
| **0060** | FIV | 1550 | Baisse depuis 99 | **+70%** |
| **0061** | ICSI | 2500 | Baisse depuis 99 | **+70%** |
| **0062** | Prépa des spz biopsie testiculaire | 500 | | **+70%** |

**Actes impliquant la congélation et cryoconservation**

| | | | | BLEFCO |
|---|---|---|---|---|
| **0082** | Vitri embryonnaire | 1150 | Récent 2019 | **+25%** |
| **0083** | Réchauffement embR | 410 | Récent 2019 | **+25%** |
| **0064** | Cryoconservation embR | 150 | | **+100%** |
| **0084** | Vitri ovocytaire | 1250 | Récent 2019 | **+25%** |
| **0085** | Réchauffement ovo | 505 | Récent 2019 | **+25%** |
| **0086** | Cryoconservation ovo | 150 | | **+100%** |
| **0065** | Congélation sperme | 350 | | **+70%** |
| **0066** | Cryoconservation sper | 150 | | **+100%** |
| **0067** | Cong Spz Chir BT | 350 | | **+70%** |
| **0068** | Cryoconservation Spz | 150 | | **+100%** |
| **0054** | Congélation embR | 350 | tech cong lente | Suppr |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **0063** | Décongélation embR | 150 | tech cong lente | Suppr |

**Actes de Spermiologie**

| | | | | BLEFCO |
|---|---|---|---|---|
| **0070** | Spermogramme et CytoG | 110 | | **+70%** |
| **0071** | Hühner | 45 | | **suppr** |
| **0072** | Biochimie Sperme | 175 | Cerba Biomnis | |
| **0073** | Explo fonction epididymR | 85 | Cerba Biomnis | |
| **0074** | Etude Ejac fractionné | 130 | | **suppr** |
| **0075** | TMS | 120 | | **+70%** |
| **0076** | Recherche Ac fixé Spz | 50 | | **+70%** |
| **0077** | Recherche indirecte Ac | 280 | | **+70%** |
| **0078** | Test croisé | 120 | | **suppr** |
| **0079** | Recherche immunisation | 280 | | **suppr** |
| **0080** | ERET | 110 | | **+70%** |
| **0081** | Bleu d'aniline | 50 | | |

Un échange entre les différentes parties prenantes a permis d'aboutir à un consensus sur un processus de révision tarifaire de certains actes inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) relatifs à l'AMP.

**Ce consensus entre les différentes parties est détaillé ci-dessous, soutenu par le COPIL** :

Code 59 (Préparation des spermatozoïdes en vue d'IIU) : +67b
Ex : code 59 actuellement B 200 avec une proposition +67 donc B 267
Code 70 (Spermogramme et spermocytogramme) : +36b
Code 71 (TPC ou test de Huhner) : -45b
Code 72 (Exploration biochimique de la fonction protato-vésiculaire) : -55b
Code 73 (Exploration de la fonction épididymaire) : -30b
Code 74 (Etude de l'éjaculat fractionné) : -130b
Code 75 (Test de migration-survie des spermatozoïdes) : +33b
Code 78 (Pénétration du mucus cervical : test croisé) : -120b
Code 59 (Préparation des spermatozoïdes en vue d'IIU) : +67b
Code 60 (Fécondation in vitro sans micromanipulation-FIV) : +225b
Code 61 (Fécondation in vitro par micromanipulation-ICSI) : +417b
Code 62 (Préparation des spermatozoïdes obtenus par ponction ou biopsie en vue ICSI) : +100b
Code 82 (Vitrification d'embryon(s)) : +192b
Code 83 (Réchauffement d'embryon(s)) : +102b
Code 64 (Cryoconservation d'embryon(s) par cycle et par année) : +50b
Code 84 (Vitrification d'ovocyte(s)) : +208b
Code 85 (Réchauffement d'ovocyte(s) : +85b
Code 86 (Cryoconservation des ovocyte(s)) : +50b
Code 65 (Congélation de sperme-par éjaculat) : +50b

Code 66 (Cryoconservation de sperme – par patient, par année) : +50b
Code 67 (Congélation de spermatozoïdes prélevés chirurgicalement) : +50b
Code 68 (Cryoconservation de spermatozoïdes – par patient, par année) : +50b
Une actualisation de l'intitulé des actes calquée sur l'évolution de nos pratiques visant à identifier chaque partie du processus de fécondation *in vitro* à mener avec la caisse nationale d'assurance maladie

**Une actualisation de l'intitulé des actes** calquée sur l'évolution de nos pratiques visant à identifier chaque partie du processus de fécondation in vitro à mener avec la caisse nationale d'assurance maladie), en priorité :

- **Création d'un acte « Ponction »** indépendamment des actes biologiques de FIV et ICSI, pour une valorisation lors de vitrification ovocytaire ;
- **Création d'un acte « Transfert ».**

Le financement des actes innovants est également à considérer. L'évolution des actes « stocks » inscrits sur les listes RIHN et de la Liste complémentaire (LC), dans le contexte de la réforme des actes innovants hors nomenclature (AIHN), inquiète du fait des décotes annuelles prévues et des contraintes du processus d'enregistrement auprès de la HAS. La liste des actes hors nomenclatures (LAHN) inscrits à titre dérogatoire conformément à l'article 2 du décret n° 2024-290 du 29 mars 2024 relatif aux conditions de prise en charge des actes innovants de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclatures comprend en effet des actes indispensables au fonctionnement des laboratoires d'AMP en contexte de préservation de fertilité médicale, de diagnostic ou de prise en charge d'une infertilité : maturation *in vitro* des ovocytes, congélation de tissu testiculaire, prélèvement de globules polaires ou blastomères en vue de diagnostic préconceptionnel (DPC) ou de diagnostic préimplantatoire (DPI), IMSI et test pré-IMSI, décongélation de tissus germinaux, congélation de tissu ovarien, fixation des globules polaires ou blastomères en vue de DPC ou DPI, suivi continu des embryons "système time-lapse" et étude de la qualité du noyau du spermatozoïde.

Se pose également la question du financement des actes « nouveaux » ou « innovants » si la prochaine loi de Bioéthique autorise le DPI-A par exemple, ou avec le développement de nouveaux outils innovants issus de l'IA ou de la robotisation/automatisation.

**Recommandation 22 : Diligenter l'instruction des évolutions de nomenclature et de revalorisation d'actes, en objectivant leur coût et leurs effets sur l'équilibre des activités**

**Les consultations par les biologistes médicaux en AMP** sont indispensables au parcours de soins en AMP.

Dans la suite du blocage de la facturation par la CNAM au 28/02/26 des consultations réalisées par les médecins biologistes, un groupement de professionnels de santé s'est constitué afin de s'assurer

- de la pérennité de la levée du blocage pour la facturation des consultations par les médecins biologistes dans les centres hospitaliers (mais situation non réglée pour les médecins biologiste dans les laboratoires privés)

- de la possibilité de mise en œuvre de consultation par les biologistes médicaux pharmaciens

Un rapport de la mission ministérielle sur ce sujet a été produit pour les Pr Damien Bouvier et JL Beaudeux, détaillant les missions des biologistes médicaux en AMP, médecins ou pharmaciens, et soutenant leur implication dans les différents parcours de soins en AMP.

**Recommandation 23 : Clarifier les règles de facturation applicables aux consultations de médecins biologistes dans les différents secteurs et sécuriser leur mise en œuvre. Ouvrir à la consultation par les biologistes médicaux pharmaciens**

## 5. REPENSER LE PARCOURS DE SOINS

L'infertilité concerne une personne sur six au cours de la vie reproductive et représente un enjeu médical, psychologique, sociétal et organisationnel majeur. Plus de 164 000 tentatives d'AMP ont été réalisées en France en 2023, dans 106 centres clinico-biologiques à parité public/privé. Du fait d'une couverture financière favorable par l'Assurance Maladie, jusqu'à six inséminations et quatre tentatives de FIV peuvent être prises en charge à 100 % par projet parental.

Cette prise en charge repose sur un parcours souvent long, fragmenté entre plusieurs professionnels et plusieurs structures, et émotionnellement éprouvant. Les patients peuvent être amenés à répéter des examens déjà réalisés, à rechercher eux-mêmes les interlocuteurs pertinents, à attendre plusieurs mois avant d'obtenir un premier rendez-vous spécialisé ou à ne pas disposer d'une visibilité suffisante sur les étapes qui les attendent.

Dans ce contexte, repenser le parcours de soins des couples infertiles et des femmes en désir de maternité apparaît comme une nécessité afin d'améliorer à la fois l'efficience du système de santé, l'équité territoriale et l'expérience vécue par les patients. L'amélioration de l'accès à la prise en charge de l'infertilité ne repose pas uniquement sur l'augmentation des capacités médicales et biologiques. Elle suppose de revoir l'organisation du parcours proposé aux personnes confrontées à une difficulté de fertilité.

La simplification et la fluidification du parcours de soins peut se faire à plusieurs étapes et sur différents niveaux : orientation, information, diagnostic, coordination, éducation thérapeutique, personnalisation de la prise en charge et des traitements, intégration du mode de vie et de l'environnement (par exemple au travers des plateformes PREVENIR), et suivi émotionnel. L'enjeu principal est de fluidifier les parcours, donc de réduire le

temps d'attente, les retards de diagnostic, l'errance médicale et la charge mentale, tout en améliorant la prise en charge médicale en France et en réduisant les prises en charges financées à l'étranger (3 539 prises en charge financées à l'étranger en 2024, soit +29 % en 2 ans).

