Concertation sur les sujets relatifs à l'assistance médicale à la procréation

REPONSE du bureau du CNGOF

1/ Parcours donneur et gestion des stocks de gamètes : promotion des dons,

Qualification biologique du don, examens génétiques, information sur les risques,

etc.

Le système de banque de sperme (CECOS) élaboré par Georges DAVID il l y a 50 ans a permis la réalisation de nombreuses procédures de don tant que le nombre de demandeurs était essentiellement limité aux couples hétérosexuels pour lesquels l'infertilité masculine ne pouvait être traitée par ICSI. Mais, depuis l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules dans 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). Il faut donc réorganiser l'activité française de don de gamètes et d'embryons afin de répondre l'augmentation de la demande, réduire les délais d'attente, améliorer l'équité territoriale, sécuriser les parcours et mieux accompagner les donneurs, donneuses receveurs et professionnels.

Nos demandes :

1. **Réduire les délais d'accès** aux parcours d'autoconservation ovocytaire et de don de gamètes
2. **Augmenter l'offre de soins** en ouvrant toutes les activités d'AMP à l'ensemble des centres publics et privés volontaires

3. **Renforcer le recrutement des donneurs et donneuses** par une communication nationale et locale, une simplification des parcours et une meilleure compensation des contraintes et que soit pris en compte les fratries obtenues grâce à un donneur et non plus les enfants nés d'un seul donneur
4. . **Garantir l'équité territoriale**, y compris dans les territoires ultramarins.

Pour ce faire nous demandons :

1 **d'autoriser** tous les centres AMP publics et privés volontaires pour l'activité de don

2 de **Simplifier les parcours donneurs et receveur**

En pratique : réduire le nombre de rendez-vous « physiques » en présentiel (téléconsultation à organiser et à valoriser) dans les centres de don, regrouper les consultations, proposer des horaires élargis y compris les samedis, dématérialiser les démarches et mieux informer les personnes dès l'entrée dans le parcours. Et surtout améliorer la collaboration entre les centres délivrant les gamètes et les autres centres d'AMP qui peuvent assurer tout le bilan y compris la consultation psychologique et la prise en charge sous réserve que les banques de sperme délivrent les paillettes après une seule consultation ce qui les désengorgeraient. avec des vraies conventions et réunions entre le centre distributeur de paillettes et le centre qui prends en charge les patients

3 que les couples ou les femmes ayant recours à un don de sperme aient le droit **au moment du don** d'accéder a des donnés physiques non identifiantes telle que la taille du donneur sa couleur de cheveux ou d'yeux s'ils le souhaitent.

4 de mener une réflexion sur l'approvisionnement complémentaire des centres français par les banques européennes pour réduire les délais si ceux-ci sont trop longs au niveau de la région et de mener une réflexion sur l'implantation de banques privées de gamètes étrangères en France sur le modèle des banques européennes.

—

2/ Fluidification du parcours d'AMP (réduction des délais) : cartographie de

L'offre et des besoins y compris en amont de l'accès aux centres d'AMP, synergies territoriales et nationales à construire pour les centres donneurs et les centres clinico-biologiques, identification des leviers pour un accès équitable à l'AMP en France, adaptation aux demandes actuelles et futures des patients, harmonisation entre centres sur l'intégration des nouvelles techniques en AMP, lutte contre les discriminations, etc.

Repenser le parcours de soins des couples infertiles et des femmes en désir de grossesse, est souhaitable

1. La prise en charge est souvent trop **tardive** Le parcours pourrait être amélioré grâce à un rappel à tous les professionnels de santé des bonnes pratiques sur la prise en charge à 1 an avant 35 ans mais à 6 mois après 35 ans ou d'emblée en cas de signes évocateurs d'infertilité, afin de ne pas retarder la prise en charge si une perte de grossesse survient Il est conseillé de consulter dès un an de rapports réguliers sans contraception si la femme a moins de 35 ans et dès 6 mois si elle a plus de 35 ans. Il est indispensable de réduire le nombre de femmes qui consultent après plusieurs années d'errance diagnostique ou d'aléas thérapeutique. Les femmes ou les couples doivent être orientés d'emblée vers des

professionnels spécialisés ***U*n adressage direct en centre spécialisé clinico-biologique d'AMP** tel que défini par l'ARS par le premier intervenant pour éviter de multiplier les intervenant, de retarder le diagnostic et d'allonger les délais de prise en charge : (i) en cas d'anomalie du bilan initial de la femme ou de l'homme ; (ii) en présence de signes d'appel chez la femme (aménorrhée, cycles de longueur inférieure à 25 jours ou supérieure à 35 jours ; (iii) âge> 35 ans, antécédents de troubles du comportement alimentaire, situation d'obésité ; (iv) antécédents de chirurgie ovarienne ou de traitement à risque gonadotoxique et (v) ainsi qu'en cas d'antécédents familiaux évocateurs d'insuffisance ovarienne prématurée

Définir ce qui relève de la discrimination (ex-refus de prise en charge de femmes non mariées ou de personnes trans) de ce qui relève de la médecine (ex-refus de prise en charge d'une personne diabétique sans prise en charge première du diabète, ou d'une femme en obésité sévère sans prise en charge préalable en nutrition)

3**/ Réponse à la demande d'autoconservation sociétale (non médicale)**

ovocytaire : cartographie de la demande, leviers d'adhésion des professionnels, éléments facilitateurs pour répondre à la demande, etc.

