RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Institut National du Cancer

NOTE EXTERNE

PRÉSIDENCE

DATE	30/09/2026
OBJET	Organisation de la concertation sur les sujets relatifs à l'assistance médicale à la procréation (AMP)
DE	Madame Suzette DELALOGE
À	Madame Marine JEANTET
COPIE	

Ce document est une réponse à Madame la Directrice générale de l'Agence de la biomédecine (ABM) relatif à l'organisation de la concertation sur les sujets relatifs à l'assistance médicale à la procréation (AMP). Les spécificités de la cancérologie à l'égard de la préservation de la fertilité ne permettent pas de suivre le plan suggéré dans le courrier d'invitation.

1. Considérations générales

La procréation médicale assistée (AMP) et la préservation d'embryon constituent un enjeu particulièrement important en cancérologie et en hématologie. La préservation de la fertilité est une des composantes socle du « panier des soins oncologiques de support » (SOS). Ce « panier » a été redéfini en 2021 par l'Institut National du Cancer (INCa) dans un rapport d'expertise intitulé « Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer – Référentiel organisationnel national / avis d'experts », suite à la saisine de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Il est constitué de quatre soins « socles » : la prise en charge de la douleur ; la prise en charge diététique et nutritionnelle ; la prise en charge psychologique ; la prise en charge sociale, familiale et professionnelle. A ces quatre soins socles cinq soins « complémentaires » comprenant l'activité physique adaptée (APA), la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité, les conseils d'hygiène de vie, dont tabacologie et addictologie, ainsi que le soutien psychologique des proches et aidants.

A ce titre, la préservation de la fertilité est un des critères exigés par les Agences régionales de santé (ARS) pour la délivrance des autorisations à exercer la cancérologie. Sur proposition de l'INCa, l'article R. 6123-91-8. du Décret n° 2022-689 du 26 avril 2022, relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer précise : *« L'autorisation ne peut être accordée que si le demandeur dispose d'une organisation, mise en place le cas échéant conjointement avec d'autres titulaires d'une autorisation de traitement du cancer, qui assure à chaque patient, le cas échéant, un accompagnement et un accès, au plus près de son lieu de vie, aux techniques de préservation de la fertilité mentionnées à l'article L. 2141-11. A cet effet, l'organisation mise en place associe au moins un titulaire d'autorisation d'activités d'assistance médicale à la procréation mentionnée au d du 2° de l'article R. 2142-1.* »

Il s'agit de préserver la fertilité des hommes et des femmes et de rendre possible un projet parental après le cancer, lorsque l'âge, la localisation tumorale, le pronostic et les traitements le permettent.

Les SOS, dont la préservation de la fertilité, ont une place prépondérante dans le parcours de soins des patients, ainsi que pour leurs proches et aidants. Ils participer activement au projet de soins, au processus de décision médicale et à la gestion des traitements, au quotidien pendant et après le traitement spécifique, voire à distance

de celui-ci.

Les besoins sont très variables selon les caractéristiques des patients. Certaines tumeurs (cancer du testicule, maladie de Hodgkin) sont intrinsèquement associées à une réduction de la fertilité. Cependant, pour la plupart des cancers, de nombreux traitements qui sont susceptibles d'induire une réduction de la fertilité, d'augmenter du risque de ménopause précoce ou une stérilité. Il est important d'informer les patients que la tératogénicité des médicaments incite à observer des mesures contraceptives pendant certains traitements et dans les mois qui suivent leur arrêt.

pas maladie de Hodgkin mais cancer des ovaires ou utérus?

Les chirurgies pelviennes et/ou gonadiques, mais aussi les irradiations pelviennes ou systémiques (radiothérapie interne vectorisée, irradiation corporelle totale), peuvent altérer les organes de la reproduction, mais aussi certaines fonctions endocriniennes. De même, de nombreux médicaments, notamment à action alkylante, réduisent fortement le stock ovocytaire ou spermatocytaire. Des perturbations endocriniennes, un retentissement de la maladie sur la sexualité, sur l'image corporelle sont également susceptibles d'altérer les possibilités procréatives à long terme.

par ailleurs certains traitements retardent considérablement l'âge de procréation (exemple hormonothérapies prolongées)

Les recommandations internationales préconisent que tout patient en âge de procréer, exposé à un risque de gonadotoxicité bénéficie d'une information et d'une orientation précoces, idéalement avant le début du traitement. L'Agence de la biomédecine (ABM) souligne la nécessité d'adapter l'offre aux besoins et de garantir son accès équitable.

