Direction de la Stratégie et de la Transformation

Contribution de l'AP-HP à la concertation organisée par l'ABM sur les sujets relatifs à l'assistance médicale à la procréation

Note à l'attention de Marine Jeantet
Directrice Générale
de l'Agence de la biomédecine

V29/09/2026

L'Agence de la biomédecine organise une large concertation destinée à enrichir les axes de développement de l'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP), en complément des recommandations qui seront émises par le comité de pilotage du plan de lutte contre l'infertilité.

La présente note synthétise les enjeux et les défis identifiés par les acteurs de l'AMP de l'AP-HP et propose des axes de développement et des pistes d'actions susceptibles d'être mises en œuvre pour répondre aux besoins des patients. Ces axes s'articulent avec les travaux en cours de finalisation du COPIL Fertilité national.

Les axes identifiés par l'ABM sont les suivants :

1. Parcours donneur et gestion du stock de gamètes
2. Fluidification du parcours d'AMP
3. Réponse à la demande d'autoconservation sociétale (non médicale)
4. Financement de l'AMP clinique et biologique, y compris des centres de don et des consultations de génétique pour l'AMP
5. Prise en compte des spécificités des territoires d'outre-mer
6. Qualité des soins, transparence, accompagnement des parcours et évaluation des risques en AMP
7. Gouvernance/pilotage de l'activité d'AMP aux niveaux européen, national et régional

Propos liminaires

L'AP-HP dispose de 5 centres d'AMP (Tenon, Cochin, Jean Verdier, Antoine Béclère et Bichat) et de 4 Centres d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain – CECOS - (Tenon, Cochin, Jean Verdier et Antoine Béclère). Pour le Diagnostic Pré-Implantatoire (DPI), seul Antoine Béclère, en association avec le département de génétique de Necker, bénéficie d'une autorisation pour le prélèvement des cellules embryonnaires (300 prélèvements réalisés par an) ; le diagnostic de la génétique moléculaire ou chromosomique est effectué à Necker. A terme, dans le cadre du pôle femme enfant de l'hôpital d'Avicenne, les centres d'AMP de Jean Verdier et de Bichat fusionneront avec une localisation sur Avicenne.

L'activité d'AMP réalisée à l'AP-HP représente une part importante de l'activité réalisée en France. A titre d'exemple, en 2025, l'AP-HP a reçu 32% des demandes d'auto-conservation non médicale des ovocytes.

Le projet médical 2026-2030 de l'AP-HP a identifié cette discipline parmi les axes de travail prioritaires. Les propositions contenues dans la présente contribution s'appuient sur les travaux réalisés dans le cadre de ce projet médical.

1. Parcours donneur et gestion du stock de gamètes

Afin d'améliorer les parcours des donneurs et la gestion du stock de gamètes, l'AP-HP identifie plusieurs leviers :

