HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Santé sexuelle et reproductive

Volet 1. Fertilité et santé globale
Volet 2. Infertilité : exploration en première intention

Adopté par le Collège le 11 juin 2026

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	**Preuve scientifique établie** Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	**Présomption scientifique** Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	**Faible niveau de preuve** Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	**Accord d'experts** En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	**Santé sexuelle et reproductive** Volet 1. Fertilité et santé globale Volet 2. Infertilité : exploration en première intention
Auteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Demandeur	Direction générale de la Santé (DGS)
Objectif(s)	Cette recommandation de bonne pratique comprend trois thèmes : « Fertilité et santé globale » (volet 1) ; « Infertilité : exploration en première intention » (volet 2) ; « Actualisation de la consultation préconceptionnelle » (volet 3 en cours d'élaboration).
Destinataires principaux	Professionnels impliqués dans la santé sexuelle et reproductive
Autres personnes concernées	Associations d'usagères et d'usagers dans le champ concerné.
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Validation	Examiné par la Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI) le 19 mai 2026 Adopté par le collège le 11 juin 2026
Reproduction et citation de ce document	Le présent document peut être reproduit conformément aux mentions légales établies par la HAS. Pour le citer : Haute Autorité de santé. Santé sexuelle et reproductive – Volet 1. Fertilité et santé globale – Volet 2. Infertilité : exploration en première intention – Volet 3. Consultation préconceptionnelle. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine. 2026

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juin 2026 – ISBN : 978-2-11-179644-7

Sommaire

Introduction 7

1. Cadre du travail 11

1.1. Naissances et intention de fécondité 11
1.2. Épidémiologie périnatale 12
1.3. Élargir les soins préconceptionnels 15
1.4. Lier soins préconceptionnels et santé sexuelle et reproductive 16
1.5. Élargir la définition des soins préconceptionnels 18
1.6. Intégrer la santé psychique comme une composante de la santé préconceptionnelle 19
1.7. Intégrer les situations de vulnérabilité comme composante de la santé préconceptionnelle 21
1.8. Synthèse 23

Volet 1. Fertilité et santé globale 25

1.9. Introduction 25
1.10. Niveau de sensibilisation à la fertilité 26
1.10.1. Définition 26
1.10.2. Évaluation du niveau de sensibilisation 26
1.11. Prendre en compte la littératie en santé 33
1.11.1. Adaptations en cas de difficultés à comprendre l'information et la traiter 34
1.11.2. Adaptations en cas de difficultés à communiquer 34
1.12. Adopter le bon langage pour communiquer sur la fertilité 35
1.12.1. Améliorer la communication sur la fertilité 35
1.13. Recommandations 36
1.14. Partager les informations disponibles sur la fertilité 38
1.14.1. Facteurs constitutionnels : l'âge 38
1.14.2. Facteurs médicaux 40
1.14.3. Facteurs comportementaux 43
1.14.4. Facteurs environnementaux, dont professionnels : agents physiques, chimiques 52
1.14.5. Facteurs psychosociaux : stress, anxiété, dépression, violence 57
1.14.6. Efficacité des mesures de prévention pour améliorer la fertilité 58
1.14.7. Rôle des services de la prévention et de la santé au travail pour la protection des professionnels exposés 61
1.14.8. Réseau national PRÉVENIR 63
1.14.9. Synthèse 63
1.15. Faire de la santé conceptionnelle une priorité des consultations 63
1.15.1. Obstacles et facteurs facilitant la mise en œuvre d'une consultation conceptionnelle 63
1.15.2. Aborder la santé conceptionnelle à l'occasion des consultations 64
1.16. Recommandations 67

1.17. Ouvrir le dialogue sur l'intention de conception et orienter vers une consultation ou un entretien dédiés 69
1.17.1. Démarches pour structurer les échanges 70
1.17.2. Démarches autonomes pour faciliter la réflexion sur l'intention de conception 75
1.17.3. Recommandations 77
1.18. Quel contenu pour les consultations de santé reproductive ? 80
1.18.1. Consultation de santé sexuelle et de contraception en l'absence de projet conceptionnel ou de projet différé 80
1.18.2. Consultation de fertilité et de santé globale en cas d'indécision ou de projet conceptionnel différé 84
1.18.3. Consultation préconceptionnelle dès le projet de grossesse 94
1.18.4. Consultation d'exploration de troubles sexuels ou de suspicion d'une infertilité 95
1.18.5. Explorer une infertilité en 1re intention en soins primaires 99
1.19. Porter attention aux situations de vulnérabilité 99
1.19.1. Recommandations sur le repérage d'une situation de vulnérabilité 100
1.19.2. Recommandations concernant la vulnérabilité psychique 100
1.19.3. Recommandations concernant la vulnérabilité sociale, la précarité, les situations de violence, l'accès aux soins 100
1.20. Projet conceptionnel chez une personne ou un couple en situation de handicap 101
1.20.1. Avoir des enfants : un droit fondamental 102
1.20.2. Vécu psychique et projet conceptionnel 102
1.20.3. Accompagner l'expression d'une intention de conception 103
1.20.4. Utiliser des modalités de communication et des dispositifs adaptés et inclusifs en fonction des besoins 105
1.20.5. Analyse des recommandations de bonne pratique 107
1.20.6. Recommandations 109
1.21. Projet conceptionnel chez une personne trans ou un couple comportant au moins une personne trans 112
1.21.1. Dans les recommandations internationales 112
1.21.2. Recommandations 114
1.22. Projet conceptionnel en cas de maladie chronique somatique et/ou psychique 114
1.22.1. Dans les recommandations internationales 114
1.22.2. Recommandations 116
1.23. Projet conceptionnel en cas de maladies ou de caractéristiques génétiques individuelles ou familiales connues 117
1.23.1. Inscription dans le cadre règlementaire français 117
1.23.2. Recommandations 118