L'objectif est de construire un parcours coordonné, lisible et gradué, dans lequel chaque personne sait à qui s'adresser, pourquoi les examens sont réalisés, quelles sont les prochaines étapes et dans quels délais elles peuvent intervenir. Cette évolution ne peut pas se limiter à une amélioration organisationnelle du parcours. Elle suppose de reconnaître que les personnes concernées sont non seulement des bénéficiaires de soins, mais aussi des partenaires dans le parcours médical.

L'ensemble des propositions du comité de pilotage conduit à faire évoluer la conception du parcours de fertilité. Il ne s'agit plus seulement de permettre l'accès à une succession d'actes médicaux, mais de garantir une continuité de prise en charge, depuis le premier contact jusqu'à l'issue du parcours.

Cette évolution repose sur quelques principes simples : un accès suffisamment précoce, un interlocuteur identifié, des délais mesurés, des informations accessibles, une coordination effective entre les professionnels, la possibilité de réaliser une partie du suivi au plus près du domicile et un accompagnement psychologique adapté.

Elle suppose également de reconnaître que la qualité du parcours constitue un résultat en soi. Un système performant ne doit pas seulement produire des actes et des naissances : il doit permettre aux personnes de comprendre leur parcours, de participer aux décisions qui les concernent et d'être accompagnées dans les périodes d'incertitude ou d'échec.

## 5.1. Une orientation rapide par les professionnels de santé de premier recours

Une partie des difficultés et dysfonctionnements actuels découle **d'un diagnostic souvent tardif.** Il est indispensable de réduire le nombre de femmes qui consultent après plusieurs années d'errance diagnostique ou d'aléas thérapeutiques.

Le parcours d'un couple infertile, des femmes en couples et non mariées, débute généralement en médecine de ville (médecin traitant, gynécologue ou sage-femme) avant d'être orienté vers un spécialiste ou un centre clinico-biologique d'AMP. Si, pour certains, le parcours est simple, du gynécologue de ville au centre d'AMP, pour d'autres cette orientation implique de multiples intervenants successifs en fonction de l'indication et du contexte, sage-femme, médecin généraliste, gynécologue/endocrinologue, médecin de la reproduction, biologiste médical, radiologue, psychologue, et parfois urologue. Cette multiplicité d'acteurs souvent non coordonnés entraîne des délais d'attente prolongés voire des retards au diagnostic avec une perte de chance et, une perte /

dilution d'informations entre professionnels, des examens complémentaires redondants et une difficulté pour les couples ou les femmes seules à comprendre les différentes étapes du parcours.

Les travaux du comité mettent clairement en exergue que l'articulation entre les professionnels de ville et les centres d'AMP est insuffisamment structurée. Certaines personnes sont adressées trop tardivement, tandis que d'autres arrivent sans disposer des examens permettant d'engager rapidement la prise en charge. La médecine de ville doit pouvoir identifier les situations nécessitant une exploration, réaliser le premier bilan dans un cadre partagé et orienter rapidement les personnes pour lesquelles une prise en charge spécialisée est nécessaire.

L'amélioration du parcours passe donc par le rappel à tous les professionnels de santé des bonnes pratiques de prise en charge des couples après 1 an de difficulté à concevoir avant 35 ans, après 6 mois au-delà de 35 ans ou même d'emblée en cas de signes évocateurs, afin de ne pas retarder la prise en charge. A cet égard, les recommandations HAS et de sociétés savantes en fertilité et santé préconceptionnelle seront à diffuser au plus large public de professionnels de santé (cf. recommandation)

Elle passe également par **l'orientation rapide** réalisée par le premier professionnel de santé consulté, gynécologue ou médecin généraliste ou sage-femme vers un médecin spécialiste en reproduction.

Le comité de pilotage recommande (cf. la fiche bilan d'infertilité à l'attention des professionnels) **un adressage direct en centre spécialisé clinico-biologique d'AMP** par le premier intervenant pour éviter de multiplier les intervenants, de retarder le diagnostic et d'allonger les délais de prise en charge en cas d'anomalie du bilan initial de la femme ou de l'homme, en présence de signes d'appel chez la femme (aménorrhée, cycles de longueur inférieure à 25 jours ou supérieure à 35 jours, âge> 35 ans, antécédents de troubles du comportement alimentaire, situation d'obésité , antécédents de chirurgie ovarienne ou de traitement à risque gonadotoxique ainsi qu'en cas d'antécédents familiaux évocateurs d'insuffisance ovarienne prématurée) ou chez l'homme .

Complémentairement aux recommandations élaborées par la Haute Autorité de Santé - Santé sexuelle et reproductive : Volet 1. Fertilité et santé globale - Volet 2. Infertilité : Exploration en 1ère intention, le Comité de pilotage a élaboré une fiche récapitulant les examens à conduire chez la femme et chez l'homme afin de guider les professionnels de santé de premier recours dans la conduite de ce bilan ***(fiche en annexe 4).***

Les centres doivent, en retour, pouvoir transmettre au professionnel de ville les éléments utiles à la poursuite de la prise en charge lorsque celle-ci peut être réalisée à proximité du domicile.

**Recommandation 24 : Assurer une large diffusion aux professionnels de santé de premier recours des recommandations de la HAS sur la prise en charge des individus infertiles et les recommandations des sociétés savantes**

**Recommandation 25 : Appliquer un adressage précoce en centre AMP adapté selon l'âge et le contexte d'infertilité**

**Recommandation 26 : Engager une réflexion sur le développement de réseaux territoriaux associant professionnels de ville, centres d'AMP et spécialistes en reproduction et autres acteurs concernés**

Par ailleurs, le comité de pilotage recommande de **renforcer les structures d'accueil et de rendez-vous** (AMA/secrétariat) des centres d'AMP car ces professionnels ont un rôle majeur pour initier, faciliter le parcours de soin des femmes et des couples et organiser les rendez-vous.

## 5.2. Réduire les délais qui jalonnent le parcours dans les centres

La question des délais doit être appréhendée de manière globale. Le délai pertinent comprend le temps avant la première consultation spécialisée, le bilan, l'attente avant la première tentative, les délais entre deux tentatives et les périodes pendant lesquelles le parcours peut rester sans interlocuteur ou sans étape clairement identifiée.

### 5.2.1. Identifier un coordonnateur de parcours

La coordination apparait comme un axe prioritaire pour fluidifier les différentes étapes du parcours, en particulier dans certaines indications ou situations impliquant plusieurs intervenants (parcours de don, de préservation de fertilité médicale ou autoconservation ovocytaire sociétale, risque viral entre autres).

**Un coordinateur de parcours, facilitateur,** au sein de chaque centre serait utile afin d'assurer une mission de simplification des accès, d'interconnexion entre professionnels de santé, et entre patients et professionnels de santé ainsi qu'avec les organismes administratifs. La fiche de poste de ce nouvel acteur du parcours de soin devra être précisée et adaptée selon les caractéristiques de chaque centre et leurs activités et besoins, de même que le profil des candidats à cette fonction (par exemple sage-femme, ingénieur, assistant médico-administratif (AMA), patient-expert…).

**Recommandation 27 : identifier dans chaque centre un professionnel chargé de la coordination du parcours et définir un socle commun de missions et de responsabilités.**

### 5.2.2. Un parcours organisé autour des besoins de la personne

Le succès de la prise en charge repose sur une stratégie personnalisée offerte le plus tôt possible dans le parcours pour maximiser les chances dès le 1er cycle avec une prise en

charge adaptée selon différents critères (âge, réserve ovarienne, étiologie), priorisée avec recours rapide à la FIV en fonction de l'âge et/ ou facteurs d'infertilité, associée à une optimisation de stimulation hormonale personnalisée selon la réserve ovarienne et le poids. Cette personnalisation concerne également le partenaire en cas d'altération sévère du spermogramme si un traitement médicamenteux est indiqué ou en cas d'indication chirurgicale (biopsie testiculaire par exemple). Un diagnostic génétique (médecine génomique) pourra être proposé au plus tôt selon les indications et le circuit préconisés par la fédération française de génétique humaine, dans le respect des recommandations de la filière FIRENDO, en particulier en contexte d'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) ou de trouble sévère de la spermatogénèse ***(cf annexe 4)***

Les chances de grossesse peuvent être accrues en proposant une prise en charge holistique des patients intégrant des facteurs actionnables modifiables comme l'optimisation de l'environnement et du mode de vie après leur évaluation, arrêt du tabac et autres toxiques, optimisation du poids, rééquilibrage nutritionnel avec ou sans supplémentation vitaminique. Cette prise en charge multidisciplinaire globale permettra non seulement d'améliorer la santé des patients, mais également la qualité de leurs gamètes et la santé de leurs futurs enfants (Developmental Origin of Health and Disease DOHAD, Paternal Origin of Health and Disease POHAD). A l'exemple des maladies chroniques, la mise en place d'une éducation thérapeutique individualisée ou collective est à proposer afin de mieux appréhender la complexité des traitements à suivre et la suite de la démarche en AMP ainsi que l'impact des modes de vie et l'environnement. A cet égard, **les plateformes PREVENIR** (PREVention Environnement Reproduction) sont à généraliser afin de favoriser leur accessibilité.

Les chances d'implantation peuvent être également améliorées en optimisant les conditions de culture embryonnaire : culture embryonnaire prolongée (blastocyste) avec une meilleure caractérisation des embryons permettant une sélection embryonnaire optimisée pour transférer le plus vite possible l'embryon ayant le meilleur potentiel implantatoire et réduire le risque de fausse couche. Ceci sous-entend l'accès à des techniques telles que l'observation en continu du développement embryonnaire (time lapse) ou la mise à disposition d'examens spécifiques comme l'évaluation du nombre de chromosomes par le diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies embryonnaires (DPI-A actuellement interdit en France nécessitant une révision législative) (***cf annexe 5)*** .