- La mise en place d'une **coordination au don** : l'élargissement de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules a entraîné une augmentation des demandes de dons de spermatozoïdes qui ne fait que croitre depuis, avec des délais d'attente pour avoir accès à un don de gamète(s) qui continuent à augmenter (souvent plus de 12 mois). De plus, l'activité relative au don de spermatozoïdes et d'ovocytes est une **activité très chronophage en raison des parcours pluridisciplinaires à coordonner et des démarches administratives qui encadrent cette activité**. Ainsi, pour faciliter et accroître cette activité, diminuer les délais d'attente pour les receveurs et améliorer l'accompagnement proposé aux donneurs et donneuses, des **missions de coordination au don devraient être déployées dans chacun des centres AMP** et accompagnées par des financements dédiés. Par ailleurs, des hôpitaux de jour pour les donneurs de gamètes pourraient être développés afin de limiter leurs déplacements pour la démarche de don.
- Le développement d'**outils facilitant l'appariement entre les donneurs et les receveurs** : il s'agit d'un travail conséquent de préparation que, faute d'outils sur lesquels s'appuyer, les équipes réalisent de manière manuelle. Le déploiement de la numérisation des appariements via un outil ad hoc sous l'égide de l'ABM serait donc facilitant et source d'efficience. Il permettrait notamment de sécuriser le contrôle et l'application de l'article L.1244-4 du code de la santé publique qui limite à 10 le nombre maximum d'enfants pouvant naître à partir d'un même donneur en facilitant le recueil de l'information.
- Un accompagnement global et financier pour répondre aux **problématiques de stockage, dont l'augmentation des besoins doit être anticipée.** Pour l'AP-HP, cette problématique va constituer un élément limitant, à moyen terme, pour faire face à l'accroissement des demandes.
  Une proposition pourrait être de décorréler le lieu du suivi des patients et celui du stockage des gamètes (les dispositions légales actuelles imposent de conserver les gamètes, tissus et embryons au sein d'un même centre d'AMP).
- La **facilitation de l'usage des outils numériques** : à ce jour, l'interopérabilité entre les outils (logiciel de dossier patient spécifique à l'AMP et à la génétique et le dossier patient est incomplète et les professionnels sont amenés à saisir des données en doublon. Des travaux pourraient utilement être engagés afin : d'améliorer l'interopérabilité, y compris pour le choix du système d'identitovigilance, attribuer un numéro unique identifiant pour chaque femme pour l'ensemble de son parcours en AMP en France, ouvrir un dossier fertilité élaboré par les médecins de la reproduction accessible sur le DMP.
  En outre, chaque année, les patient(e)s ayant bénéficié d'une préservation de leur fertilité sont sollicité(e)s pour savoir s'ils (elles) souhaitent maintenir ou non leur préservation. Cette sollicitation ou relance et la réception des réponses sont réalisées aujourd'hui par courrier simple. L'arrêté du 21 juillet 2026, en venant renforcer les obligations des établissements de santé en la matière présente un coût non couvert à date par les financements. A titre d'exemple, pour le centre de Cochin, cela représente plus de 12 000 courriers à envoyer, soit un coût annuel d'affranchissement de l'ordre de 72 000 euros, sans prendre en considération les coûts de traitement des réponses, le cas échéant.
  La numérisation de l'envoi des courriers et de la réception des réponses faciliterait le travail des professionnels et répondrait à un engagement de développement durable. **Des solutions**

numériques dans la communication soignant/soigné devront être travaillées sous l'égide de l'ABM, notamment pour **automatiser les relances** et au-delà, la gestion des gamètes, tissus et embryons cryoconservés afin de garantir leur conformité aux exigences posées par l'arrêté susnommé. La mise en place d'un outil partagé et commun à l'ensemble des centres permettrait par ailleurs de réguler les inscriptions multiples des patientes dans plusieurs centres d'AMP.

- Le **renforcement de l'identitovigilance constitue un enjeu prioritaire** : une expérimentation est actuellement menée avec l'intégration de tags numériques sur les réceptacles et boîtes de culture des patients.
- Le **renforcement des capacités en matière de Diagnostic Pré-Implantatoire (DPI)** : L'analyse génétique des cellules embryonnaires provenant de chaque embryon est réalisée à Necker. Ce diagnostic permet ensuite d'implanter uniquement l'embryon non porteur de l'anomalie recherchée. Seul l'hôpital Necker est autorisé à ce jour pour étudier la génétique moléculaire (maladie monogénique) ou chromosomique (remaniement équilibré) dans le cadre du DPI. Le nombre maximal de diagnostics possibles est fixé à 350 par an par Necker du fait de ses moyens, ce qui est insuffisant par rapport aux besoins et conduit à des délais d'attente conséquents (entre 12 et 18 mois). Dans l'idéal, il faudrait que l'AP-HP soit en capacité d'en réaliser 600 et de **soutenir le DPI-A dans le respect des recommandations internationales** (ESHRE, ASRM).

2. Fluidification du parcours d'AMP (réduction des délais)

Depuis 2021, l'ouverture de la préservation de la fertilité non médicale a entraîné une augmentation importante des délais d'attente pouvant désormais atteindre les deux ans pour les activités d'autoconservation non médicale et don de spermatozoïdes. Face à cela, les centres ont dû s'organiser pour réguler les demandes et sont parfois amenés à suspendre les prises de rendez-vous quand les délais deviennent trop lointains. Cette régulation peut ainsi générer des mécontentements voire des plaintes à l'encontre des établissements. Les capacités actuelles sont saturées et la demande reste conséquente, c'est pourquoi, une réflexion relative à l'offre de soin est en cours d'autant qu'il y a plutôt consensus pour considérer que les parcours doivent être individualisés. La fluidité des parcours dédiés dans chacun des centres actuels est un enjeu majeur.