Volet 2. Infertilité : exploration en première intention 120

1.24. Introduction 120
1.25. Définition, épidémiologie, étiologies 120
1.26. Recommandations internationales sur l'exploration d'une infertilité 122

1.27. Objectifs de l'évaluation initiale d'une situation d'infertilité 124
1.27.1. Dans les recommandations internationales 124
1.27.2. Recommandations 124
1.28. Quand débuter une exploration pour infertilité ? 126
1.28.1. Dans les recommandations internationales 126
1.28.2. Recommandations 127
1.29. Coordination de la démarche d'exploration en première intention 128
1.29.1. Recommandations 128
1.30. Principes de l'exploration en première intention 129
1.30.1. Démarche structurée et centrée sur le couple 129
1.30.2. Recommandations 129
1.31. Conduire l'exploration en première intention d'une situation d'infertilité 130
1.31.1. Dans les recommandations internationales 130
1.31.2. Recommandations 131
1.32. Contenu de l'exploration initiale chez l'homme 134
1.32.1. Dans les recommandations internationales 134
1.32.2. Recommandations 142
1.33. Contenu de l'exploration initiale chez la femme 148
1.33.1. Dans les recommandations internationales 148
1.33.2. Recommandations 155
1.34. Annoncer les résultats et envisager les suites de la démarche 160
1.34.1. Informer régulièrement des résultats des explorations 160
1.34.2. Anticiper le retentissement psychologique du parcours d'exploration 160
1.34.3. Recommandations 161

Volet 3. Consultation préconceptionnelle 163

Méthode 164

Recherche documentaire 167

Table des annexes 177

Références bibliographiques 188

Contributeurs 196

Introduction

Contexte et saisine

L'analyse de l'évolution des indicateurs de santé périnatale entre 2010 et 2019 permet de mieux cerner les facteurs individuels, comportementaux et environnementaux susceptibles d'altérer la fertilité masculine et féminine, ainsi que les états de santé associés à la grossesse, à l'accouchement et à l'enfant à naître. Ces constats plaident pour un renforcement de la prévention et de la promotion de la santé dès la période préconceptionnelle[1].

Dans le même temps, les intentions de fécondité diminuent régulièrement depuis quinze ans dans le monde, en Europe et aussi en France hexagonale et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Cette tendance touche tous les groupes sociaux, quels que soient le sexe, l'âge, le pays de naissance, le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau de vie. Le choix de ne pas avoir d'enfants, d'en avoir moins ou de repousser la décision progresse, notamment en raison du contexte géopolitique et économique, du changement climatique, des perspectives pour les générations futures, ainsi que d'une conception plus égalitaire des rôles domestiques et parentaux.

Par ailleurs, en 2019, l'âge à la première maternité en France continue d'augmenter. Le décalage de l'âge maternel et paternel lors des grossesses suivantes s'accompagne d'un risque accru de complications obstétricales et périnatales.

Or, la fréquence des grossesses non planifiées limite l'accès à des soins préconceptionnels, peut conduire à un suivi prénatal plus tardif et s'associer à des complications périnatales. Dans ce contexte, les interruptions volontaires de grossesse augmentent également.

Ainsi, le contexte sociétal, l'épidémiologie périnatale et les comportements de santé des personnes en âge de procréer, combinés aux avancées en biologie, en épigénétique et sur les liens entre environnement et santé, justifient une approche plus précoce et élargie de la santé sexuelle et reproductive.

À plus long terme, il est désormais établi que les périodes précédant et suivant immédiatement la fécondation, jusqu'au stade embryonnaire précoce, peuvent influer en partie sur la santé globale de l'enfant à l'âge adulte. Cette hypothèse s'inscrit dans la théorie des origines développementales de la santé et des maladies sur la descendance (DOHaD – *Developmental Origins of Health and Disease*) et celle des origines paternelles de la santé et des maladies (POHaD – *Paternal Origins of Health and Disease*).

C'est dans ce contexte que la Haute Autorité de santé a été saisie par la direction générale de la Santé en 2024 pour actualiser et élargir la recommandation de bonne pratique « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer[2] », dont l'objectif était d'accompagner toute femme ou tout couple dès lors qu'un projet conceptionnel était exprimé.

L'enjeu est de permettre aux personnes en âge de procréer de protéger leur fertilité et d'améliorer leur santé, en identifiant les facteurs susceptibles de l'altérer : au premier rang, l'âge maternel et paternel, mais aussi les habitudes de vie, ainsi que l'environnement professionnel et domestique. Par ailleurs, consolider les améliorations acquises pendant la grossesse et les premières années de vie de l'enfant constitue un déterminant de la santé des adultes que ces enfants deviendront[3].

---

[1] Santé publique France. 2024. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019

[2] Haute Autorité de santé – Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer (has-sante.fr)

[3] Ministère de la Santé. 2020. Les 1 000 premiers jours de l'enfant

Cette recommandation s'inscrit dans la mise en œuvre du plan ministériel « fertilité » qui fait suite à la publication en 2022 du rapport sur les causes d'infertilité « Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité » (Pr Samir Hamamah et madame Salomé Berlioux). Elle s'articule également avec les travaux ministériels sur la santé périnatale et maternelle[4] et avec le plan d'action 2026-2027 relatif à la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap[5].

Thèmes abordés

Ce travail comprend trois thèmes.

Le premier thème (volet 1) aborde les occasions de consultation qui permettent d'ouvrir le dialogue sur le projet conceptionnel et d'orienter selon les besoins et les attentes des personnes, vers une consultation dédiée et adaptée à leur situation.

