STRATÉGIE NATIONALE POUR L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION ET L'EMBRYOLOGIE (2026-2030)

Document de synthèse de la contribution FFER à l'ABM, avec les concertations des BLEFCO, du GEFF, du GRECOT, de la SALF, de la SCGP et de la SMR

À l'attention de l'Agence de la biomédecine (ABM), octobre 2026

---

1. Introduction Générale et Enjeux Stratégiques

L'assistance médicale à la procréation (AMP) et l'embryologie humaine connaissent en France une mutation profonde sans précédent. La loi de bioéthique du 2 août 2021 a supprimé le critère d'infertilité pathologique, ouvert l'AMP aux couples de femmes et aux femmes non mariées (FNM), autorisé l'autoconservation ovocytaire non médicale (PFNM) et instauré le droit d'accès aux origines. La demande de soins a connu un essor massif : les centres clinico-biologiques sont sous tension, les délais d'attente s'allongent et les disparités territoriales s'aggravent.

Face à ces défis majeurs, la réussite de la stratégie nationale repose sur une prise en charge globale et transdisciplinaire du couple et des patients, rendue possible par la richesse, la diversité et la complémentarité scientifique et clinique de l'ensemble de nos sociétés savantes et professionnels de santé. Ce document de synthèse consolide l'ensemble des contributions transmises à l'Agence de la biomédecine (ABM) pour construire une feuille de route 2026-2030 ambitieuse, réaliste et équitable.

2. Partie 1 : Parcours Donneur, Offre de Gamètes et Gestion des Stocks

L'accès au don de gamètes constitue la priorité nationale la plus critique. Depuis 2021, la demande de don de spermatozoïdes a été multipliée par 5 à 7 selon les territoires, engorgeant les CECOS et générant des délais d'attribution de 2 à 4 ans. Cette pénurie pénalise l'ensemble des bénéficiaires et suscite une vive préoccupation chez les couples en situation d'infertilité pathologique engagés dans de longs parcours médicaux.

Orientation Stratégique : Ouverture aux Centres Agréés et Régulation Nationale

La stratégie doit s'orienter vers une ouverture maîtrisée du recrutement, de la qualification, du prélèvement et de la conservation des gamètes à davantage de centres d'AMP agréés volontaires, y

compris privés. Cette décentralisation doit être adossée à une régulation nationale unifiée sous l'égide de l'ABM, garante de l'équité d'attribution, de la gratuité, de l'anonymat (hors dispositif d'accès aux origines) et de la sécurité sanitaire.

- **Ouverture du don aux centres privés volontaires :** Sous cahier des charges strict et contrôle renforcé des ARS et de l'ABM, afin de démultiplier les capacités d'accueil et d'attribution.
- **« Maisons du Don » et de prévention :** Création d'espaces d'information et de recrutement de proximité dans les zones à forte densité de jeunes adultes (campus, centres-villes) pour promouvoir le don et la santé reproductive.
- **Prise en compte prioritaire de l'infertilité pathologique :** Mise en place de filières équitables prenant en compte l'ancienneté du parcours médical et le profil clinique, sans discrimination.
- **Harmonisation des qualifications biologiques et génétiques :** Déploiement de protocoles nationaux uniques de dépistage pour sécuriser les pratiques et fluidifier la circulation des paillettes entre centres.
- **Logiciel national centralisé d'attribution :** Mise en place d'un système d'information national permettant de prioriser sur arguments médicaux et de répartir équitablement les gamètes selon les bassins de vie, selon le principe éthique fondamental : « les paillettes vont aux patientes, et non l'inverse ».
- **Gestion de l'accès aux origines :** Confier la gestion administrative de l'accès aux origines à un guichet national dédié armé par du personnel administratif formé, afin de soulager les équipes médicales et biologiques des centres.
- **Veille sanitaire et environnementale :** Intégration des référentiels de bonnes pratiques pour le don et veille sur les risques environnementaux, chimiques et émergents (virus) ayant un impact sur la qualité des gamètes.