Afin de mieux accompagner les personnes en désir d'enfants, d'éviter les pertes de chances, et l'épuisement, une modernisation, optimisation et fluidification des organisations est indispensable dans l'objectif de proposer une organisation au service des patients et des professionnels visant à assurer la meilleure prise en charge possible et les meilleures chances de succès en AMP (plus d'efficience au service des projets parentaux). Elle repose entre autres sur une meilleure planification des cycles et une anticipation des examens complémentaires, un enchainement rapide des tentatives, une

coordination cliniciens-biologistes. Le lien avec la médecine de ville est à développer pour assurer le suivi des patients entre les tentatives et après la fin des cycles d'AMP.

### 5.2.3. Des indicateurs nationaux de suivi des délais

Le comité de pilotage considère que ces différents délais doivent être mesurés et suivis par type de parcours, avec et sans don, et propose des indicateurs portant notamment sur le premier contact, le premier rendez-vous spécialisé, la première tentative, les délais entre tentatives, la durée globale du parcours et le taux de rupture ou d'abandon.

- Délai entre le contact avec le centre et l'obtention du 1er RDV puis de la 1ère tentative.
- Taux de grossesse par cycle
- Délai inter-tentatives
- Taux d'abandon avec analyse qualitative sur un échantillon

La publication de ces indicateurs permettrait d'objectiver les disparités entre territoires et structures et de disposer d'un outil de pilotage national.

**Recommandation 28 : Mettre en place un suivi national des principaux délais du parcours de fertilité par type de parcours et intégrer ces indicateurs au pilotage des centres dans le cadre du Plan fertilité.**

## 5.3. Mieux prendre en compte les situations de vulnérabilité

Le parcours doit pouvoir s'adapter aux situations particulières des personnes prises en charge. Les personnes en situation de handicap, atteintes d'une maladie chronique, ayant des antécédents de cancer ou présentant une vulnérabilité sociale peuvent nécessiter une organisation spécifique et une coordination renforcée.

Ces situations ne doivent pas conduire à des ruptures de parcours ou à des délais supplémentaires qui pourraient être évités. Une prise en charge pluridisciplinaire doit pouvoir être mobilisée lorsque cela est nécessaire.

L'accessibilité des locaux, des équipements, de l'information et des consultations doit également être prise en compte dans l'organisation des centres.

S'agissant d**es patients en situation de handicap,** une prise en charge pluridisciplinaire en relation étroite avec le médecin spécialiste en charge du handicap doit être proposée.

De même, une attention particulière est à porter **aux patients en situation de vulnérabilité** (pathologies chroniques, cancers, vulnérabilité sociale) pour lesquels une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est requise (psychologue, assistante sociale par exemple).

**Recommandation 29 : Documenter les inégalités d'accès et intégrer les besoins des personnes en situation de handicap ou de vulnérabilité pour adapter les conditions d'accueil et de prise en charge.**

## 5.4. Proposer un soutien psychologique dès l'entrée dans le parcours

Le but de toute AMP est prioritairement pour les médecins comme pour les patients d'obtenir rapidement une grossesse suivie de la naissance d'un enfant en bonne santé. Néanmoins, le vécu des patients doit être pris en compte. Les échecs, surtout s'ils se répètent, entrainent chez certains couples ou femmes, anxiété et dépression, sentiment d'échec, isolement social, tensions conjugales, épuisement émotionnel et troubles somatiques. Aujourd'hui, la présence de psychologues n'est pas obligatoire dans un centre d'AMP et l'accès à un entretien avec un psychologue n'est pas systématiquement proposé et/ou se révèle souvent difficile du fait d'un temps de psychologue disponible trop restreint en regard du nombre de patients pris en charge.

La dimension psychologique de l'infertilité doit être considérée comme une composante du parcours de soins et non comme une intervention uniquement proposée en cas de difficulté majeure.

Le parcours d'infertilité engage un véritable travail du sujet : apprendre à comprendre les examens, interpréter des informations complexes, ajuster son activité professionnelle, faire face à l'échec, préserver le couple ou l'entourage, maintenir un projet de vie malgré l'incertitude. Ce travail invisible doit être reconnu comme partie intégrante du soin.

Le comité de pilotage propose que la possibilité d'un accompagnement psychologique soit présentée systématiquement dès l'entrée dans le parcours et puisse être mobilisée tout au long de celui-ci.

Cet accompagnement pourrait prendre plusieurs formes : consultations individuelles, groupes de parole, actions d'éducation thérapeutique ou interventions spécialisées. Les ressources doivent être proportionnées à l'activité des centres et prendre en compte les dimensions conjugales, sexuelles et sociales de l'infertilité.

**Recommandation 30 : Proposer un accompagnement psychologique dès l'entrée dans le parcours**

## 5.5. Donner aux patients une information claire, continue et personnalisée

La complexité médicale du parcours ne doit pas se traduire par une complexité équivalente pour le patient.

Le taux d'abandon des traitements en AMP (*drop out*) est très élevé, en particulier après un ou plusieurs échecs. Afin de réduire ce taux d'abandon, il est nécessaire de renforcer

l'adhésion et l'expérience patients en offrant une information claire sur les délais de prise en charge, les chances de succès et risques, un accompagnement psychologique précoce et renforcé en cas d'échecs répétés et/ou de grossesse arrêtée et en s'assurant d'une implication active du couple ou de la femme dans la procédure. Ceci requiert un accueil et une organisation adaptée et offrant aux professionnels une qualité de travail permettant d'accueillir et accompagner au mieux ces situations complexes.

Les personnes prises en charge doivent disposer d'une information compréhensible sur les différentes étapes, les examens, les délais prévisibles, les chances de succès, les alternatives thérapeutiques et les conséquences des différentes options.

Cette information doit être délivrée tout au long du parcours et actualisée en fonction des résultats et des choix thérapeutiques. Les travaux du comité mettent en évidence une hétérogénéité de l'information actuellement délivrée.

**Recommandation 31 : Renforcer les outils d'information remis aux patients et améliorer la transparence sur les résultats et les délais, tout en veillant à ce que l'information reste adaptée à chaque situation individuelle.**

## 5.6. Utiliser le numérique au service de la continuité des parcours

Le développement des outils numériques peut contribuer à résoudre une partie des difficultés identifiées, à condition qu'ils soient conçus comme des outils de coordination et non comme des substituts à la relation de soins. Une information structurée spécifiquement pour le parcours de fertilité est nécessaire pour faciliter la transmission des données et éviter la répétition d'examens en intégrant tous les outils disponibles dont l'efficacité a été démontrée.

### 5.6.1. Une utilisation renforcée du DMP et une interopérabilité à construire avec les logiciels métiers des centres

Le dossier médical partagé (DMP) et les outils d'interopérabilité (**applications de suivi, agendas numériques et espaces de stockage partagés)** permettent de rendre accessibles aux professionnels autorisés comme aux patients, les principales informations nécessaires au parcours : antécédents, résultats biologiques, imagerie, traitements et autres éléments pertinents

La place du DMP accessible à tous les assurés sociaux doit être renforcée avec un meilleur accès à ce dossier pour les professionnels de santé, en ville et en milieu hospitalier et la création d'une partie spécifique pour l'infertilité. Il est également nécessaire d'assurer une interopérabilité entre le DMP et les logiciels métiers des centres. Ce dossier numérique unifié (inclus dans le Dossier médical partagé) pourrait agréger : antécédents, spermogrammes, bilans hormonaux, échographies, hystéroscopies, traitements antérieurs, mode de vie…

**Recommandation 34 : Créer et renseigner au sein du DMP une partie spécifique pour l'infertilité avec une interopérabilité entre le DMP et les logiciels métiers des centres**

**Recommandation 35 : Identifier par un numéro unique chaque patiente afin de mieux coordonner les soins et d'éviter les prises en charge multiples**

La télémédecine est capitale pour réduire les inégalités territoriales et la fatigue des patients en limitant certains déplacements inutiles, doit par ailleurs être encouragée, facilitée et valorisée notamment pour le suivi.

### 5.6.2. - Les apports à venir de l'intelligence artificielle en aide au diagnostic, optimisation du parcours de soin et des stratégies thérapeutiques

L'un des grands défis est de proposer la meilleure solution thérapeutique : quelle prise en charge, pour quel couple, et à quel moment.

À plus long terme, les outils d'intelligence artificielle pourraient contribuer à aider à détecter des anomalies, repérer des combinaisons évocatrices (par exemple certains antécédents ou traitements ayant un impact sur l'infertilité), suggérer des examens complémentaires manquants, une évaluation et une optimisa6ion du mode de vie, une personnalisation des traitements hormonaux, une aide au choix de l'embryon à transférer, et générer des synthèses cliniques.

Des modèles peuvent également prédire la détection de modes de vie défavorables, la probabilité de grossesse naturelle, le succès d'une stimulation ovarienne, les chances de réussite d'IAC, la probabilité de succès en FIV/ICSI, le risque d'hyperstimulation et la réserve ovarienne. L'objectif est d'éviter les traitements inutiles, de réduire les échecs répétés et de personnaliser les protocoles.

Ces perspectives doivent toutefois faire l'objet d'une évaluation préalable, compte tenu des enjeux médicaux, éthiques, de protection des données et de responsabilité (***cf. partie 6 Recherche et innovation)***

## 5.7. Faire de l'expérience du patient un indicateur de qualité des soins

La qualité d'un parcours d'infertilité ne peut être appréciée uniquement à partir du nombre de tentatives réalisées ou du taux de grossesse obtenu.

Le vécu des personnes prises en charge constitue également un indicateur de qualité.

Le comité de pilotage considère donc que l'expérience des patients doit être intégrée au pilotage du parcours et que l'évaluation de cette expérience au travers d'outils fiables standardisés est indispensable. Les PROMs (Patient-Reported Outcomes Measures) sont des mesures des résultats des soins rapportées directement par les patients. Les PREMs

(Patient-Reported Experience Measures), quant à eux, mesurent l'expérience vécue par les patients avec le système de santé ou les soins qu'ils ont reçus.