Le deuxième thème (volet 2) aborde l'exploration en 1re intention d'une situation d'infertilité et l'orientation pour approfondir l'évaluation.

Le troisième thème (volet 3) actualise la consultation préconceptionnelle proposée dès l'expression d'un projet conceptionnel définie dans le document « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer », publié en 2009 par la HAS.

Les recommandations issues de ces trois thèmes sont mises en œuvre dans le respect de la liberté de décider d'avoir ou pas un ou plusieurs enfants, à quel moment. Elles tiennent compte de la diversité des personnes et des couples concernés pour répondre à leurs besoins spécifiques {Haute Autorité de santé, 2020 #265}.

Dans ce travail, le projet conceptionnel désigne l'intention de toute personne en âge de procréer de donner naissance à un enfant. Il n'aborde pas d'autres formes de parentalité qui reflètent la diversité des structures familiales contemporaines.

La santé globale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. Elle est associée à la notion de bien-être.

Professionnels et personnes concernées

Ce travail est destiné aux professionnels de santé, aux équipes et structures, impliqués en santé sexuelle et reproductive, en santé périnatale, et plus largement dans le suivi de la santé globale des personnes en âge de procréer, plus particulièrement :

- les médecins généralistes, gynécologues médicaux et obstétriciens, sages-femmes, médecins avec une compétence en andrologie, en sexologie, urologues, médecins spécialistes de la reproduction, endocrinologues de la reproduction, médecins et équipes spécialisés dans le handicap, biologistes de la reproduction, conseillers en génétique, médecins généticiens, psychologues, psychiatres, médecins et équipes spécialisées dans le suivi d'une maladie chronique, infirmiers en exercice coordonné, pharmaciens ;
- les médecins et infirmiers des services de prévention et de santé au travail, les médecins et infirmiers des services de santé universitaire ou scolaire s'adressant à de jeunes adultes ;

[4] Lancement de la première réunion du comité de pilotage du plan fertilité et des travaux ministériels sur la santé périnatale et maternelle – Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, consulté le 16 février 2026.

[5] Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. 2026. Lancement du plan d'action 2026-2027 pour la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap | handicap.gouv.fr

- les équipes des centres de santé sexuelle (anciens centres de planification et d'éducation familiale), centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) ; les établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) ; les comités de coordination régionale de la santé sexuelle (CORESS) ;
- les services de protection maternelle et infantile (PMI) ; les réseaux de santé en périnatalité (RSP) ;
- les équipes des centres ressources IntimAgir, des services d'accompagnement à la parentalité et à la périnatalité ou CapParents, des dispositifs Handigynéco et des plateformes HandiConsult ;
- les centres régionaux de pathologie professionnelle et environnementale (CRPPE), les centres PRÉVENIR[6] ;
- les travailleurs sociaux, les associations d'usagers des systèmes de santé dans le champ concerné.

Les personnes concernées sont celles en âge de procréer, qu'elles aient ou non un projet parental à court, moyen ou long terme, à l'exclusion de populations qui nécessitent une approche adaptée pour répondre à leurs besoins spécifiques : les adolescentes et adolescents, les personnes privées de liberté, les personnes vivant dans la rue.

Pouvoirs publics et Assurance maladie

En complément des recommandations aux professionnels concernés, le groupe de travail en charge de l'élaboration de cette recommandation a souhaité attirer l'attention des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie sur plusieurs points.

Sensibiliser et informer les personnes en âge de procréer

- Pour sensibiliser les personnes en âge de procréer, les associations d'usagers ayant des actions de soutien à la fertilité et d'accompagnement de l'infertilité doivent pouvoir s'appuyer sur une information en santé fiable, accessible et compréhensible avec le soutien des pouvoirs publics.
- Des campagnes d'informations audiovisuelles ou numériques pourraient être organisées à destination du grand public/ des personnes en âge de procréer en veillant à l'accessibilité des informations (FALC, langue des signes, braille, traduction en plusieurs langues).

Favoriser l'accès à des entretiens préconceptionnels

- Les femmes ont accès à un suivi gynécologique dès la puberté et tout au long de leur vie reproductive. Cet accès doit être maintenu et encouragé.
- Les hommes ont moins d'opportunités de s'entretenir avec un professionnel de santé sur leur santé sexuelle et reproductive et/ou leur projet conceptionnel. L'accès à des entretiens préconceptionnels doit être favorisé et mis en place.
- L'accès à la consultation de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et à « Mon bilan prévention » devrait être étendu aux personnes de plus de 26 ans afin d'aborder l'intention de procréer en complément des sujets déjà abordés en santé sexuelle et reproductive.

Favoriser l'expression de l'intention de concevoir des personnes en situation de handicap et son accompagnement

- L'accès à l'information, l'expression du consentement et l'autonomie chez les personnes en situation de handicap nécessitent des réponses adaptées, soutenues par une formation des

[6] Réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse. Réseau des centres PRÉVENIR – Des experts hospitaliers pour l'amélioration de la santé reproductive

professionnels de santé et/ou une mise en lien avec des professionnels et équipes qui ont développé une expertise dans le domaine.

Favoriser l'accès à des séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS)

- L'accès à des séances EVARS proposées dès le plus jeune âge à tout jeune doit être rendu possible aux jeunes en situation de handicap, dans le milieu éducatif et dans les structures d'accueil spécialisées et les établissements médico-sociaux.

Accessibilité à une consultation longue pour explorer une situation d'infertilité

- En cas de suspicion d'une situation d'infertilité, une consultation dédiée au couple et à chaque partenaire est proposée.