3. Partie 2 : Fluidification du Parcours AMP, Réduction des Délais et Ancrage Territorial

La réduction des délais nécessite une réorganisation globale de la prise en charge : consultations, bilans, monitorage, actes biologiques, cryoconservation et suivi. L'expérience pilote menée en Occitanie démontre l'efficacité d'une gouvernance régionale intégrée pour coordonner les acteurs et lisser les files d'attente.

- **COPIL régionaux AMP et Observatoires de la Fertilité :** Mise en place d'un comité de pilotage par région sous l'égide de l'ARS pour réguler les flux et structurer la coopération entre le public et le privé.
- **Équité d'autorisation public/privé :** Rétablir une équité d'autorisation pour désengorger les centres hospitaliers universitaires (CHU) dont les blocs et plateaux techniques ont été saturés par la PFNM, au détriment des missions d'enseignement et de recherche.

- **Réseaux de proximité et télémédecine :** Réalisation des monitorages et bilans par des professionnels libéraux formés (gynécologues, sages-femmes, biologistes), adossés à des consultations avancées et à la télé-expertise.
- **Indicateur « Time To Pregnancy » (TTP) :** Adopter le délai entre la première consultation et la grossesse comme indicateur clé de performance et de qualité d'un centre, au-delà du seul taux de succès par tentative.
- **Bilan initial structuré dès l'amont :** Arrivée à la première consultation avec un bilan de base déjà réalisé par les praticiens de ville (HSG, spermogramme, échographie pelvienne) afin d'orienter d'emblée vers la technique appropriée.
- **Hôpitaux de jour de fertilité masculine :** Développement d'évaluations andrologiques systématiques et coordonnées avant AMP pour raccourcir les délais du couple et éviter les pertes de chance.

4. Partie 3 : Réponse à la Demande d'Autoconservation Ovocytaire Non Médicale (PFNM)

La PFNM suscite un engouement massif chez les femmes de 29 à 37 ans. Cet afflux a saturé les créneaux de consultation et de ponction du secteur public, générant des délais d'attente de 12 à 18 mois qui conduisent de nombreuses candidates à dépasser la limite d'âge légale de 37 ans.

- **Ouverture de la PFNM aux centres volontaires :** Autoriser l'ensemble des centres agréés publics et privés disposant d'un plateau technique dédié à pratiquer la PFNM pour résorber les listes d'attente.
- **Référentiel National de Bonnes Pratiques :** Fixer des objectifs cibles d'ovocytes à vitrifier selon l'âge et encadrer la répétition des stimulations afin de prévenir la surmédicalisation tout en optimisant les chances réelles de naissance.
- **Information objective et accompagnement psychologique :** Délivrer une information claire rappelant que la PFNM n'est pas une assurance absolue, et proposer un soutien psychosocial approfondi.
- **Régulation de la demande et priorisation :** Filtrer les accès via un bilan d'orientation préalable (médecin de ville ou centre d'information) et prioriser les demandes sur critères médicaux (AMH basse, âge avancé) tout en préservant la priorité absolue des indications oncologiques et médicales.
- **Renforcement des capacités de stockage :** Financer des équipements lourds de cryogénie (cuves d'azote, traçabilité, alarme en continu) pour sécuriser la conservation au long cours.

5. Partie 4 : Financement de l'AMP, Valorisation des Actes et Ressources Humaines

Le modèle économique de l'AMP est à un point de rupture. Les baisses tarifaires répétées en biologie médicale polyvalente et le gel des tarifs spécifiques d'AMP, face au renforcement continu des exigences de sécurité et de traçabilité, rendent l'activité biologique déficitaire dans de nombreux établissements. La soutenabilité financière et l'octroi de ressources humaines sont les conditions sine qua non du succès de la stratégie.

- **Modélisation obligatoire des besoins RH :** Conditionner les agréments à des ratios minimaux de personnels (biologistes, cliniciens, techniciens, psychologues, secrétaires, conseillers en génétique, assistants sociaux) calculés sur le volume d'activité réel.
- **Sanctuarisation tarifaire de la biologie de la reproduction :** Créer un cadre tarifaire et des nomenclatures spécifiques à l'AMP, totalement déconnectés des évolutions de la biologie médicale générale.
- **Revalorisation des actes à la NABM :** Actualiser la rémunération des actes (FIV, ICSI, vitrification, décongélation, IAD) pour intégrer les coûts réels de fonctionnement et les technologies de sécurité (marquage électronique).
- **Fléchage et transparence des crédits MIG :** Garantir la transparence totale de la redistribution des crédits MIG alloués aux CHU pour le don et la préservation, sous le contrôle direct des ARS.
- **Financement des postes de coordination et de génétique :** Attribuer des dotations ciblées pour la coordination administrative/médicale, le conseil génétique et le soutien psychosocial.