Il convient toutefois d'aller au-delà d'une mesure standardisée de l'expérience. Les PROMs et les PREMs sont indispensables, mais ils ne suffisent pas à saisir les savoirs expérientiels. Des ateliers de retour d'expérience, groupes de pairs, comités patients-centres d'AMP ou séminaires associant les personnes concernées, des professionnels de santé, psychologues, secrétaires et responsables institutionnels permettraient de documenter les moments critiques du parcours.

**Recommandation 34 : Développer et déployer des outils de mesures de la qualité attendue et vécue par les patients en complément des indicateurs de résultats et de délai**

## 5.8. Faire des patients des partenaires du parcours

Les personnes prises en charge disposent d'une expertise propre sur le fonctionnement concret du parcours. Cette expertise doit pouvoir contribuer à son amélioration.

La participation de patients partenaires et d'associations peut notamment intervenir dans la conception des supports d'information, l'évaluation de l'expérience des patients, l'identification des ruptures de parcours et la réflexion sur l'organisation des centres.

Cette participation doit être organisée dans un cadre garantissant la confidentialité, la déontologie et la formation des personnes concernées.

L'intégration aux centres de patients partenaires ou de patients experts formés et/ou des membres des associations de patients serait à cet égard utile. Il ne s'agit pas de substituer les personnes concernées aux professionnels, mais d'introduire dans le parcours une compétence complémentaire : celle de la traduction entre logique médicale, logique administrative et réalité vécue. Ces missions pourraient aider à repérer les ruptures de compréhension, les moments de découragement, les besoins d'orientation et les inégalités d'accès qui ne se voient pas toujours dans les dossiers. La formation de ces patients partenaires devrait reposer sur un cadre universitaire exigeant : élaboration réflexive de l'expérience, compréhension du système de santé, éthique de la confidentialité, limites du rôle, coopération avec les équipes et capacité à transformer un vécu singulier en savoir transmissible.

## 5.9. Permettre l'accès aux informations non identifiantes dès la naissance pour les parents qui le souhaitent

La loi de bioéthique de 2021r reconnaît le droit à toute personne née par AMP avec un tiers donneur, d'accéder à ses origines et à l'identité du donneur à sa majorité.

Lors des débats autour de la loi, plusieurs associations et parents avaient cependant plaidé pour disposer d'un accès précoce aux données non identifiantes du donneur.

Cela permettrait aux parents d'accompagner le récit de l'histoire de l'enfant. Les psychologues recommandent de parler très tôt à l'enfant de son mode de conception (le recours à un don). En disposant de données non identifiantes (caractéristiques physiques du donneur, pays de naissance, motivations, situation professionnelle) dès la naissance, les parents peuvent construire un récit plus riche, concret et serein. Cela évite de faire du don un sujet tabou ou mystérieux durant toute l'enfance.

Un enfant commence à poser des questions sur ses origines bien avant ses 18 ans et disposer de ces éléments permet d'y répondre au moment où les questions émergent.

Même si les informations non identifiantes se concentrent sur le profil général, l'accès à l'état général de santé ou aux antécédents médicaux non nominatifs du donneur, quand ils existent, peuvent de nature à mieux assurer le suivi médical de l'enfant. Cela offre une sécurité face à d'éventuelles prédispositions à des pathologies.

Enfin cela est de nature à atténuer le sentiment d'asymétrie. Disposer de ces données permet de démystifier la figure du tiers donneur, de mettre des mots sur une présence biologique abstraite et de mieux intégrer cette réalité dans l'histoire familiale globale.

Le Comité de pilotage soutient l'instruction d'une évolution législative permettant cet accès.

**Recommandation 35 : Instruire la possibilité pour les parents qui le demandent d'accéder aux données non identifiantes du donneur dès la naissance de l'enfant**

# 6. DEVELOPPER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN FERTILITE

La recherche et l'innovation sont indispensables pour mieux comprendre les causes de l'infertilité, améliorer le diagnostic et développer de nouvelles solutions de prévention, de préservation et de traitement. Le programme SAFE PEPR 2024-2028 a représenté le premier soutien institutionnel spécifiquement identifié dans le champ. Le comité de pilotage propose d'en prolonger la dynamique dans une stratégie de long terme selon plusieurs axes.

Les plus grands progrès viendront probablement de la convergence entre la biologie reproductive, l'intelligence artificielle (IA), la génétique, la robotique de laboratoire de FIV/ICSI, la science des données, et la médecine personnalisée. Le défi n'est plus seulement d'"obtenir une fécondation", mais d'améliorer les taux de naissance vivante, réduire les risques, rendre l'AMP plus accessible partout en France, et mieux comprendre la biologie humaine de la reproduction.

A ce titre, le COPIL préconise l'autorisation de la pratique, dans le cadre du soin, du diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies embryonnaires (DPI-A) en France dans le respect des exigences en termes d'indication et de pratique des deux sociétés savantes internationales (ASRM, ESHRE).

**Recommandation 36 : Instruire les modalités d'autorisation en France de la pratique du diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies embryonnaires (DPI-A) dans le respect des exigences en termes d'indication et de pratique des deux sociétés savantes internationales (ASRM, ESHRE).**

## 6.1. Mieux comprendre les causes et facteur de risque de l'infertilité

Cette recherche devrait aboutir à moins de cycles nécessaires en AMP, moins d'échecs, à plus de prévention, et une meilleure compréhension de la reproduction humaine.

Les priorités de la recherche fondamentale doivent inclure l'impact du vieillissement ovarien et testiculaire, de l'obésité, de l'endométriose et de l'adénomyose, de l'influence de l'environnement sur la fertilité (polluants, perturbateurs endocriniens, microplastiques) et des modes de vie (nutrition, activité physique), le microbiote 'reproductif' et des facteurs immunologiques et génétiques de l'infertilité féminine et masculine. Un intérêt particulier est à porter à l'exposome, à l'exemple de l'oncologie. Encore sous étudié en AMP, l'exposome pourrait être impliqué dans un champ de pathologies allant de l'infertilité inexpliquée à l'émergence dans un second temps de pathologies inflammatoires et/ ou cancéreuses. Les progrès en OMICS et en biologie cellulaire ont permis d'identifier des biomarqueurs permettant de mieux comprendre les mécanismes à l'origine de l'infertilité et de personnaliser la prise en charge adéquate en

parcours d'AMP. Les avancées en termes de médecine génomique (France génomique 2025) ont permis d'explorer les causes génétiques de certaines infertilités féminines et masculines sévères et de nombreuses avancées sont attendues en ce domaine (Annexe 5).

Les études en sciences humaines et sociales (SHS) sont à encourager et soutenir en épidémiologie, en sociologie ou dans le champ médico-économique.

## 6.2. Développer une AMP plus personnalisée

L'innovation tend vers une médecine reproductive de précision, à l'exemple de l'oncologie, basée sur des biomarqueurs génomique associés au machine-learning : par exemple stimulation ovarienne avec l'aide du numérique, sélection embryonnaire optimisée grâce à l'IA et aux algorithmes intégrant les données du diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies (DPI-A), prédiction des chances de succès par IA et optimisation du timing d'implantation grâce au freeze all et aux tests de la réceptivité endométriale. D'autres stratégies innovantes pourraient par ailleurs émerger.

L'objectif est d'améliorer les taux de naissance (et naissance obtenue plus rapidement) tout en réduisant les 75 % d'échecs répétés, les 10 % de grossesses multiples, et la charge physique et mentale qui pèse sur les patientes.

## 6.3. Accélérer et élargir l'usage de l'intelligence artificielle

A moyen terme, l'IA pourra offrir des outils d'aide au diagnostic (par exemple : l'interprétation des spermogrammes) ou d'aide thérapeutique (par exemple l'analyse des embryons en time-lapse).

L'IA pourrait également affiner la prédiction de réponse ovarienne en parcours FIV/ICSI, l'aide à la décision clinique, la détection précoce de risques. Ces outils de machine-learning requièrent des bases de données massives, robustes et harmonisées, par exemple des Entrepôts de données de Santé (EDS) (SNDS), des standards internationaux et une validation clinique robuste. L'intégration au sein des EDS des données cliniques et biologiques des champs de l'infertilité et de l'AMP est un pré requis prioritaire, les limites étant techniques et économiques.

## 6.4. Mieux financer la recherche translationnelle

La recherche sur l'infertilité est un sujet qui touche à l'intime et à la famille. La France a pris un retard important dans le financement de la recherche en fertilité et en AMP. Le problème majeur de cette recherche est souvent le passage des travaux obtenus au laboratoire sur des modèles animaux à l'application clinique. Pour cela, il faut davantage de soutien aux équipes hospitalo-universitaires et de partenariats public-privé, des biobanques nationales, des essais multicentriques en allégeant les cadres règlementaires,

en prévoyant des financements longs sur des programmes spécifiques type PEPR avec le projet SAFE et en développant des infrastructures numériques de données partagées. A l'échelle de l'Europe, il pourrait être utile de se rapprocher d'organismes comme l'ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) qui jouent un rôle central dans la structuration de la recherche européenne.

## 6.5. Homogénéiser et réduire les contraintes réglementaires

L'innovation et la recherche en France sont souvent ralenties, voire empêchées ou bloquées, par des cadres réglementaires complexes et hétérogènes, un accompagnement insuffisant dans le parcours du protocole de recherche depuis sa conception jusqu'au Comité de Protection des Personnes (CPP) avec des équipes des Unités de Recherche Clinique réduites, des délais d'autorisation longs, des restrictions sur certaines recherches sur l'embryon préimplantatoire avec des contraintes plus fortes que celles d'autres pays européens et des difficultés d'accès aux données.