Coordination de la démarche diagnostique en 1re intention

- La coordination de la démarche diagnostique assurée par un médecin et son organisation assurée par un médecin ou un professionnel référent disposant d'une formation complémentaire devraient faire l'objet d'une valorisation spécifique. Cette valorisation doit tenir compte du temps consacré à des échanges interprofessionnels, à l'organisation des examens et au recueil des résultats, à l'orientation, à l'accompagnement des personnes.

Gradation des recommandations

Le grade des recommandations est établi par le groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Toutefois, l'absence d'études ou leur qualité méthodologique insuffisante, tant sur le niveau de sensibilisation de la population en âge de procréer que sur l'efficacité des interventions en faveur de la fertilité et de la santé globale (ainsi que sur leurs éventuels effets indésirables), n'a pas permis d'attribuer un grade aux recommandations. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel (AE) du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. La HAS tient à souligner que l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que ces recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

1. Cadre du travail

1.1. Naissances et intention de fécondité

- Le nombre de naissances diminue chaque année en France hexagonale. Les Françaises et les Français veulent moins d'enfants et ont des enfants à un âge de plus en plus tardif avec un décalage de l'âge des maternités suivantes.
- La baisse des intentions de fécondité touche tous les groupes sociaux, quels que soient le sexe, l'âge, le pays de naissance, le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau de vie {Bouchet-Valat and Toulemon, 2025 #244}.
- Le choix de ne pas avoir d'enfants, d'en avoir moins ou de repousser la décision progresse, notamment en raison du contexte géopolitique et économique, du changement climatique, des perspectives pour les générations futures, ainsi que d'une conception plus égalitaire des rôles domestiques et parentaux.

C'est un fait, le nombre de naissances diminue régulièrement chaque année.

En 2024, 663 000 bébés sont nés, soit 2,2 % de moins qu'en 2023 et 21,5 % de moins qu'en 2010, année du dernier pic des naissances. L'année 2021 fait néanmoins exception, 742 100 enfants sont nés malgré le contexte pandémique en France hexagonale.

Le nombre de naissances dépend à la fois du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité. Le nombre moyen d'enfants par femme était de 1,79 en 2022 alors qu'il était de 2,03 en 2010[7]. Depuis 2016, la population féminine âgée de 20 à 40 ans a peu évolué en nombre. Cette baisse du nombre des naissances s'explique donc exclusivement par la baisse de la fécondité.

Cette baisse de la natalité concerne également les départements et régions d'outre-mer (DROM)[8].

La tendance observée depuis quarante ans à avoir ses enfants toujours plus tard se poursuit.

En France hexagonale, depuis 2008, les femmes de 30 à 34 ans ont la fécondité la plus élevée : 11,1 enfants en 2024 pour 100 femmes de cette tranche d'âge, contre 12,0 en 2016. Comme en 2023, le taux de fécondité avant 40 ans diminue en 2024, y compris pour les femmes âgées de 30 à 39 ans, qui n'étaient pas ou peu concernées par le recul de la fécondité avant la crise sanitaire. En 2024, le taux de fécondité ne se redresse légèrement que pour les femmes d'au moins 40 ans, à 1,0 enfant pour 100 femmes de cette tranche d'âge[9].

L'âge au premier enfant continue d'augmenter.

Les femmes qui ont accouché en 2019 avaient en moyenne 30,8 ans. Cet âge n'a cessé de progresser depuis 1977 où l'âge moyen à l'accouchement était de 26,5 ans {Pison, 2020 #55}. En 2023, en France, les femmes accouchent à 31 ans en moyenne, soit 0,8 an de plus qu'en 2013. L'Insee relève que l'âge à la maternité, tous rangs de naissance confondus, augmente de manière continue depuis le milieu des années 1970. Cette évolution est avant tout portée par la hausse de l'âge à la première maternité : en 2023, les femmes ont leur premier enfant à 29,1 ans en moyenne, soit 5,1 ans plus tard

[7] Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2024. Site internet : Insee. Montrouge (France) ; 2025 Indicateur conjoncturel de fécondité – Europe et pays développés – Les chiffres – Ined – Institut national d'études démographiques

[8] Dress. Indicateurs de santé périnatale 2023. 2025. Indicateurs de santé périnatale 2023 : la mortinatalité reste stable en 2023 | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

[9] Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2024. Site internet : Insee. Montrouge (France) ; 2025 La fécondité par âge en Europe – Les graphiques interprétés – Les graphiques/les cartes – Ined – Institut national d'études démographiques

qu'en 1974. L'âge des maternités suivantes se décale également {Institut national de la statistique et des études économiques, 2025 #88}.

Dans les DROM, les mères sont également de plus en plus âgées : 5,9 % des mères ont 40 ans ou plus, contre 5,6 % en 2022 et 5,2 en 2020, et 8,0 % ont moins de 20 ans (7,8 % en 2022 et 8,5 % en 2019)[10].

La hausse de l'âge au premier enfant sur les dix dernières années concerne tous les pays de l'Union européenne, avec un âge moyen au premier enfant de 29,8 ans en 2023. Cet âge moyen varie cependant selon les pays de 26,9 ans en Bulgarie à 31,8 ans en Italie.

Les attitudes et les opinions jouent un rôle plus important dans l'intention d'avoir des enfants.

En 2024, l'Ined constate une hausse des personnes ne souhaitant pas d'enfants ou un seul enfant à partir de l'analyse des données sur « le nombre d'enfants que les femmes et les hommes (de 18 à 49 ans) ont l'intention d'avoir au cours de leur vie » (nombre d'enfants souhaités incluant ceux déjà eus)[11] {Institut national d'études démographiques, 2025 #77}.