Pour fluidifier les parcours, l'AP-HP identifie plusieurs pistes :

- **Améliorer la visibilité des filières spécifiques pour la prise en charge des situations complexes** : les centres AMP de l'AP-HP ont une activité de recours importante auprès de patientes présentant des situations médicales complexes (endométriose sévère, insuffisance ovarienne prématurée, obésité, pathologies chroniques, oncologie, etc.). Il semble nécessaire de poursuivre la structuration de ces filières en **créant des filières spécifiques et identifiées dans le cadre du soin**.
- **Placer l'accès au premier RDV au centre du processus**.

3. Réponse à la demande d'autoconservation sociétale (non médicale) ovocytaire

L'AP-HP estime nécessaire de **maintenir un équilibre entre les différents secteurs d'activité en matière d'AMP**.

En effet, grâce au niveau d'expertise de ses équipes hospitalo-universitaires, l'AP-HP propose une **offre de soin complète sur les activités cliniques et biologiques qu'il est essentiel de préserver** : infertilité du couple, préservation de la fertilité (médicale ou non médicale), don de gamètes, DPI. De manière générale, il s'agirait de **renforcer d'une part les moyens des centres existants et d'assurer une allocation des ressources en lien avec le nombre de femmes susceptibles de demander une autoconservation sur leur territoire,** tout en **développant d'autre part de nouveaux centres pour répondre à la demande croissante**.

Depuis la loi de bioéthique de 2021, les centres AMP font face à une augmentation importante de leur activité liée, principalement, à une recrudescence concomitante du nombre de demandes de

PFNM et de prise en charge en don de spermatozoïdes. Néanmoins, l'équilibre entre les différents secteurs d'activité doit être maintenu avec une régulation si nécessaire, en particulier des PFNM.

Du fait de l'explosion du nombre des nouveaux parcours, de l'allongement des délais et de l'augmentation des réclamations/plaintes des usages, les professionnels de l'AP-HP ont rédigé, en 2022, un référentiel commun de prise en charge des dons de spermatozoïdes et un référentiel de PFNM s'appuyant sur la loi de 2021 et sur les données issues de la littérature médicale (annexe 1). Bien qu'il appartienne à chaque centre de définir ses cibles d'activité et/ou de délais pour chacune des activités, il semble toutefois nécessaire d'**homogénéiser, dans la mesure du possible, les pratiques entre les centres**.

Il semblerait nécessaire, en conséquence, d'**ouvrir cette activité à tous les centres publics et privés, y compris lucratif,** avec imposition d'un quota minimal d'actes annuels à réaliser, calculé pour chaque région en fonction du nombre de demandes potentielles (femmes entre leur 29e et 37e anniversaire).

4. Financement de l'AMP clinique et biologique, y compris des centres dons et des consultations de génétique pour l'AMP

En matière de financement, plusieurs pistes de travail sont identifiées :

- **Prendre en compte les coûts réels associés à la qualité et à la sécurité** : astreintes, équipements, maintenance, contrôles, traçabilité, stockage, métrologie, systèmes informatiques et formation des professionnels ;
- **Revoir le codage des actes de clinique et de biologie médicale** avec l'Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation (ATIH) (par exemple : séparer les ponctions d'ovocytes mise en fécondation, les transferts d'embryons et les congélations qui sont couramment réalisés de façon séparée) ;
- **Revaloriser la biologie interventionnelle** (sur le modèle de la radiologie interventionnelle) **avec un forfait salle blanche** ;
- **Revaloriser les actes de biologie, les RIHN et les actes innovants** :
  - **Mieux valoriser les consultations** réalisées par les biologistes médicaux, médecins et pharmaciens pour mieux prendre en compte leur durée et leur complexité ainsi que leur contribution à une meilleure compréhension du parcours d'AMP par les patients, à la qualité de l'information qui leur est délivrée et à leur participation éclairée aux décisions qui les concernent ;
- **Revaloriser les forfaits associés à la conservation des ovocytes vitrifiés en autoconservation non médicale** facturés aux patientes (actuellement 40€ dans les centres publics, ce qui ne permet pas de couvrir les charges associées) ;
- **Travailler au financement de l'identitovigilance** ;
- **Veiller à la neutralité financière pour les donneurs et donneuses.**

5. Prise en compte des spécificités des territoires d'outre-mer

Si des coopérations existent et fonctionnent actuellement avec des centres AP-HP, il s'agirait de **renforcer le maillage territorial sur les territoires ultra-marins**. Il s'agirait notamment d'envisager la concrétisation de structures permettant une partie de l'activité sur place (par exemple en Guyane où les réflexions sont en cours), pouvant permettre de réduire les allers-retours avec la métropole.