Le délai disponible pour mettre en place une solution de préservation de la fertilité est variable. Certaines tumeurs à temps de doublement rapide, notamment les tumeurs hématologiques ou pédiatriques, sont des urgences thérapeutiques et laissent une fenêtre étroite pour une procédure de préservation.

2. Listes des principaux enjeux

Accès précoce	La préservation doit pouvoir être proposée avant tout traitement gonadotoxique
Équité	Les possibilités d'accès s'appliquent aux enfants, adolescents, femmes et hommes, quel que soit le lieu de résidence
Délai	On doit pouvoir préserver la fertilité sans retarder un traitement, a fortiori lorsqu'il est urgent
Adaptation à l'âge	La pertinence et les moyens sont différents selon que le cancer survient avant la puberté, chez les adolescents adultes jeunes (AJA), chez l'adulte plus âgé.
Adaptation au cancer	Le risque vital dépend de la nature du cancer, du stade évolutif et des traitements.
Fertilité et grossesse après cancer	Le désir d'enfants et le nombre d'enfants est déterminant, de même que la date et les conditions envisagées pour le projet parental
Moyens	Choix des traitements permettant d'épargner le stock ovocytaire/spermatocytaire et les chances de fécondation ultérieures. Conservation spermatocytaire, folliculaire ou de parenchyme gonadique en fonction des situations
Conservation à long terme	Enjeu de la conservation des gamètes conservés sur de longues périodes. Faut-il conserver les gamètes des patients décédés ?
Recherche	Développer des solutions pour les situations actuellement sans option satisfaisante.
Organisation	Le parcours de soins oncologique intégre la préservation de la fertilité, l'AMP et l'embryologie comme des composantes essentielles. Ces éléments sont repris dans le panier des soins oncologiques de support de l'INCa et dans les critères d'autorisation à l'exercice de la cancérologie.

caractère systématique de la proposition dans touites les situations pertinentes qui sont nombreuses

nombre d'enfants souhaité

traitements médicaux dédiés à l'épargne gonadique

La suite de ce document examine les enjeux chez les malades atteints de cancer.

3. Les enjeux liés à l'âge

Les enjeux dépendent bien entendu de l'âge auquel le cancer survient. L'enfant et l'adulte jeune développent plus volontiers des tumeurs à temps de doublement rapide, plus sensibles aux traitements et des chances de guérison

élevées. C’est aussi la population dans laquelle la préservation des possibilités des procréations est essentielle.

A. Enfant prépubère

- **Chez la fille.** Il n'est pas possible de réaliser une stimulation ovarienne classique avant la puberté. La principale stratégie est donc le prélèvement et la cryoconservation de tissu ovarien avec restauration ultérieure de la fonction ovarienne par autogreffe et éventuellement utilisation future des follicules/ovocytes obtenus à partir du tissu conservé. L'Agence de la biomédecine distingue les conservations ovariennes chez les moins de 12 ans, 12–18 ans et adultes, ce qui illustre l'enjeu spécifique de ces populations. Le défi majeur est de passer d'une conservation « préventive » à une véritable stratégie de restauration de fertilité.
- **Chez le garçon.** Il n'existe pas chez le garçon prépubère l'équivalent établi de la conservation de spermatozoïdes chez l'adulte. Les recommandations considèrent encore la conservation de tissu testiculaire comme une approche de recherche. La situation est plus expérimentale que chez la fille avec différents schémas de conservation de tissu testiculaire, de recherche sur les cellules germinales/spermatogonies et de maturation ultérieure des cellules germinales.

B. Adolescent

C'est une période charnière avec une maturité sexuelle variable, une autonomie progressive dans la décision, la nécessité d'une information adaptée et des enjeux psychologiques et de construction de la vie adulte. Comme chez les enfants, le type de tumeur conditionne souvent l’urgence du traitement.