Le défi est de trouver un équilibre entre la rigueur scientifique et méthodologique, la sécurité et la protection des personnes, l'éthique, et la rapidité dans les inclusions, puis-en cas de résultat concluant et innovant, la déclinaison en translationnel dans le soin.

Cela concerne notamment les gamètes artificiels obtenus in vitro à partir des dérivés de cellules souches, les modèles embryonnaires synthétiques, les embryoïdes, la préservation et la restauration de la fertilité.

## 6.6. Renforcer la recherche sur l'infertilité féminine et masculine

La recherche relative à l'infertilité féminine, qu'il s'agisse d'endométriose, de Syndrome Ovarien Métabolique Polyendocrinien d'insuffisance ovarienne ou d'infertilité inexpliquée, est à soutenir. La recherche relative à l'infertilité masculine est probablement l'un des domaines les plus sous-financés. De nouveaux tests fonctionnels spermatiques sont nécessaires pour aller au-delà du spermogramme, une meilleure compréhension de l'ADN spermatique et de ses impacts, un traitement ciblé étiologique plutôt qu'empirique avec le recours systématique à l'ICSI, une prévention des déclins de fertilité masculine par un diagnostic précoce associé à une autoconservation de spermatozoïdes, par exemple.

## 6.7. Développer des technologies de rupture

A moyen /long terme, les innovations les plus prometteuses devraient inclure la maturation *in vitro* des ovocytes ainsi que la spermatogenèse *in vitro*, les gamètes dérivés de cellules souches, l'ovaire artificiel, les organoïdes ovariens et testiculaires ainsi que tubaires et épididymaires ; les thérapies régénératives, l'IA dans le parcours de soins, en particulier en parcours de don de gamètes et d'embryons et l'autoconservation des

gamètes dans une stratégie de prévention de l'infertilité. Certaines restent expérimentales mais pourraient transformer complètement l'AMP dans un avenir proche.

## 6.8. Intégrer davantage les Sciences Humaines et Sociales, les couples infertiles/femmes non mariées et les associations de patients (démocratie sanitaire)

La recherche et l'innovation en santé reproductive ne doit pas être uniquement un catalogue des techniques. Il est nécessaire d'intégrer les sciences humaines et sociales (SHS), réduire le stress et la charge mentale en parcours d'AMP, améliorer l'information, intégrer les critères de qualité de vie, rendre les parcours de soins plus accessibles financièrement, plus humains et bienveillants, développer le suivi psychologique en post partum dont la santé des enfants nés par AMP. Les patients experts sont aujourd'hui très impliqués en recherche et intégrés aux appels à projets nationaux et européens pour lesquels un axe « patient » est très apprécié.

On peut souligner par exemple l'intérêt des études longitudinales sur le désir d'enfant et les variations de ce désir à travers les périodes de la vie car cette problématique est un point important vis-à-vis de la prise en charge de l'infertilité dans le futur.

Il est essentiel également de comprendre la part exacte de l'infertilité dans la chute des naissances et la part des facteurs sociétaux dans le désir tardif d'enfant et la part de l'âge et de l'environnement et d'autres déterminants dans les causes d 'infertilité.

Une recherche médico-économique est à envisager en évaluant, par exemple par des études coût/efficacité, l'impact de la congélation ovocytaire sociétale, l'utilisation et le suivi de l'utilisation à 5 ans, à 10 ans pour avoir des données sur ce type de procédure en France versus l'obtention de naissances.

## 6.9. Favoriser les données ouvertes et les registres internationaux, rôle des entrepôts de santé (EDS) intégrant les données de l'infertilité et de l'AMP cliniques et biologiques

L'AMP produit énormément de données mais elles sont souvent fragmentées. Des registres nationaux et internationaux interopérables permettraient des études plus puissantes, une IA plus fiable et accessible par les acteurs de l'AMP, une meilleure comparaison des protocoles et une surveillance de sécurité à long terme.

La santé des femmes, des hommes et des enfants issus de l'AMP est un sujet crucial. L'ABM a développé avec l'aide du SNDS une cohorte de femmes et d'enfants nés d'AMP. De nombreuses thématiques sont à exploiter. Ce suivi est particulièrement important dans le cadre des AMP des couples de femmes et femmes non mariées. Il est également important de développer des études de suivi à long terme de santé des femmes et des

hommes infertiles ayant bénéficié ou non d'une AMP en raison d'un risque de morbidité et mortalité accru des patients infertiles.

## 6.10. Axes stratégiques particulièrement prometteurs en 2026 au-delà du programme PEPR 'SAFE'

Les domaines actuellement les plus dynamiques sont l'IA appliquée à l'embryon préimplantatoire englobant les données cliniques et biologiques, le vieillissement ovarien, la fertilité masculine, la médecine régénérative, les biomarqueurs non invasifs pour un diagnostic précoce de l'endométriose, l'automatisation et la robotisation des laboratoires IVF/ICSI et les techniques omiques et médecine de précision.

**Sur la base de ces constats, le Comité de pilotage propose une feuille de route en fertilité 2026-2036 (annexe 4) visant à proposer un programme ambitieux de recherche et d'innovation en fertilité humaine et en AMP au-delà du programme PEPR 'SAFE', avec une logique à la fois scientifique, clinique, industrielle et sociétale. D'ici 10 ans, la prise en charge de l'infertilité pourrait devenir plus prédictive, plus personnalisée, moins invasive, plus robotisée, plus accessible, davantage préventive que corrective, fondée sur des données massives grâce à une stratégie de prévention de l'infertilité qui est en train de se mettre en place en France et l'IA et capable de mieux traiter l'infertilité et le vieillissement reproductif. L'objectif stratégique principal est de doubler l'efficacité clinique cumulée tout en réduisant les coûts, le temps nécessaire pour obtenir une grossesse et les risques et la charge psychologique du fait des échecs à répétition. Le soutien des innovations françaises est essentiel, à toutes les étapes de l'innovation et quel que soit le circuit (académique, publique, privé, start up…).**

# ANNEXE 1

## Courrier d'information adressé à 29 ans

Objet : Mieux comprendre la fertilité, la santé sexuelle et reproductive

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ses missions d'information et de prévention, l'Assurance Maladie souhaite vous accompagner en vous partageant des informations claires et utiles sur la fertilité, la santé sexuelle et reproductive. Derrière ces sujets, il y a des choix très personnels : vivre une vie sexuelle épanouie et choisir librement si, quand et comment envisager d'avoir un enfant, ou non.

Quelle que soit votre situation, il est possible de prendre un moment pour en parler avec un professionnel de santé. Des informations fiables et un annuaire de professionnels sont disponibles sur : www.sante.fr

**Si vous ne souhaitez pas avoir d'enfant**

Il existe des méthodes de contraception adaptée à chacun et à chaque étape de la vie. Celle-ci peut évoluer selon l'âge, les facteurs de risque, vos choix personnels. Un professionnel de santé peut vous accompagner pour choisir la méthode qui vous convient.

Les infections sexuellement transmissibles peuvent avoir des conséquences sur la santé et la fertilité. Il est donc important de se faire dépister et de consulter en cas de doute. Plus d'informations : Choisir sa contraception | QuestionsSexualité

**Si vous envisagez d'avoir un enfant**

La fertilité évolue avec l'âge. Chez les femmes, elle diminue progressivement, avec une baisse plus marquée à partir de 30 ans. Chez les hommes, l'âge a également un impact, notamment à partir de 40 ans.

La fertilité peut aussi être influencée par le poids, les modes de vie (dont le tabac, les drogues), certaines maladies ou l'exposition à des substances toxiques ou à des perturbateurs endocriniens.

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander une consultation préconceptionnelle avec un professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme, etc.) afin de faire le point sur votre situation. Informations : Consultation préconceptionnelle | Santé.fr

**Si vous essayez d'avoir un enfant sans y parvenir**

Il est recommandé de consulter un professionnel de santé spécialisé. En l'absence de problème particulier :

- Après 1 an d'essais avant 35 ans
- Après 6 mois d'essais après 35 ans.

Plus d'informations Difficultés à concevoir : qu'est-ce que l'infertilité ? | Santé.fr

**Si vous souhaitez autoconserver vos gamètes (ovocytes, spermatozoïdes) pour un projet futur**

En France, il est possible d'autoconserver ses gamètes. Les femmes peuvent conserver leurs ovocytes entre 29 et 37 ans, pour une utilisation possible jusqu'à 45 ans. Les hommes peuvent conserver leurs spermatozoïdes entre 29 et 45 ans, pour une utilisation possible jusqu'à 59 ans.

Cette démarche permet d'anticiper les évolutions naturelles de fertilité et constitue une option pour l'avenir, même si elle ne garantit pas une grossesse.

La liste des centres est disponible sur le site de l'Agence de la biomédecine : https://www.procreation-medicale.fr/autoconservation-gametes/

# ANNEXE 2

## FICHE A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

**Bilan d'infertilité**

La prise en charge des couples infertiles a évolué, notamment à cause du report de l'âge du désir d'enfant. Il était classiquement admis qu'il ne fallait commencer l'exploration d'un couple infertile qu'après deux ans de rapports sexuels réguliers. L'OMS en 2009 a défini l'infertilité comme une maladie et a précisé qu'il fallait uniquement 1 an de rapports réguliers non protégés pour débuter la prise en charge médicale.

Les recommandations de toutes les sociétés savantes françaises ou étrangères précisent que si la femme a plus de 35 ans, c'est dès 6 mois qu'il faut la prendre en charge.

Une prise en charge plus rapide peut être proposée si, les troubles du cycle sont patents, si une pathologie de l'appareil génital est connue ou suspectée chez l'homme ou chez la femme.