L'évolution à partir d'une précédente enquête menée en 1998 montre qu'en 25 ans, le nombre d'enfants désirés est passé de 2,7 à 2,3 enfants en moyenne et ce nombre idéal d'enfants dans une famille varie peu selon l'âge. Les femmes âgées de 18 à 24 ans souhaitent avoir 1,9 enfant en moyenne, celles de 25 à 34 ans en souhaitent 2. Autre changement constaté, la norme de famille à 2 enfants est maintenant considérée par les jeunes plutôt comme un maximum, et non plus comme un minimum. Par ailleurs, la proportion de jeunes adultes sans enfants qui sont incertain(e)s quant au fait de savoir s'ils ou elles veulent avoir des enfants est élevée (17 % des moins de 25 ans et 20 % des 25-29 ans). Parmi les 18-24 ans, 34 % sont certain(e)s d'en vouloir.

Il est à noter que cette baisse des intentions de fécondité touche tous les groupes sociaux, quels que soient le sexe, l'âge, le pays de naissance, le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau de vie. Les personnes qui ont une conception égalitaire des rôles des femmes et des hommes dans la société en 2024 (opinion qui n'avait aucun effet en 2005) et celles très inquiètes du contexte géopolitique, du changement climatique et des perspectives pour les générations futures déclarent souhaiter moins d'enfants.

1.2. Épidémiologie périnatale

Nous disposons d'indicateurs de l'épidémiologie périnatale en France et de données d'enquêtes déclaratives. Les données disponibles en France comme à l'international plaident en faveur d'un renforcement des actions de prévention et de promotion de la santé globale en amont de la grossesse parmi lesquelles prennent place les interventions de santé sexuelle et reproductive {Johnson, 2006 #283} {Gavin, 2014 #290} {Santé publique France, 2024 #158}.

- ➔ Il est à souligner que ces indicateurs concernent quasi exclusivement la santé de la femme et de la mère.
- ➔ Le partenaire masculin est quasiment absent des stratégies d'amélioration de la santé reproductive, maternelle et infantile périnatale, ce qui constitue un facteur d'inégalité.

[10] Dress. Indicateurs de santé périnatale 2023. 2025. Indicateurs de santé périnatale 2023 : la mortinatalité reste stable en 2023 | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

[11] L'étude des relations familiales et intergénérationnelles (Erfi 2) a été menée par téléphone et internet auprès d'un échantillon représentatif de 12 800 hommes et femmes.

Contraception, grossesse non planifiée ou imprévue

Les grossesses non planifiées ou qui n'arrivent pas au moment prévu peuvent entraîner un suivi prénatal tardif ne permettant pas de prévenir ou d'éviter des complications obstétricales chez les femmes et un taux de prématurité élevé chez l'enfant. Selon les sources, elles peuvent atteindre de 30 à 50 % des grossesses aux États-Unis, au Royaume-Uni. À l'échelle mondiale, le taux de grossesses non planifiées dans les pays développés et en développement est estimé à 23 % {Barbuscia, 2024 #240}.

En France, la dernière enquête nationale périnatale (ENP) de 2021 révèle qu'environ 4 % des femmes déclarent n'avoir pas souhaité être enceintes et que les grossesses sans contraception sont stables entre les deux enquêtes (9,1 %) {Santé publique France et Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2022 #223}. Par ailleurs, les mères participant actuellement à la cohorte CONSTANCES[12] sont 20 % à déclarer ne pas avoir souhaité ou planifié leur grossesse ayant cependant débouché sur une naissance {Barbuscia, 2024 #240}. Des chiffres plus anciens (2010) retrouvaient environ 1/3 de grossesses non planifiées et 12 % des naissances vivantes étaient classées non désirées {Barbuscia, 2024 #240}. Selon les résultats issus de la cohorte CONSTANCES, les grossesses non planifiées se retrouvent plus fréquemment aux âges extrêmes de la fertilité. De plus, parmi les grossesses non planifiées, les naissances non désirées sont plus fréquentes chez les mères de 2 enfants ou plus en comparaison avec les mères d'un enfant ou les femmes sans enfant. Enfin, les naissances non désirées touchent d'autant plus les mères que leur niveau d'éducation est faible [*ibid*].

Les méthodes contraceptives ne sont abordées le plus souvent que du point de vue de la femme. L'évolution des méthodes contraceptives utilisées par les femmes n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir (femmes de 18 à 44 ans résidant en France métropolitaine ; femmes de 18 à 49 ans résidant en France hors Mayotte) a été publiée par l'Ined[13]. Les résultats, fondés sur des données déclaratives présentées pour 100 femmes susceptibles de concevoir, ont montré que le stérilet, le patch contraceptif, l'implant, les traitements injectables font partie des méthodes de contraception les plus utilisées par les femmes (32,5 %). À parts égales, la pilule et les méthodes barrières ou naturelles (préservatif, retrait, abstinence, méthodes d'observation du cycle, diaphragme) sont utilisées par respectivement 26,8 et 26,1 des femmes. L'enquête révèle que 9 % des femmes n'utilisent aucun moyen de contraception et que 5,5 % des femmes ou leur partenaire ont choisi la stérilisation. L'évolution des données entre 1968 et 2023 montre que l'utilisation de la pilule n'a cessé de diminuer au profit surtout des dispositifs intra-utérins, patchs contraceptifs, implants, traitements injectables, puis des méthodes barrières ou naturelles.