6. Partie 5 : Spécificités des Territoires d'Outre-Mer

Les territoires ultramarins sont confrontés à l'isolement géographique, la pénurie de spécialistes, la complexité des transports biologiques et des aléas climatiques ou infectieux récurrents. La réduction de ces inégalités d'accès est une priorité d'équité nationale.

- **Coopérations interrégionales structurées :** Établir des conventions formalisées entre les centres ultramarins et des CHU métropolitains référents pour les expertises complexes (DPI, recours).
- **Sécurisation des transports biologiques :** Financer des procédures logistiques certifiées pour maintenir la chaîne du froid lors des acheminements aériens de gamètes et d'embryons.
- **Plans de continuité d'activité (PCA) :** Doter les centres ultramarins d'équipements de secours autonomes (groupes électrogènes, réserves d'azote) pour protéger le matériel biologique en cas de crise climatique ou sanitaire.

7. Partie 6 : Qualité des Soins, Transparence, Évaluation des Risques et Éthique

Le suivi du terrain met en évidence des tensions éthiques et une hausse des sollicitations complexes. Il convient d'adapter le cadre réglementaire et d'améliorer la gestion de la qualité et des risques.

- **Accompagnement psychosocial en staff pluridisciplinaire :** Intégrer systématiquement des compétences sociales et psychologiques dans les réunions de concertation pour traiter les situations de vulnérabilité.
- **Légalisation et encadrement de la ROPA :** Autoriser la réception des ovocytes de la partenaire au sein des couples de femmes afin de valoriser le projet parental partagé.
- **Procréation post-mortem encadrée :** Permettre la poursuite du projet parental en cas de décès du conjoint, sous réserve d'un consentement écrit préalable et d'un délai de réflexion de 6 à 18 mois.
- **Ajustement des bornes d'âge :** Abaisser l'âge limite réglementaire des IIU à 43 ans en raison de leur faible efficacité au-delà, et introduire de la souplesse pour les transferts d'embryons congelés si le conjoint dépasse 60 ans.
- **Système d'information unique et identitovigilance :** Déployer un logiciel public unifié (AMP, DPI, Don, PFNM) et imposer des outils d'identitovigilance électronique (type Witness) dans tous les laboratoires.
- **Vigilance opérationnelle et étude de l'exposome :** Transformer les retours de matériovigilance en alertes et actions concrètes, et intégrer le recueil des facteurs environnementaux et des comorbidités pour mieux adapter la prévention.

8. Partie 7 : Gouvernance, Pilotage Régional et Prospective

Le pilotage national doit s’appuyer sur un partenariat étroit entre les autorités de santé et les professionnels de santé représentés par leurs sociétés savantes.

- **Conseil National de l'AMP :** Créer un organe permanent de concertation réunissant l'ABM, la DGOS, les sociétés savantes et les associations d'usagers.
- **Anticipation des normes européennes SoHO :** Élaborer des guides de bonnes pratiques pour accompagner la mise en conformité des laboratoires vis-à-vis du nouveau règlement européen sur les substances d'origine humaine.
- **Feuille de route Intelligence Artificielle et Données :** Encadrer l'usage des algorithmes d'IA appliqués à l'embryologie et assurer l'interopérabilité des registres nationaux (Gaïa, SNDS).
- **Démarche d'AMP durable :** Promouvoir la sobriété énergétique en cryogénie, le recyclage des consommables et l'optimisation éco-responsable des transports biologiques.

9. Partie 8 : Préservation Médicale de la Fertilité et Oncofertilité

La préservation médicale de la fertilité, notamment en oncologie, doit retrouver une haute visibilité et demeurer une priorité absolue qui ne saurait être occultée par l'essor des demandes sociétales.