Dans le cas de femmes ayant besoin d'un don de sperme, couple de femmes ou femme non mariée une prise en charge immédiate s'impose. Les recommandations américaines préconisent également une prise en charge immédiate en cas de désir de grossesse à partir de 40 ans.

La première consultation et l'interrogatoire occupent une place fondamentale dans l'exploration d'un couple infertile. La véritable durée d'exposition à la grossesse (durée d'infertilité) est à préciser car elle va conditionner la prise en charge. L'examen clinique doit être proposé.

De multiples recommandations existent sur les examens à réaliser de première intention : américaines, celles de l'ASRM (l'American Society of Reproductive Medecine), anglaises, celles du NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence et les recommandations du CNGOF.

**Principe général**

Les deux membres du couple, homme et femme, doivent être associés à égalité dans la recherche d'une éventuelle étiologie d'infertilité. Aucune exploration invasive ne doit avoir lieu tant que les investigations de base, moins invasives, n'ont pas été réalisées. La survenue d'une fausse couche ne doit pas faire retarder la mise en route des explorations.

La fréquence des rapports sexuels et leur « timing » par rapport à la date présumé de l'ovulation doivent être précisés. Il est nécessaire d'interroger sur l'âge des premières règles, la fréquence des cycles, la prise d'une contraception, les antécédents d'infection sexuellement transmissibles (IST) et les prises médicamenteuses. Les modifications de

poids au cours de la vie et le degré d'activité physique hebdomadaire devront être recherchées à la fois chez l'homme et chez la femme.

**Explorations initiales de la femme**

En l'absence de signe d'appel, il est nécessaire de rechercher un trouble de l'ovulation et d'évaluer la perméabilité des trompes. Le comité de pilotage recommande l'exploration hormonale, même si le cycle est apparemment normal, en raison du report de l'âge de la maternité. Les dosages hormonaux de base, réalisés entre le 2 -ème et le 4 ème jour du cycle comprennent FSH, LH, estradiol, AMH, TSH. En cas de signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, acné) un dosage de testostérone totale est ajouté au bilan. En cas de cycles longs ou d'aménorrhée, un dosage de prolactine peut être demandé en première intention. En cas d'aménorrhée le bilan peut être réalisé à tout moment. Il n'est pas souhaitable de doser la progestérone en début de cycle. Un dosage de progestérone en milieu de phase lutéale peut être proposé pour vérifier la présence d'une' ovulation. Une échographie pelvienne en début de cycle permet apprécier la réserve folliculaire, la taille utérine, la présence de fibromes ou de malformation utérine. L'exploration tubaire se réalise par hystérographie ou par la méthode HYFOSY.

En cas d'anomalie du bilan initial, la femme/le couple doit être orienté en milieu spécialisé.

En présence de signes d'appel chez la femme (aménorrhée, cycles inférieurs à 25 jours ou supérieurs à 35 jours, âge> 35 ans, antécédents de troubles du comportement alimentaire, situation d'obésité, antécédents de chirurgie ovarienne ou de traitement gonadotoxique, ainsi qu'en cas d'antécédents familiaux d'insuffisance ovarienne prématurée, il est souhaitable d'orienter d'emblée la femme/le couple en centre spécialisé pour éviter toute perte de temps.

La cœlioscopie est recommandée seulement en cas de pathologie tubo-pelvienne suspectée. Son objectif est double : diagnostiquer et éventuellement, corriger les anomalies anatomiques.

L'hystéroscopie est recommandée en cas de suspicion d'anomalie endo-cavitaire. Elle permet de vérifier l'intégrité de la cavité utérine avant une prise en charge en AMP.

**Explorations initiales de l'homme**

Une consultation avec le conjoint et un spermogramme sont systématiquement recommandés, que le conjoint ait eu ou non des enfants antérieurement.

. Un antécédent de cryptorchidie ou de traitement gonadotoxique chez l'homme nécessite une prise en charge rapide. Un spermogramme est nécessaire dans le bilan initial, il doit être réalisé d'emblée en parallèle du bilan féminin. Le bilan hormonal, l'échographie testiculaire ne seront proposés chez l'homme qu'en cas de troubles de la libido ou d'altération majeure de la spermatogénèse.

**Bibliographie :**

-Zegers-Hochschild
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028209036887 Adamson DJ , de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K , Sullivan E, Vanderpoel S and ICMART and WHO International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009 Fertil Steril 2009; 92 : 1520-1524

- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: asrm@asrm.org; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. Fertil Steril. 2021 Nov;116(5):1255-1265. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.08.038. Epub 2021 Oct 2. PMID: 34607703.

- FERTILITY PROBLEMS: ASSESSMENT AND TREATMENT NICE GUIDELINE PUBLISHED: 31 MARCH 2026 WWW.NICE.ORG.UK/GUIDANCE/NG257

- Sonigo C, Robin G, Boitrelle F, Fraison E, Sermondade N, Mathieu d'Argent E, Bouet PE, Dupont C, Creux H, Peigné M, Pirrello O, Trombert S, Lecorche E, Dion L, Rocher L, Arama E, Bernard V, Monnet M, Miquel L, Birsal E, Haïm-Boukobza S, Plotton I, Ravel C, Grzegorczyk-Martin V, Huyghe É, Dupuis HGA, Lefebvre T, Leperlier F, Bardet L, Lalami I, Robin C, Simon V, Dijols L, Riss J, Koch A, Bailly C, Rio C, Lebret M, Jegaden M, Fernandez H, Pouly JL, Torre A, Belaisch-Allart J, Antoine JM, Courbiere B. Prise en charge de première intention du couple infertile : mise à jour des RPC 2010 du CNGOF [First-line management of infertile couple. Guidelines for clinical practice of the French College of Obstetricians and Gynecologists 2022]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2024 May;52(5):305-335. French. doi: 10.1016/j.gofs.2024.01.014. Epub 2024 Feb 3. PMID: 38311310.

# ANNEXE 3

## PRIORISATION ET CHIFFRAGE DES MESURES LIEES A L'AMELIORATION DE L'ORGANISATION DES DONS DE GAMETES

**Priorité 1 — Mesures structurantes immédiates**

- Système d'information national.
- Audit médico-économique des centres.
- Renforcement des centres existants.
- Ouverture encadrée aux centres publics et privés volontaires.
- Autorisation d'implantation en France des banques de sperme privées sur le modèle des banques de sperme européennes.
- Organisation de la circulation nationale des gamètes : création d'une banque nationale de gamètes et embryons

**Priorité 2 — Mesures d'amélioration rapide des parcours**

1. Simplification des parcours donneurs/receveurs.
2. Postes dédiés de coordination et d'accompagnement.
3. Horaires élargis y compris les samedis et rendez-vous regroupés.
4. Suppression du transport de gamètes par les patients.

**Priorité 3 — Mesures de recrutement et de visibilité**

- Journée nationale du don de gamètes et d'embryons.
- Campagnes locales adaptées.
- Communication dans universités, entreprises, lieux de prévention = déjà réalisé en partie via tour bus ABM et actions de sensibilisations en entreprises faites par les associations (exemple de l'association COLLECTIF BAMP)
- Formation des généralistes, sage-femmes, gynécologues, pharmaciens

**Synthèse budgétaire indicative**

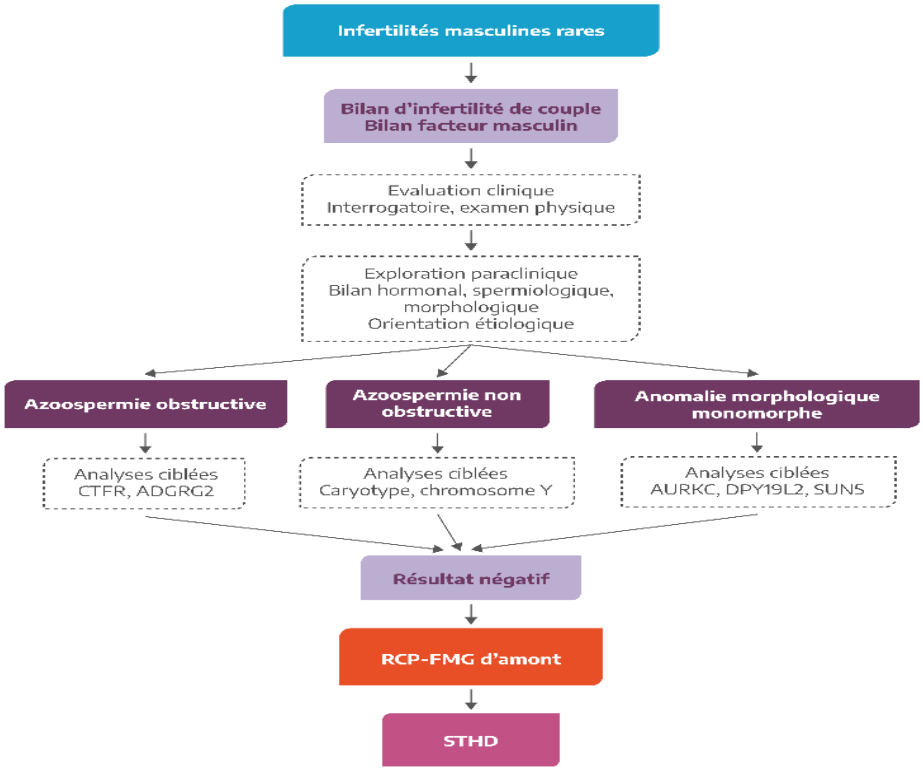
| Mesure | Impact financier probable | Commentaire |
|---|---|---|
| **Système d'information national** | Élevé au démarrage | Plusieurs millions d'euros possibles |
| **Audit médico-économique des centres** | Faible à modéré | Mission nationale ciblée |
| **Renforcement des centres existants** | Modéré à élevé | Besoin de financements pérennes |
| **Ouverture aux centres publics/privés**<br>**Autorisation de banques de spermes privées** | Modéré à élevé<br>Aucun | Dépend du nombre de centres autorisés |
| **Circulation nationale des gamètes** | Modéré | Transport sécurisé + traçabilité |
| **Journée nationale du don** | Faible à modéré | Communication nationale |
| **Campagnes locales** | Faible à modéré | 50 000 à 150 000 € par territoire pilote |
| **Simplification des parcours** | Faible à modéré | Principalement organisationnel |
| **Postes d'accompagnement** | Modéré à élevé | 60 000 à 90 000 € par ETP/an |
| **Compensation donneurs/donneuses** | Faible à modéré | Coût direct limité, enjeu éthique |
| **Associations de patients** | Faible | Conventions ou appels à projets |
| **Dépistage génétique systématique** | Modéré à élevé | À expertiser selon panel et volume |
| **Système d'information national** | Élevé au démarrage + coûts annuels | Plusieurs millions d'euros possibles |
| **Ouverture aux centres publics/privés, autorisation de banques de spermes privées** | Modéré à élevé (création de postes) | Dépend du nombre de centres autorisés |
| **Circulation nationale des gamètes** | Modéré | Transport sécurisé + traçabilité |
| **Journée nationale du don** | Faible à modéré | Communication nationale |
| **Campagnes locales** | Faible à modéré | 50 000 à 150 000 € par territoire pilote |
| **Simplification des parcours** | Faible à modéré | Principalement organisationnel |
| **Postes d'accompagnement** | Modéré à élevé | 60 000 à 90 000 € par ETP/an |
| **Compensation donneurs/donneuses** | Faible à modéré | Coût direct limité, enjeu éthique |
| **Associations de patients** | Faible | Conventions ou appels à projets |