Les résultats issus de la quatrième enquête scientifique sur les comportements sexuels des Français (première enquête débutée en 1970) ont montré qu'en 2023, parmi les femmes de 18-49 ans concernées (c'est-à-dire les femmes ayant eu des rapports hétérosexuels dans l'année, non enceintes, non stériles et qui ne souhaitent pas être enceintes), la couverture contraceptive reste stable depuis 2016 (c'est-à-dire depuis la dernière enquête du Baromètre Santé qui posait des questions sur le sujet), mais 9,0 % des femmes déclarent n'utiliser aucune méthode de contraception (3,5 % en 2000) s'exposant à une grossesse non planifiée. En 2023, 51,8 % des dernières grossesses survenues dans les 5 ans sont non souhaitées chez les jeunes femmes de 18 à 29 ans contre 27,8 % chez les 30-49 ans {ANRS maladies infectieuses émergentes, 2024 #264}.

Ces chiffres sont cohérents avec la dernière enquête nationale périnatale (ENP) de 2021 {Santé publique France et Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2022 #223}. La pilule reste la méthode contraceptive la plus fréquemment utilisée des femmes (pour 52,6 % d'entre elles) mais

[12] Cohorte CONSTANCES Grossesses non prévues et santé mentale des femmes – Constances

[13] Contraception – Avortements, contraception – France – Les chiffres – Ined – Institut national d'études démographiques 2023

son recours est en baisse depuis l'enquête de 2016. En regard, les dispositifs intra-utérins et les méthodes naturelles sont en augmentation : ils représentent désormais respectivement 14 % et 11,8 % des usages contraceptifs.

Selon l'enquête FECOND menée à l'Ined en 2010, la contraception masculine repose essentiellement sur l'usage du préservatif masculin (19 %). Le retrait est pratiqué par 7,7 % des hommes interrogés, tandis que la vasectomie n'était adoptée que par 1,2 % des hommes {Le Guen, 2015 #241}. Cette dernière connaît actuellement un intérêt grandissant chez les hommes souhaitant recourir à une contraception efficace et définitive : le nombre de vasectomies a été multiplié par 15 entre 2010 et 2022 {EPI PHARE, 2024 #242}. Des méthodes de contraception thermique (anneau, slip chauffant) se développent actuellement mais représentent sans doute une part très minoritaire des usages contraceptifs masculins, qu'il resterait à quantifier plus précisément. Au global, la part des hommes déclarant recourir à une méthode contraceptive contrôlée par la femme s'élevait à 71,1 % dans l'enquête FECOND, témoignant de l'inégale répartition de la charge contraceptive entre hommes et femmes.

Interruptions de grossesse

En 2024, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans continue d'augmenter en France métropolitaine (en 2024 : n = 251 270, ce qui représente un taux de recours à l'IVG de 17,3 pour 1 000 (‰)). Si ce taux augmente en France métropolitaine (16,7 ‰, après 16,3 ‰ en 2023), il ne progresse pas, mais reste élevé dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [32,2 ‰, après 32,3 ‰]. Ce taux de recours à l'IVG est plus élevé parmi les 25-29 ans (29,8 ‰) et les 20-24 ans (28,9 ‰) {Vilain et Fresson, 2025 #288}.

Infertilité

Le rapport intitulé « *Infertility Prevalence Estimates*, 1990-2021 », publié par l'OMS, indique que l'infertilité concerne environ 17,5 % de la population adulte dans le monde – soit environ une personne sur six au cours de sa vie {*World Health Organization*, 2023 #56}. L'*European Association of Urology* (EAU) estime que l'infertilité touche 15 % des couples en âge de procréer et qu'environ 40 % des situations d'infertilité ont un facteur masculin et féminin combiné {Minhas, 2025 #97}. En France, l'infertilité est estimée à 3,3 millions de personnes âgées de 20-49 ans qui déclarent avoir rencontré des difficultés à concevoir. L'Inserm, dans un dossier consacré à l'infertilité, indique qu'environ 10 % des couples en situation d'infertilité le restent après deux ans de tentative, jusqu'à 25 % des situations d'infertilité sont dites inexpliquées lorsque les systèmes reproducteurs du couple sont sans anomalies identifiées (Infertilité Inserm, La science pour la santé). La dernière enquête nationale périnatale (ENP) de 2021 révèle que pour la grossesse concernée par l'interview des femmes à la maternité, 6,7 % d'entre elles ont eu recours à un traitement de l'infertilité (taux stable comparativement à l'enquête ENP de 2016) {Santé publique France et Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2022 #223}.

Complications chez la mère et l'enfant, décès et causes dans la période néonatale

En 2023, les femmes ont donné naissance à 676 380 enfants en France dans les établissements hospitaliers (Indicateurs de santé périnatale – DATA.DREES 2025, issus du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)). Le risque de mortinatalité spontanée (petit poids de naissance, prématurité) est presque deux fois plus élevé en France métropolitaine pour les femmes âgées de 40 ans ou plus que pour celles âgées de 30 à 34 ans (8,2 contre 4,3 en France métropolitaine). Il est plus élevé à tous les âges dans l'ensemble des DROM, variant de 9,4 pour 1 000 à 25-29 ans contre 16,0 parmi les femmes de 40 ans et plus.

Des données françaises issues du 7e rapport de l'Enquête confidentielle sur les morts maternelles répertorient et analysent les 272 morts maternelles survenues entre 2016 et 2018 d'une cause liée à

la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites[14] {Santé publique France, 2024 #158}. L'analyse des situations montre que par rapport aux femmes âgées de 20-24 ans, le risque de mortalité était multiplié par 2,6 pour les femmes âgées de 35-39 ans, et par 5 à partir de 40 ans. La première cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à un an est représentée par les suicides et les causes psychiatriques (17 % avec un ratio de mort maternelle de 1,9/100 000 nouveau-nés), tendance déjà observée dans les rapports précédents. Les maladies cardiovasculaires sont la 2e cause de mortalité maternelle jusqu'à un an (14 %) et la première cause jusqu'à quarante-deux jours (16 %), avec 1,3 décès pour 100 000 nouveau-nés. Le risque de mort maternelle est multiplié par deux lorsque la mère est en situation d'obésité. Le rapport estime que 60 % des décès maternels sont considérés comme « probablement » (17 %) ou « possiblement » (43 %) évitables, ce qui implique une vigilance particulière vis-à-vis de certains risques, notamment : pendant la grossesse et l'année qui suit l'accouchement, rechercher et oser aborder la dépression dès les premiers signes de détresse, dépister une hypertension artérielle ou une maladie cardiaque présentes avant la grossesse, poursuivre et adapter le traitement des futures mères avec une affection chronique traitée par un médicament (épilepsie, asthme, trouble psychiatrique...).

