Note de position — Association Française d'Urologie (AFU)

Destinataire : Agence de la Biomédecine — Direction médicale et scientifique, pôle AMP
Objet : Contribution de l'AFU à la suite du plan PEGh 2022-2026 — place de l'urologue dans la prise en charge de l'infertilité masculine
Date : Octobre 2026

---

1. Préambule

L'AFU salue le bilan du plan ministériel PEGh 2022-2026, qui a permis des avancées majeures : publication des règles de bonnes pratiques (RBP) en 2023, ouverture du registre des donneurs de gamètes et d'embryons (RDGE), mutualisation des paillettes de donneurs, mise à jour du financement via la MIG AMP, et création de groupes de travail (GT) sur l'AMP avec tiers donneur et l'autoconservation sans indication médicale.

L'AFU souhaite toutefois souligner une lacune transversale de ce bilan : **la prise en charge de l'homme infertile reste largement absente des objectifs et des indicateurs du plan.** Le bilan 2022-2026 documente finement les parcours féminins (flux interrégionaux des ponctions d'ovocytes, délais d'accès aux soins, autoconservation ovarienne, préservation de la fertilité en contexte oncologique), mais ne comporte ni objectif, ni indicateur, ni action dédiés au diagnostic et à la prise en charge andrologique de l'homme.

L'AFU soumet donc à l'ABM les propositions suivantes pour le futur plan PEGh 2027-2031.

2. Constat : l'homme infertile, parent pauvre du parcours AMP

L'infertilité de couple touche environ un couple sur quatre en âge de procréer, et un facteur masculin est impliqué — seul ou associé — dans près de la moitié des cas. Or, dans les faits :

- Le bilan masculin est souvent réalisé **tardivement**, après plusieurs mois — voire années — d'explorations féminines, ou après un ou plusieurs échecs d'AMP.
- L'homme est fréquemment **réduit à un spermogramme**, sans consultation andrologique structurée, sans examen clinique (examen testiculaire, recherche de varicocèle, d'obstacle), sans exploration hormonale ni génétique adaptée.
- Certains parcours d'AMP avec tiers donneur de spermatozoïdes sont engagés **sans que l'homme ait été évalué par un urologue-andrologue**, alors qu'une cause curable (varicocèle, hypogonadisme, obstacle des voies séminales, éjaculation rétrograde) pourrait être identifiée et traitée.
- Cette situation aboutit à des recours à l'ICSI ou au don **par excès**, avec un coût pour la collectivité et un risque évitable pour les patientes .

Le bilan du plan PEGh rapporte par ailleurs une demande d'AMP avec don de spermatozoïdes « très fortement augmentée » dans les suites de la loi de bioéthique de 2021, ainsi que des tensions persistantes sur les stocks : la rigueur du diagnostic masculin en amont est un levier direct d'économie de gamètes de donneur, et donc d'autosuffisance nationale — objectif central de l'ABM.

3. Un enjeu de santé publique au-delà de la fertilité

L'évaluation andrologique n'est pas qu'un enjeu de procréation. Un spermogramme altéré est un **signal d'alerte santé** chez l'homme :

- **marqueur de risque de cancer testiculaire** (tumeur dépistable à un stade curable) ;
- **révélateur d'hypogonadisme** avec ses complications métaboliques, osseuses, cardiovasculaires et sexologiques ;
- **point d'entrée vers un conseil génétique** (microdélétions du chromosome Y, syndrome de Klinefelter, mucoviscidose devant une absence bilatérale des canaux déférents) ;
- associé à une **baisse documentée de la qualité du sperme dans les pays industrialisés**, vraisemblablement multifactorielle (mode de vie, perturbateurs endocriniens), qui justifie une stratégie de prévention populationnelle.

L'urologue-andrologue est le spécialiste formé pour assurer ce rôle de dépistage, d'orientation et de prise en charge globale. Il doit être reconnu comme **porteur d'un parcours de santé masculine**, et non comme simple prescripteur d'analyses spermatiques.

4. Propositions de l'AFU pour le plan PEGh 2027-2031

Axe 1 — Un diagnostic masculin précoce et systématique

- **Action 1.1 — Bilan masculin parallèle au bilan féminin.** Intégrer dans les RBP la recommandation d'un bilan masculin (spermogramme OMS + consultation andrologique avec examen clinique) réalisé **en parallèle et dès l'entrée dans le parcours AMP**, conformément aux recommandations AFU/SALF sur l'évaluation de l'homme infertile.
- **Action 1.2 — Consultation andrologique obligatoire avant étapes clés.** Rendre obligatoire une consultation d'andrologie (urologue ou andrologue formé) :
    - avant toute ICSI indiquée pour infertilité masculine ;
    - avant toute proposition d'AMP avec don de spermatozoïdes (afin d'exclure une cause masculine curable) ;
    - avant autoconservation de spermatozoïdes sans indication médicale.
- **Action 1.3 — Indicateur.** Mesurer, via le futur SI-AMP (déploiement 2027-2032), le **délai entre l'entrée dans le parcours AMP et la première consultation andrologique**, et le taux de couples ayant eu une évaluation andrologique complète avant FIV/ICSI.