# ANNEXE 4

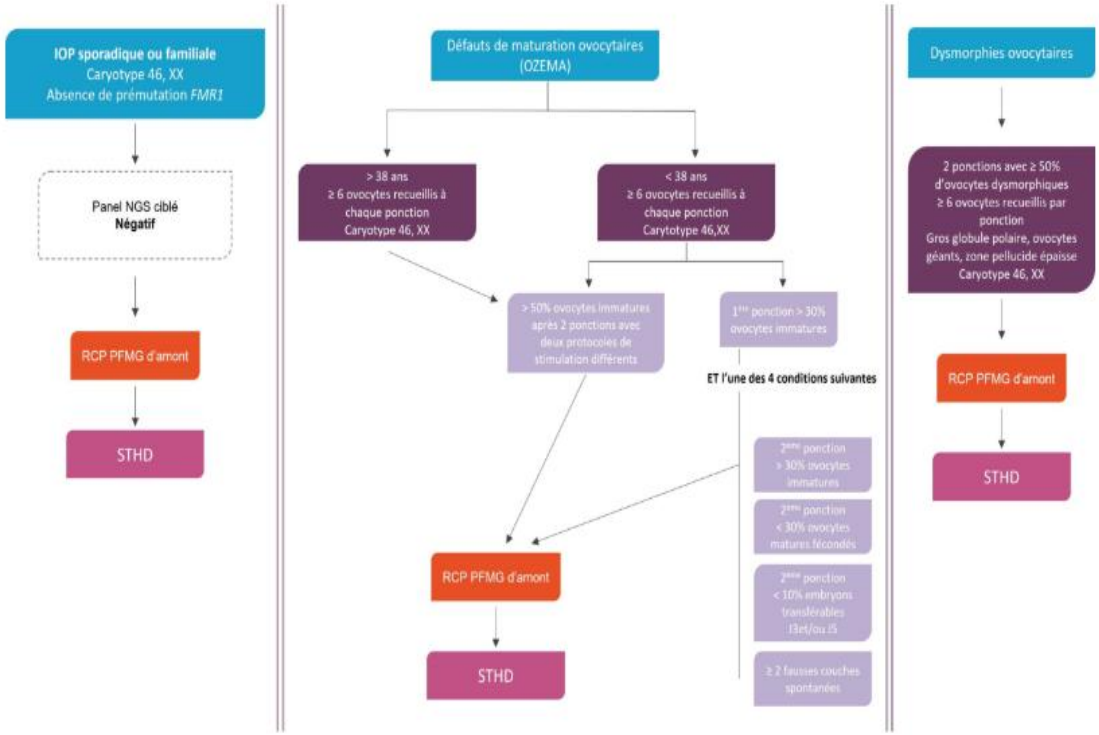
## Amélioration des connaissances des étiologies d'infertilité féminine et masculine. Apport de la génétique

Depuis la rédaction du plan Fertilité, deux actions ont vu le jour, dans le cadre du plan France Médecine Génomique (PFMG), La première concerne des étiologies d'infertilités masculines, la seconde, des étiologies d'infertilités féminines. Une nouvelle préindication au séquençage du génome a été acceptée et l'autre est une extension d'indication.

1) Une nouvelle préindication concernant les infertilités masculines rares a été acceptée. Les analyses du génome entier peuvent maintenant être proposées pour des Azoospermies non Obstructives (ANO) idiopathiques d'origine périphérique ou Obstructives (AO) idiopathiques ou des Anomalies morphologiques monomorphes (AMM) des spermatozoïdes (mobilité spermatique progressive <10% et tératozoospermies monomorphes).
L'arbre décisionnel ou la stratégie diagnostique vis-à-vis du séquençage très haut débit (STHD) dans la prise en charge de ces étiologies d'infertilité masculine est le suivant.




2) Une modification de la préindication « Insuffisances ovariennes prématurées (IOP) » a été réalisée, avec une extension concernant des étiologies rares d'infertilité féminines secondaires à des anomalies ovocytaires.




**Les actions à mener :**

- Il est nécessaire **de diffuser sur le plan National le fait que des préindications, qui concernent des causes rares d'infertilité féminine ou masculine, existent**. En effet, à ce jour, dans le bilan d'activité du plan en décembre 2025, 165 prescriptions ont été validées lors de la RCP FMG pour les IOPs et 35 pour les infertilités rares d'origine masculine.
- Il est souhaitable de **simplifier l'accès pour les médecins, à ces RCPs,** Une diffusion aux médecins, même s'ils ne sont pas affiliés à un centre de maladies rares, ou s'ils exercent en dehors d'un Centre hospitalier Universitaire, est importante pour que les patients puissent avoir l'accès à ces analyses génétiques, quelle que soit leur localisation sur le territoire français.
- Une plus grande implication **des conseillers en génétique** semble importante dans les RCPs et dans la prise en charge des patients.
- Par une meilleure efficacité de rendu des examens, **une valorisation des lectures de génome p**ar les généticiens semble nécessaire.
- Une problématique importante est la présence de variants de signification inconnue (VUS) dans le rendu des résultats génétiques. **Des liens doivent être renforcés entre la recherche fondamentale et la clinique pour améliorer l'interprétation, le diagnostic et la prise en charge de patients ayant ce type de variation génétique.**

# ANNEXE 5

## Apport du diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies (DPI-A)

Dans la fertilité humaine, l'aneuploïdie embryonnaire préimplantatoire est une des causes majeures de troubles de la reproduction, puisqu'elle est responsable d'échecs d'implantation embryonnaire, de fausses couches précoces ou tardives et de la naissance d'enfant atteints de syndromes chromosomiques. Le diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies (DPI-A) est une technique utilisée dans le cadre de la fécondation in vitro avec ou sans injection intracytoplasmique de spermatozoïde (FIV/ICSI) visant à analyser le nombre de chromosomes des cellules des embryons avant leur transfert dans l'utérus afin d'identifier les embryons porteurs de 46 chromosomes (dits euploïdes). L'objectif est d'optimiser les chances d'implantation et de réduire le risque de fausse couche liée à une anomalie chromosomique.

Le risque théorique que la biopsie nécessaire pour cet examen altère la qualité embryonnaire est faible avec les techniques actuelles : aucune diminution significative des taux de naissance vivante n'a été objectée lorsque la biopsie embryonnaire est réalisée dans des centres d'AMP expérimentés.

Deux sociétés savantes ont publié des recommandations à cet égard. Selon la société européenne d'embryologie et de reproduction humaine (ESHRE), le DPI-A doit être considéré comme un outil permettant de transférer dans l'utérus un embryon euploïde. Cela nécessite au préalable de donner une information complète et équilibrée à des couples et femmes seules sur ses bénéfices, ses limites et ses incertitudes. L'ESHRE souligne que les techniques actuelles de biopsie au stade de blastocyste (embryon de 5 à 6 jours) associées aux méthodes de séquençage génétique permettent une détection fiable des aneuploïdies, mais que les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison notamment du phénomène de mosaïsme embryonnaire, lorsque l'embryon possède un mélange de cellules chromosomiquement normales et anormales pour un ou plusieurs chromosomes. Les données scientifiques disponibles n'objectivent pas de manière constante une augmentation du taux cumulatif de naissance vivante dans une population non sélectionnée.

La société américaine de médecine reproductive (ASRM), comme l'ESHRE, considère que les preuves actuelles ne justifient pas l'utilisation généralisée du DPI-A chez toutes les patientes en parcours de FIV/ICSI. Selon l'ASRM, le bénéfice du DPI-A semble limité chez les patientes jeunes de bon pronostic (patientes de moins de 35 ans, réserve ovarienne normale, etc). Certaines études suggèrent que le DPI-A pourrait réduire le risque de fausse couche et améliorer ainsi l'efficacité du transfert mono embryonnaire chez les femmes

plus âgées, en raison de la fréquence accrue des aneuploïdies avec l'âge maternel. Les données demeurent insuffisantes pour conclure à une amélioration systématique du taux de naissance vivante dans l'ensemble des patientes en parcours FIV/ICSI.