1.3. Élargir les soins préconceptionnels

Le groupe de travail a souhaité disposer d'un cadre clair et consensuel permettant d'aborder ce travail et aboutir à un cadre cohérent permettant de répondre aux besoins spécifiques de la diversité des personnes et des couples concernés, dans le respect de leurs intentions de conception à plus ou moins long terme, qu'ils soient indécis, ambivalents ou n'aient aucun projet parental, ou se tournent vers d'autres options de parentalité.

Dans les recommandations de la HAS « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer », les soins préconceptionnels sont définis comme un ensemble d'actions d'information, de messages de prévention, de conseils, d'interventions adaptées, dès lors qu'une femme ou un couple exprime un projet de grossesse. Cette approche en amont d'une grossesse permet d'anticiper des complications obstétricales et plus globalement d'améliorer la santé des femmes en âge de procréer et d'éviter d'éventuelles complications obstétricales et périnatales {Haute Autorité de santé, 2009 #263}.

Ces soins préconceptionnels sont conseillés depuis 2010 à toutes les femmes ou tous les couples ayant un projet de grossesse. Mais ils bénéficient actuellement à moins d'une femme sur quatre qui consulte en prévision d'une grossesse et ils sont plutôt destinés à des femmes ou couples motivés à concevoir {Santé publique France et Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2022 #223}.

L'évolution des connaissances dans le domaine de la biologie, de l'épigénétique, des liens entre environnement et santé permet de mieux appréhender les facteurs individuels qui altèrent la fertilité masculine et féminine, le déroulement de la grossesse et au-delà la santé globale des personnes en âge de procréer et de leur descendance, et d'agir très en amont de l'intention de conception.

Dans une perspective à plus long terme, il est important de souligner que les périodes se situant avant et juste après la fécondation jusqu'au stade embryonnaire précoce peuvent conditionner pour partie la santé globale de l'enfant à l'âge adulte selon la théorie des origines développementales de la santé et des maladies sur la descendance (DOHaD), et plus récemment celle des POHaD (*Paternal Origins of*

[14] 7e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018. En ligne sur : www.santepubliquefrance.fr

Health and Disease) {Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2025 #261}.

Permettre aux personnes en âge de procréer de protéger leur fertilité et d'améliorer leur propre santé en ayant connaissance des facteurs qui l'altèrent, en premier lieu l'âge maternel et paternel, mais aussi les habitudes de vie, l'environnement, représente donc un enjeu important. De plus, poursuivre les améliorations apportées pendant la grossesse et les premières années de vie de l'enfant constitue un enjeu pour la santé des adultes que ces enfants deviendront[15].

La définition des soins préconceptionnels doit tenir compte de ces évolutions pour élargir son champ :

- à toute personne ou tout couple indépendamment de leur intention de grossesse, dans le respect de leurs propres choix en matière de conception ;
- aux périodes avant et juste après la fécondation jusqu'au stade embryonnaire précoce, car elles peuvent conditionner pour partie la santé globale de l'enfant à l'âge adulte selon la théorie des origines développementales de la santé et des maladies sur la descendance (DOHaD), et plus récemment POHaD (*Paternal Origins of Health and Disease*) ;
- aux facteurs individuels qui doivent être pris en compte avant la conception pour protéger la fertilité ou diminuer le délai de conception ;
- au maintien et à l'amélioration de la santé des personnes en âge de procréer ;
- à l'identification de difficultés de conception, à l'exploration d'une infertilité ;
- à l'anticipation dès le projet de grossesse des risques et des complications périnatales pour la santé de la femme et de l'enfant et en cas de maladie chronique ou de traitement médicamenteux au long cours.

1.4. Lier soins préconceptionnels et santé sexuelle et reproductive

Au cours des vingt-cinq dernières années, les définitions de la santé sexuelle (OMS, 2006a, actualisée 2010), de la santé reproductive (ICPD, 1994[16]) et les droits afférents ont évolué au niveau international sous l'égide de l'OMS[17] et des Nations unies[18] [19], vers une approche intégrative et inclusive permettant de mieux atteindre toutes les personnes en âge de procréer, qu'elles aient ou non un projet parental ou un souhait d'espacement des naissances {*World Health Organization*, 2017 #175} {Starrs, 2018 #266}.

Des concepts distincts et complémentaires

La santé sexuelle et la santé reproductive sont présentées conceptuellement de manière distincte dans leurs définitions, leurs composantes, alors qu'elles sont combinées ou complémentaires ou se chevauchent. Par exemple, des irrégularités du cycle menstruel, des douleurs pelviennes, des troubles de l'érection, des troubles de la libido, des difficultés lors des relations sexuelles, repérés lors des consultations de santé sexuelle, devraient conduire à consulter sans tarder car les tentatives de grossesse pourraient être infructueuses. La contraception et son utilisation peuvent avoir un impact sur la satisfaction sexuelle, mais aussi sur la prévention des grossesses non planifiées ou survenues trop tôt. La prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles ont aussi des implications

[15] Ministère de la Santé. 2020. Les 1 000 premiers jours de l'enfant

[16] Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5-13 September 1994). New York (NY): United Nations; 1994.