- **Cartographie publique et registres nationaux :** Publier la carte des centres préleveurs/greffeurs et établir un registre national des tissus gonadiques congelés avec un identifiant national unique par patient.
- **Gestion des stockages de très longue durée :** Organiser le suivi et la conservation sur plusieurs décennies pour les prélèvements réalisés chez les très jeunes enfants, en prévoyant les circuits de transport vers les centres greffeurs.
- **Sanctuarisation des financements oncologiques :** Revaloriser spécifiquement les MIG dédiées à l'oncofertilité et à la greffe de tissu gonadique.

10. Partie 9 : Versant Masculin, Andrologie et Santé Globale

Un couple infertile sur deux présentant un facteur masculin, l'homme ne doit plus être considéré comme un simple fournisseur de gamètes, mais comme un patient à part entière bénéficiant d'une prise en charge andrologique globale.

- **Prise en charge multidisciplinaire intégrée :** Associer systématiquement l'évaluation andrologique au parcours du couple, en application des recommandations récentes de la HAS.
- **L'infertilité comme porte d'entrée de la santé globale :** Rechercher et traiter les comorbidités associées (syndrome métabolique, facteurs cardiovasculaires, désordres endocriniens, toxiques, santé sexuelle).
- **Politique de prévention et registres masculins :** Informer les jeunes hommes sur la santé reproductive, prévenir les facteurs de risque modifiables et structurer une base de données nationale sur l'infertilité masculine.

11. Recommandations Opérationnelles Clés

- **Recommandation 1 :** Décentraliser l'exécution du parcours donneur sous régulation unifiée de l'ABM en ouvrant le don aux centres privés agréés volontaires.
- **Recommandation 2 :** Modéliser et rendre obligatoires des ratios de ressources humaines pluridisciplinaires conditionnant l'agrément des centres.
- **Recommandation 3 :** Sanctuariser le financement de la biologie d'AMP via des nomenclatures et tarifs propres, protégés des baisses de la biologie médicale polyvalente.
- **Recommandation 4 :** Garantir la transparence et le contrôle effectif du fléchage des crédits MIG dans les établissements de santé sous la supervision des ARS.

- **Recommandation 5 :** Rétablir l'équité d'accès public/privé pour la PFNM tout en organisant une régulation médicale de la demande.
- **Recommandation 6 :** Légaliser et encadrer la ROPA pour reconnaître le projet parental partagé des couples de femmes.
- **Recommandation 7 :** Autoriser la procréation post-mortem sous réserve d'un consentement écrit préalable et d'un délai de 6 à 18 mois.
- **Recommandation 8 :** Ajuster les bornes d'âge réglementaires : abaiser l'âge limite d'IIU à 43 ans et assouplir les règles pour les transferts d'embryons congelés en cas de conjoint franchissant 60 ans.
- **Recommandation 9 :** Déployer un système d'information national unique et imposer l'identitovigilance électronique (Witness) dans tous les laboratoires.
- **Recommandation 10 :** Généraliser le pilotage régional via des COPIL AMP et inscrire la gouvernance dans un Conseil National de l'AMP permanent.
- **Recommandation 11 :** Affirmer l'oncofertilité comme une priorité nationale sanctuarisée (registre national, identifiant unique, MIG dédiées).
- **Recommandation 12 :** Intégrer pleinement le versant masculin à travers un bilan andrologique systématique, des hôpitaux de jour et une politique de prévention.

12. Points Restant à Débattre avec les Sociétés Savantes et l'ABM

Si un consensus très large se dégage sur la vision stratégique globale et la nécessité d'une refonte en profondeur du système, certains points spécifiques d'application et d'arbitrage réglementaire, économique ou organisationnel font encore l'objet de réflexions complémentaires. Ces sujets, issus de l'analyse croisée des propositions consensuelles et des nuances d'approche entre acteurs, constituent l'agenda des concertations à finaliser avec les sociétés savantes et l'Agence de la biomédecine (ABM) :

• **Modalités d'organisation du don de gamètes :** Il convient d'arbitrer définitivement la séparation stricte entre la fonction de pilotage (plateforme nationale unique d'attribution de l'ABM) et l'exécution décentralisée (recrutement, qualification et conservation dans les centres publics et privés agréés), en écartant le modèle d'une banque physique unique centralisée de type EFS au profit d'une circulation maîtrisée des paillettes vers les patientes et d'un appoint européen encadré.