Les deux sociétés savantes s'accordent donc sur plusieurs points essentiels : le DPI-A ne remplace pas le diagnostic prénatal en cas d'une grossesse ; les résultats doivent être interprétés dans le contexte clinique du couple ; l'existence du mosaïsme chromosomique embryonnaire constitue une limite importante de cette approche ; la décision de réaliser un DPI-A doit être personnalisée après discussion avec le couple en parcours FIV/ICSI des bénéfices attendus, des limites diagnostiques et des coûts associés.

L'existence d'un mosaïsme chromosomique embryonnaire, représente effectivement une limite importante reconnue par l'ESHRE et l'ASRM. Cependant, le fait qu'un test ne soit pas parfait ne signifie pas qu'il soit inutile. Les technologies de NGS ont amélioré la détection et l'interprétation du mosaïsme et des recommandations internationales existent désormais pour le classement et le transfert éventuel des embryons mosaïques. Aujourd'hui, les centres d'AMP utilisent des seuils d'interprétation standardisés, les classifications du mosaïsme embryonnaire sont de plus en plus précises et les décisions cliniques sont prises dans le cadre d'un conseil génétique. Le risque d'exclure un embryon potentiellement viable existe, mais il doit être mis en balance avec le risque de transférer un embryon aneuploïde ayant très peu de chances d'aboutir à une naissance vivante.

Le DPI-A ne vise pas à sélectionner des caractéristiques physiques, intellectuelles ou comportementales. Le but est de détecter des anomalies chromosomiques majeures associées à l'absence d'implantation ou aux fausses couches et à certaines pathologies chromosomiques sévères.

Il s'agit donc une technique permettant d'améliorer l'efficacité de certaines stratégies de FIV/ICSI, chez des patientes sélectionnées. Cependant, ni l'ESHRE ni l'ASRM ne recommandent actuellement son utilisation systématique pour tous les cycles de FIV.

# ANNEXE 6

## Feuille de route 2026- 2036 pour la recherche en fertilité et AMP

### AXE 1 - Compréhension fondamentale de l'infertilité

L'objectif est de passer d'une approche symptomatique à une compréhension mécanistique des infertilités des couples.

#### Priorités scientifiques

##### 1 - Vieillissement reproductif

Un focus sera mis sur des sujets prioritaires tels que la sénescence ovarienne, la qualité ovocytaire, le vieillissement mitochondrial et l'épigénétique reproductive.

##### 2 - Endométriose et implantation, SOMP

Il faudra poursuivre la stratégie innovative grâce à la recherche sur les biomarqueurs précoces ; la cartographie moléculaire de l'endomètre et modèles immunitaires et Omiques d'implantation.

Une démarche analogue est à apporter dans la recherche des mécanismes, du diagnostic et de la prise en charge du syndrome métabolique ovarien polyendocrinien.

##### 3. - Fertilité masculine

Il s'agit de continuer les efforts déjà engagés sur l'exploration génomique de l'infertilité dans la poursuite du plan France médecine génomique 2025. Au-delà, Il faudra finaliser la création de l'atlas moléculaire du spermatozoïde, de nouveaux tests fonctionnels relatifs aux gamètes, de développement de nouveaux biomarqueurs de fragmentation ADN et la création des modèles d'impact environnemental sur la santé reproductive.

##### 4 - Exposome reproductif

Il s'agit de contribuer aux travaux reportés quant à l'impact de l'exposome intégrant les modes de vie (nutrition, tabac, activité physique, sommeil entre autres et des microplastiques, des pesticides, des perturbateurs endocriniens, de la chaleur et de la pollution atmosphérique sur la santé reproductive, l'infertilité et le taux de succès en AMP.

### AXE 2 - Médecine de précision en fertilité et en santé reproductive

L'objectif est de proposer une prise en charge en AMP personnalisée basée sur le profil de couples infertiles. Cela devrait se faire grâce à :

#### 1. IA prédictive pour les paramètres bio-cliniques capables de prédire

La qualité des gamètes, la qualité embryonnaire, le risque d'hyperstimulation et la probabilité de naissance vivante etc….

#### 2. Omics intégrés

La mise en place d'un programme intégrant la génomique, la transcriptomique, la protéomique, la métabolomique et la microbiome pour élucider l'infertilité dite inexpliquée.

#### 3. Les jumeaux numériques en santé reproductive

Il s'agit de construire des modèles virtuels simulant le cycle ovarien, la réponse aux traitements, l'implantation, l'IA multimodale et les standards internationaux de données. Cela a pour but de d'anticiper la prise en charge en AMP pour un couple infertile et réduire ainsi les mauvaises surprises lors de l'effet annoncé.

### AXE 3 - Révolution et évolution de la recherche et de l'innovation sur l'embryon préimplantatoire

Le but est de transformer les laboratoires FIV/ICSI grâce à l'automatisation, la robotisation et l'IA. Ce programme inclut :

#### 1. La sélection embryonnaire non invasive

Avec les outils Omiques pertinents, il s'agit de développer la métabolomique embryonnaire, le stress oxydant, l'analyse des milieux de culture, l'imagerie hyperspectrale et l'IA vidéo time-lapse.

#### 2. Les Laboratoires autonomes complétement automatisés et ou rebotisés pour FIV/ICSI

Il s'agit d'améliorer les outils relatifs à la micromanipulation à l'ICSI robotisée à la culture embryonnaire prolongée au contrôle qualité, au référentiel qualité IA, à la certification algorithmique, à la baisse de variabilité inter-labos de FIV et à la réduction erreurs humaines en AMP en s'inspirant du système de l'aviation civile.

### AXE 4 - Préservation et restauration de la fertilité

Il s'agit de faire de la préservation de la fertilité et de sa restauration, un pilier de santé préventive. Parmi les thèmes prioritaires :

**1. Autoconservation avancée d'indication médicale :** techniques largement pratiquées en France et qui ont fait preuve de leur efficacité : la vitrification ovocytaire, la congélation de spermatozoïdes et tissus gonadiques (ovariens et testiculaires).

**2. Médecine régénérative en fertilité :** la mise au point des modèles permettant d'explorer et comprendre les mécanismes fondamentaux concernant les cellules souches germinales, les organoïdes ovariens et bio-ingénierie testiculaire.

**3. Fertilité post-cancer : il s'agit d'un enjeu majeur chez les adolescents et les jeunes adultes (AJAJ) :** les protocoles pédiatriques, la restauration hormonale et la maturation in vitro, les autogreffes de tissus gonadiques.

### AXE 5 - Technologies de rupture

Le but est de préparer les innovations radicales de prochaine génération. Les domaines prioritaires sont :

**1. Gamètes artificiels dérivés de cellules souches :** produire des ovocytes/spermatozoïdes fonctionnels. Les résultats de l'équipe du Pr Katsuhiko Hayashi du Japon sont très encourageants.[2]

**2. Modèles embryonnaires synthétiques** : ils permettent de comprendre la recherche sur l'implantation en toxicologie et dans les maladies génétiques.

**3. Utérus artificiels partiels** : nécessaire pour la prématurité extrême et la recherche placentaire.

**4. Édition génétique germinale :** à limiter aux maladies monogéniques graves et à la recherche fondamentale encadrée.

### AXE 6 - Santé numérique et données massives

Il s'agit de construire l'infrastructure mondiale de la fertilité numérique grâce à l'existence des registres nationaux et internationaux : en AMP, dans la fertilité masculine, dans les outcomes pédiatriques avec un meilleur suivi des enfants issus de FIV et dans la sécurité long terme. Les standards communs pouvant concerner les données biologiques, l'imagerie, l'IA clinique et la cybersécurité en AMP. Des sujets majeurs tels que les données génétiques et embryonnaires et le consentement dynamique. Entrepôts de données de santé intégrant les données cliniques et biologiques sur l'infertilité et l'AMP.

### AXE 7 - Recherche clinique « nouvelle génération »

Cette recherche aura pour but de moderniser les essais cliniques en AMP sur des essais adaptatifs à l'IA, à la naissance vivante,à la santé maternelle,à la santé de l'enfant,à la qualité de vie,au coût-efficacité. Aussi cette recherche devrait permettre de suivre les enfants nés par AMP sur plusieurs décennies voire générations.

### AXE 8 - Accessibilité et équité

[2] Hayashi, plusieurs publications Nature 2023 réf PMID 36922585 et Reproduction, Fertility and Development 2021

Il s'agit de réduire les inégalités mondiales d'accès en promouvant l'AMP « low-cost », mini-FIV, l'automatisation et les diagnostics simplifiés. Cela pourra profiter aux pays émergents grâce à la création des plateformes mobiles, de la télémédecine en santé reproductive et des laboratoires compacts.

L'équité en santé reproductive pour lutter contre les disparités socio-économiques, améliorer la prise en charge de la fertilité LGBTQ+ et de la fertilité tardive.

### AXE 9 - Éthique, droit et gouvernance

Il s'agit de mieux encadrer l'innovation sans bloquer la recherche. Parmi les thématiques prioritaires :

- La gouvernance de l'IA en fertilité ;
- Encadrement des biotechnologies concernant les embryons synthétiques ; l'édition germinale ; et les données génétiques ;
- Consentement dynamique pour développer des modèles numériques évolutifs.

### AXE 10 - Santé mentale et expériences patients

**1. Psychologie reproductive** : le stress, la fatigue décisionnelle, charge mentale… : intégration de nouveaux indicateurs.

**2. Outils numériques patients** : assistants IA, suivi émotionnel, coaching thérapeutique