Axe 2 — Prévention et information

- **Action 2.1 — Campagne de prévention co-construite ABM/AFU.** Campagne d'information grand public sur les facteurs de risque modifiables de l'infertilité masculine : tabac, alcool, cannabis, obésité, exposition à la chaleur scrotale, perturbateurs endocriniens, âge paternel — sur le modèle de la campagne « Accès aux origines » du plan 2022-2026.
- **Action 2.2 — Information des prescripteurs de première ligne.** Co-signer avec les médecins généralistes, les gynécologues et les biologistes un référentiel de critères d'orientation vers l'urologue-andrologue (azoospermie, oligo-asthéno-tératozoospermie < 5e percentile OMS, troubles de l'éjaculation, antécédent génito-scrotal, varicocèle palpable…), diffusé via les webinaires AMP de l'ABM.
- **Action 2.3 — Contenus masculins sur les sites grand public.** Enrichir les sites procréation-médicale.fr, dondespermatozoides.fr et dondovocytes.fr de contenus « santé masculine et fertilité » validés par l'AFU.

Axe 3 — Gouvernance et représentation

- **Action 3.1 — Représentation urologique explicite** dans les GT en cours et à venir : GT « autoconservation sans indication médicale » (lancement S2 2026), GT « AMP avec tiers donneur » (livrable attendu S2 2026 – S1 2027), révision des RBP de génétique post-natale, et réflexions sur les examens génétiques prescrits lors d'un don.
- **Action 3.2 — Créer un GT dédié « parcours de l'homme infertile »** piloté par l'ABM avec l'AFU et la SALF, sur le modèle des GT déjà institués par l'Agence. Mandat : harmoniser le bilan andrologique de première intention, définir les critères d'orientation, et préciser les interactions entre CECOS, biologistes de la reproduction et urologues-andrologues.

Axe 4 — Équité territoriale

- **Action 4.1 — Cartographie de l'offre d'andrologie.** À l'instar du suivi annuel de l'offre de soins AMP, recenser l'offre de consultations d'andrologie par territoire et proposer aux ARS des mesures de renforcement là où les délais dépassent un seuil défini — avec une attention particulière aux **départements ultramarins**, où le bilan 2022-2026 reconnaît un accès à renforcer.
- **Action 4.2 — Télémédecine andrologique** pour les territoires sous-dotés, en lien avec les centres AMP référents.

Axe 5 — Préserver la fertilité en contexte oncologique et chez l'adolescent

- **Action 5.1 —** Renforcer, dans le prolongement du guide INCa/ABM 2024 sur la préservation de la fertilité en contexte oncologique, le rôle de l'urologue dans le parcours de préservation, y compris **chez l'adolescent et le jeune adulte** (pathologies chroniques, torsion testiculaire, cryptorchidie, traitements gonadotoxiques).
- **Action 5.2 —** Évaluer la couverture du dépistage chez les adolescents à risque dans les services d'oncologie pédiatrique, avec un indicateur de proportion de prélèvements réalisés avant traitement gonadotoxique.

Axe 6 — Recherche et données

- **Action 6.1 — SI-AMP.** Intégrer au cahier des charges du SI-AMP des indicateurs masculins : étiologies de l'infertilité masculine, délais d'orientation, taux d'évaluation andrologique avant recours au don.
- **Action 6.2 —** Soutenir la recherche sur les déterminants environnementaux (perturbateurs endocriniens) de la baisse de la qualité du sperme, en cohérence avec les appels à projets existants (PNMR4, tests fonctionnels).

5. Indicateurs proposés pour le futur plan

Indicateur	Cible
Taux de couples avec consultation andrologique avant 1re FIV/ICSI	≥ 90 % en 2031
Délai entrée dans le parcours → 1re consultation andrologique	≤ 3 mois

Taux d'évaluation andrologique documentée avant orientation vers un don de spermatozoïdes	100 %
Campagne de prévention santé masculine co-signée ABM/AFU	≥ 1 par an
Cartographie de l'offre d'andrologie actualisée	annuelle

6. Conclusion

L'AFU considère que le futur plan PEGh doit inscrire l'infertilité masculine comme un axe à part entière. Le bilan 2022-2026 a réussi à organiser l'offre côté féminin et la gouvernance du don de gamètes ; il manque un maillon : l'homme, dont l'évaluation et la prise en charge précoces par l'urologue-andrologue amélioreraient les taux de succès, réduiraient les recours inutiles à l'ICSI et au don, participeraient à l'autosuffisance nationale en gamètes, et — au-delà de la procréation — dépisteraient des pathologies graves à un stade curable.

L'AFU se tient à la disposition de l'ABM pour contribuer à toute instance de travail permettant de traduire ces propositions en actions opérationnelles du plan 2027-2031.

Note rédigée par l'AFU — s'appuie sur les recommandations AFU/SALF sur l'évaluation de l'homme infertile et sur le bilan du plan PEGh 2022-2026 (juillet 2026).