• **Promotion du don et principe de gratuité :** Le maintien ferme du principe éthique de gratuité du don fait l'unanimité. Les discussions doivent préciser les conditions d'une indemnisation intégrale et simplifiée des frais engagés par les donneurs, le déploiement opérationnel des « Maisons du Don », et l'évaluation des besoins de communication de proximité pilotés avec les ARS.

• **Gestion opérationnelle de l'accès aux origines :** Le périmètre d'intervention des centres doit être centré sur la conservation et la transmission sécurisée des dossiers, en confiant le traitement administratif et l'accompagnement des demandes à un guichet national dédié armé par du personnel administratif formé, en lien avec la CAPADD et l'ABM.

• **Équilibre entre augmentation de l'offre et régulation de la demande de PFNM :** Le débat porte sur la combinaison optimale entre l'ouverture de l'activité aux centres privés volontaires dotés de plateaux dédiés et la mise en place d'un bilan d'orientation préalable (en ville ou en centre d'information), adossé à une liste d'attente nationale priorisant les indications médicales et l'âge sans créer de discriminations.

• **Modèle économique et prise en charge du biobanking pour la PFNM :** Il s'agit d'évaluer précisément, avec la DGOS et l'ABM, le coût réel du stockage au long cours afin d'arbitrer entre un financement 100 % sanctuarisé (tarification ou MIG dédiée) et une éventuelle participation forfaitaire des usagers pour les indications non médicales, avec exonération systématique pour l'oncofertilité.

• **Cadre tarifaire et question des dépassements d'honoraires :** La priorité partagée reste la revalorisation des actes à la NABM et le financement approprié de l'activité. Un groupe de travail dédié DGOS / Assurance Maladie devra instruire la soutenabilité financière des établissements en veillant scrupuleusement au maintien d'une offre accessible sans reste à charge dans chaque bassin de vie.

• **Mécanismes de financement hospitalier et suivi des crédits MIG :** Les modalités pratiques de contrôle et de transparence du fléchage des MIG attribuées aux CHU doivent être formalisées par les ARS, en articulation avec le soutien direct des actes de biologie de la reproduction et la revalorisation ciblée des activités d'oncofertilité et de greffe de tissu gonadique.

• **Régulation de la taille et de la capacité des centres :** Le pilotage régional par les COPIL devra calibrer les agréments non pas sur le seul nombre d'établissements, mais sur leurs capacités réelles d'accueil, leurs plateaux techniques et leurs dotations en moyens humains pluridisciplinaires.

• **Organisation de la cryoconservation de très longue durée :** Les acteurs doivent s'accorder sur l'articulation entre le maintien des équipements de stockage locaux sécurisés et la création de pôles régionaux ou nationaux d'inventaire administratif (avec numéro unique) dédiés à la conservation pérenne des tissus gonadiques prélevés chez les enfants.

• **Gradation des parcours d'accompagnement psychosocial :** Il convient de définir les modalités d'évaluation proportionnée permettant d'offrir un soutien médico-psychologique et social ciblé aux personnes vulnérables ou seules, sans alourdir inutilement le parcours des patientes ou couples ne présentant pas de facteur de risque identifié.

• **Harmonisation du tableau de bord national des indicateurs de qualité :** Le choix des indicateurs partagés devra combiner le taux de naissance vivante par tentative, le Time To Pregnancy (TTP), les délais réels d'accès et des indicateurs spécifiques à la prise en charge masculines, ajustés sur le profil clinique pour éviter tout biais de sélection des patients.

• **Encadrement du recueil des données de l'exposome et de santé publique :** Afin de mieux appréhender les facteurs d'infertilité environnementaux et sociétaux, un consensus doit être finalisé sur le recueil structuré des comorbidités, du niveau socio-éducatif et du bassin de vie dans les logiciels métiers, sous le strict respect du cadre réglementaire CNIL et RGPD.