La conservation de gamètes sans raisons médicale a été autorisée en France par la loi de bioéthique de 2021 exclusivement dans les centres autorisés, dont la définition a été donnée dans l'arrêté du 30 décembre 2021 à savoir les centres publics de santé et les établissements de santé privé à but non lucratif (ESPIC) pour les femmes à partir du 29 -ème anniversaire et jusqu'au 37 -ème anniversaire et pour les hommes jusqu' au 45 -ème anniversaire. Si les demandes de conservation de sperme sont exceptionnelles les demandes de

conservation d'ovocytes ont rapidement explosées. D 'après le comité de suivi d'Avril 2026 ,62 centres d'AMP seraient autorisés à cette pratique mais il est de notoriété publique que certains des centres autorisés ne pratiquent pas ou très peu cette activité. Il est évident qu'il faut augmenter l'offre d'autoconservation en France tout en respectant les demandes de prise en charge des couples infertiles, des couples de femmes et des femmes non mariées et la qualité de travail et le bien-être au travail des équipes des centres d'AMP.

Nous soutenons

1 L'autorisation par les ARS de tous les centres d'AMP de France publics ou prives pour la pratique de l'autoconservation sans raison médicale.

2 L'obligation pour tous les centres publics ou privés de pratiquer l'autoconservation sans raison médicale avec un pourcentage minimal d'activité réservé à cette activité, quota fixé pour chaque région en fonction de la demande (maximale dans les grandes villes ou les femmes font leurs enfants plus tard !).

3 Nous demandons également que les indications de préservation médicale de la fertilité (hors contexte carcinologique) soient mieux définies.

Une participation financière pourrait être demandée aux femmes afin d'augmenter les moyens des centres sans pénaliser l'assurance maladie et si l'autoconservation est réalisée dans le secteur libéral des honoraires pourraient être demandés comme c'est déjà le cas pour l'exploration et toute la prise en charge de l'infertilité (inséminations, FIV /ICSI).

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

Dans le contexte économique actuel, nous sommes conscient que les économies demandées au monde de la santé risquent de concerner le traitement de l'infertilité. Nous sommes attachés au principe de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie de l'infertilité reconnue comme une maladie par l'Oms. En revanche demander une participation des patients pour certaines des activités ne nous parait pas choquant.
L autoconservation des ovocytes ou du sperme hors contexte médical pourrait n'être que partiellement prise en charge.
Une participation forfaitaire pourrait être demandée aux candidats. De même une participation des femmes à l'obtention de paillettes de sperme de donneur pourrait être discutée.

En France l'exploration et la prise en charge de l'infertilité (FIV/Isci) est possible en secteur public (sans reste à charge) mais aussi en en secteur libéral avec des honoraires supplémentaires partiellement pris en charge par les mutuelles, l'autoconservation de gamètes faisant partie de l'AMP il serait logique qu'elle puisse être réalisée en secteur libéral avec honoraires. Une **revalorisation** des actes biologiques d'AMP est souhaitable. Les MIG sont versés aux établissements de santé et dans le secteur prive seule la clinique les touche mais les laboratoires privés ne les touchent pas il faut rétablir un modèle économique à l'équilibre si on veut que tous les centres d'AMP pratiquent l'autoconservation sans raison médicale.

5**/ Prise en compte des spécificités des territoires d'outre-mer : promotion du don, accès aux parcours d'AMP, lutte contre la renonciation au soin, leviers pour favoriser la coopération interrégionale, prise en compte de la vulnérabilité aux crises (climatiques, arboviroses, etc.), etc.**

Nous soutenons la création et soutien de nouveaux centres d'AMP ayant toutes les autorisations travaillant si nécessaire en partenariat avec les centres métropolitains ;

6/ Qualité des soins, transparence, accompagnement des parcours et Évaluation des risques en AMP : traçabilité et évaluation des activités biologiques et des pratiques de laboratoire, AMP vigilance, communication auprès des usagers, prise en compte de l'impact -notamment psychologique- des parcours d'AMP sur les patients, suivi de l'état de santé des personnes ayant recours à l'AMP et des enfants nés d'AMP, niveau d'harmonisation des Lpratiques cliniques et biologiques, accès aux données, etc.

La transparence sur l'activité des centres est indispensable, mais elle ne doit pas conduire à des comparaisons simplistes. L'évaluation des centres ne peut reposer sur la seule publication de taux bruts de grossesse ou d'accouchements, qui sont difficilement interprétables lorsqu'ils ne tiennent pas compte des caractéristiques des patientes prises en charge, en particulier de leur âge. Il serait d'ailleurs plus pertinent de les présenter de manière ajustée et stratifiée selon les populations traitées. Une réflexion devrait être menée sur les indicateurs publiés par l'Agence de la biomédecine pour chaque centre. Parmi ceux-ci pourraient figurer le nombre de ponctions réalisées en FIV/ICSI, le nombre d'autoconservations, les taux de succès après transfert d'embryons frais ou congelés, présentés par tranche d'âge, mais également des indicateurs relatifs à l'accès aux soins et à la qualité de la prise en charge, tels que les délais de rendez-vous ou la possibilité d'un accompagnement psychologique.

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

Dans chaque ARS il devrait y avoir un chargé de mission dédié à l'AMP clinique et biologique en lien avec chacun de s centres clinico biologiques de sa région.

Aucune législation européenne ne parait possible car elle serait celle du plus petit dénominateur commun.