C. Jeune femme adulte

L'AMP est ici plus opérationnelle avec la possibilité de vitrification ovocytaire, de congélation embryonnaire, de conservation de tissu ovarien ou de transposition ovarienne dans certaines radiothérapies pelviennes. La vitrification ovocytaire a considérablement amélioré les possibilités de conservation. Elle présente également l'avantage de ne pas nécessiter de partenaire, contrairement à la congélation embryonnaire. Cependant, l'âge est déterminant et détermine le stock et la qualité ovocytaire.

D. Femme après 35–40 ans

Le cancer est diagnostiqué à un âge où la réserve ovarienne est déjà réduite. Il est impossible de présenter la préservation ovocytaire comme une garantie de fertilité. La décision dépend de plusieurs paramètres : délai nécessaire à la stimulation ovarienne, réserve ovarienne, toxicité du traitement, pronostic oncologique, possibilité d'une grossesse ultérieure, recours éventuel au don d'ovocytes.

E. Homme adulte

La cryoconservation spermatique avant traitement est une stratégie standard lorsqu'un risque d'infertilité existe, après réalisation d’un spermogramme pour évaluer la richesse du sperme. Un prélèvement de tissu testiculaire est une alternative en cas de nécessité. Cependant, interviennent également dans la fécondité pendant ou après cancer.

4. Les enjeux selon le sexe et la pathologie

Cancer du sein chez la femme

Le problème concerne les formes survenant chez les femme jeunes, parfois dans un contexte de cancer lié à des mutations familiales (BRCA surtout, PALB, p53). L’âge, le risque métastatique, la réserve ovarienne, le statut hormonal de la tumeur, la nécessité d'une chimiothérapie ou d’un traitement endocrinien prolongé

manque la fin de la phrase ici

Hémopathies malignes

Les leucémies aiguës et les lymphomes survenant chez les patients jeunes (plus rarement myélome et hémopathies chroniques lymphoïdes ou myéloïdes) nécessitent des traitements intensifs ou des conditionnements des greffes de cellules souches hématopoïétiques, fortement gonadotoxiques.

On ne dispose parfois pas du délai nécessaire à une stimulation ovarienne classique. Cela peut justifier des protocoles de stimulation accélérée, une cryoconservation de tissu ovarien.

3

Cancers gynécologiques

Les stratégies doivent être adaptées à la localisation (col utérin, ovaire, endomètre, vulve/vagin) et concernent la fertilité, les structures anatomiques et la sécurité oncologique. La chirurgie conservatrice peut être envisagée dans certaines situations sélectionnées, mais elle ne doit jamais compromettre le contrôle tumoral. La transposition ovarienne peut être envisagée dans certaines situations nécessitant une radiothérapie, mais elle ne protège pas complètement contre l'irradiation diffusée.

5. Chez l'homme, certaines pathologies sont particulièrement problématiques

Cancer du testicule

Cette tumeur survient souvent chez des patient jeunes, a un excellent pronostic. Cependant, la spermatogenèse peut être altérée d'emblée, être aggravée par les traitements potentiellement gonadotoxiques (platine, béomycine, étoposide). La conservation spermatique avant traitement doit donc être intégrée au parcours dès le diagnostic.

Hémopathies

Même problématique que chez la femme concernant alkylants, chimiothérapies intensives, conditionnement de greffe.

6. Conclusion

L'enjeu de la fertilité est essentiel dans le parcours de soins des patients atteints de cancer. Il concerne les enfants, les hommes et les femmes jeunes. La préservation de la fertilité est une des composantes essentielles du « panier des soins oncologiques de support ». C'est un des critères d'autorisation pour l'exercice de la cancérologie. Il réside en une préservation préventive ses gamètes ou le tissu reproducteur, de la fonction endocrine, en tenant compte des potentialités ou du projet parental et du pronostic et proposer le recours à procréation médicalement assistée.

Il est important d'organiser d'emblée un parcours « cancer fertilité » incluant l'évaluation immédiate du risque gonadotoxique, en tenant compte de l'âge, du sexe, du type et du stade tumoral, du pronostic, des traitement anticancéreux à venir et du désir d'enfants.

La surveillance de la fonction gonadique doit notamment être réévaluée lors de la consultation de fin de traitement pour aborder l'après cancer. Le projet parental doit pouvoir être mené à bien grâce à l'AMP et l'utilisation des gamètes ou tissus conservés.