6. Qualité des soins, transparence, accompagnement des parcours et évaluation des risques en AMP

L'AP-HP identifie plusieurs pistes pour renforcer la qualité des soins, la transparence et l'accompagnement des parcours d'AMP :

- Un **accompagnement des structures pour l'anticipation du renouvellement et la modernisation des équipements et des techniques** : Les laboratoires doivent s'inscrire dans les nombreuses innovations en cours et à venir tel que les timelapses et le développement

de procédés automatisés, à l'image de la vitrification ovocytaire. Par ailleurs, les démarches actuelles d'accréditation et de certification et celles à venir (règlement européen Substance of Human Origine (SoHO), révision des lois de bioéthique), particulièrement exigeantes, mobilisent un temps important et croissant : des réflexions sur la mutualisation et l'automatisation de certaines étapes doivent être conduites.

- Une **réflexion en matière de simplification** devrait être conduite : multiplication des évaluations et audits (ARS, COFRAC…), regroupement des autorisations (DS DO AE DD ; FIV et PF médicale ou non médicale).
- **Appuyer les prises de décision dans le cadre de situations éthiques complexes** : Un référentiel de prise en charge a été mis en place à l'AP-HP afin d'harmoniser les pratiques et des réunions sont organisées, tous les deux mois, au sein du corps médical. Toutefois, ces réflexions peuvent se heurter à la réalité de la loi. Enfin, sur le plan éthique, de nouveaux questionnements émergent, notamment, dans le cadre de situations individuelles complexes où le patient sollicite un don de gamète. Des perspectives se dessinent puisque le Conseil d'Orientation de l'ABM travaille actuellement sur la rédaction de recommandations afin de guider les professionnels confrontés à des situations éthiques complexes. En complément, des commissions pluridisciplinaires internes aux établissements pourraient être déployées pour statuer sur ces situations.
- **Développer la démocratie sanitaire** : Dans une logique de démocratie sanitaire, il serait pertinent que les établissements s'appuient sur des patients-experts et pérennisent les groupes de parole dédiés aux patients. Ces dispositifs favoriseraient l'expression des attentes, le partage d'expérience et l'amélioration du parcours de soin. Dans la continuité des accompagnements prodigués par les professionnels auprès des patients, il est essentiel que les centres AMP poursuivent le relais des campagnes de communication de l'ABM afin de renforcer l'information et la sensibilisation, en particulier, concernant le don.

7. Gouvernance/pilotage de l'AMP aux niveaux européen, national et régional

L'AP-HP identifie plusieurs pistes pour améliorer la gouvernance et le pilotage de l'AMP :

- **Consulter les professionnels de terrain et les patients** en amont des décisions politiques, stratégiques et des évolutions législatives les impactant (par exemple l'arrêté du 21/07/2026 – NOR : SFHP2619986A cf. point supra) ;
- **Co-construire une relation de confiance entre les tutelles, les professionnels du terrain et les sociétés savantes, en intégrant de façon plus efficiente les associations de patients et les patients experts** (démocratie sanitaire) ;
- **Réaliser des études d'impact** avant la prise de mesure impactant le fonctionnement des centres d'AMP et de génétique ;
- **Veiller à la représentativité des différentes expertises et compétences** au sein des instances et dans les GT ;
- **Mettre en œuvre la réglementation européenne SoHO** qui constitue un enjeu majeur pour les établissements et les professionnels : elle devra faire l'objet d'une information transparente des professionnels concernés et d'un accompagnement ;
- **Accompagner (voire anticiper par une veille scientifique) les évolutions technologiques et les innovations pour que leur déploiement puisse être réalisé en France au plus vite au profit des patients** (ex DPI-A) ; revoir la liste des techniques et procédés, à la lumière des publications récentes, en y associant les financements adaptés ;
- **Veiller à une harmonisation des pratiques, une égalité territoriale en termes de qualité des prises en charge, délais et résultats** ;
- **Construire des outils de pilotage des activité nationaux, automatisés et interopérables afin de limiter les solliciter les sollicitations des professionnels de santé**.