[17] Organisation mondiale de la santé Santé sexuelle

[18] Organisation des Nations unies Conférence internationale sur la population et le développement, Cairo, 1994

[19] Organisation des Nations unies UN. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES/70/1. New York, NY: United Nations, 2015.

importantes car, mal soignées, certaines peuvent altérer la fertilité future. Les habitudes de vie et les éventuelles consommations à risque : tabac, alcool, autres substances psychoactives, l'obésité, les facteurs de l'environnement domestique et professionnel ont un impact sur la santé, mais aussi sur la fertilité et le délai de conception {*World Health Organization*, 2017 #175}.

L'évaluation à mi-parcours de la stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) française montre que les actions menées sont plutôt centrées sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse (IVG), qui ne représentent qu'une partie de la santé reproductive pourtant intégrée à l'axe III de cette stratégie {Haut Conseil de la santé publique, 2025 #173}.

Les mêmes droits humains en partage

La santé sexuelle et la santé reproductive ont en partage des droits essentiels issus des droits internationaux et des lois nationales qui doivent être respectés, protégés et garantis. Il s'agit tout particulièrement : des droits à la vie, à la liberté, à l'autonomie et à la sécurité de la personne ; des droits à l'égalité et à la non-discrimination ; du droit à la vie privée ; des droits au niveau de santé le plus élevé possible (dont la santé sexuelle et reproductive) ; du droit de décider d'avoir ou non des enfants ; des droits à l'information ainsi qu'à l'éducation {*World Health Organization*, 2017 #175} {Starrs, 2018 #266}.

Une définition large, intégrée, inclusive

Une définition liant naturellement santé sexuelle et santé reproductive et droits humains (Encadré 1) a été proposée à l'international sur la base des textes fondateurs de l'OMS et des objectifs de développement durable (ODD) des Nations unies. La santé sexuelle et reproductive fait partie d'un des ODD qui vise à assurer la santé et le bien-être de tous, en améliorant la santé reproductive, maternelle et infantile, en réduisant les principales maladies transmissibles, non transmissibles, environnementales et mentales[20] {Starrs, 2018 #266}.

La santé sexuelle et reproductive comprend dans ses composantes les soins préconceptionnels et prénatals en les inscrivant dans un objectif d'amélioration de la santé globale. La santé reproductive va au-delà de la contraception, de la prévention des infections sexuellement transmissibles, des dépistages. Elle s'élargit à la protection de la santé reproductive et plus largement à la promotion de la santé globale, à la prévention, la prise en charge et le traitement de l'infertilité, à l'accompagnement d'un projet de conception et à des soins prénatals, obstétricaux et postnatals sûrs et efficaces.

Encadré 1. Santé sexuelle et reproductive, droits humains : définition et composantes selon l'OMS et les objectifs de développement durable des Nations unies {Starrs, 2018 #266}

La santé sexuelle et reproductive s'entend comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et non simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Par conséquent, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles agréables, l'estime de soi et le bien-être général. Tous les individus ont le droit de prendre des décisions concernant leur corps et d'accéder à des services qui soutiennent ce droit.

La santé sexuelle et reproductive dépend de la protection et de la garantie des droits de tous les individus à avoir leur intégrité corporelle, leur vie privée et leur autonomie personnelle respectées ; à définir librement leur propre sexualité, y compris l'orientation sexuelle et l'identité et l'expression de genre ; à décider s'ils veulent ou non être sexuellement actifs et quand ; à choisir leurs

[20] Objectif de développement durable n° 3 de l'Agenda 2030. Organisation des Nations unies UN. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES/70/1. New York, NY: United Nations, 2015.

partenaires sexuels ; à avoir des expériences sexuelles sûres et agréables ; à décider de se marier ou non, quand et avec qui ; à décider s'ils veulent ou non avoir un ou plusieurs enfants, quand et comment ; à avoir accès tout au long de leur vie aux informations, ressources, services et soutien nécessaires pour réaliser tout ce qui précède, à l'abri de la discrimination, de la coercition, de l'exploitation et de la violence.

La santé sexuelle et reproductive comprend les composantes suivantes :

- des informations et des conseils précis sur la santé sexuelle et reproductive, y compris une éducation à la sexualité complète et fondée sur des informations fiables ;
- des informations, des conseils et des soins relatifs à la fonction sexuelle et à sa satisfaction, l'accompagnement des difficultés à vivre des activités sexuelles personnellement satisfaisantes ;
- la prévention, le repérage et la prise en charge des violences et des contraintes sexuelles, et celles fondées sur le genre ;
- la prévention, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection par le VIH, et les infections des voies reproductives ;
- la prévention, le dépistage et le traitement des cancers de l'appareil reproducteur ;
- la prévention de l'exposition à des comportements sexuels à risque ;
- un choix de méthodes contraceptives sûres et efficaces ;
- des services et soins d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et post-IVG sûrs et efficaces ;
- des soins préconceptionnels visant la protection de la fertilité et plus largement de la santé reproductive ;
- la prévention, la prise en charge et le traitement de l'infertilité ;
- des soins prénatals, obstétricaux et postnatals sûrs et efficaces.

1.5. Élargir la définition des soins préconceptionnels

Il est proposé dans ce travail de s'appuyer sur une définition élargie des soins préconceptionnels, de manière à proposer un cadre d'intervention qui permette de mieux atteindre les personnes en âge de procréer et de leur donner la possibilité d'effectuer leurs propres choix en matière de conception et d'amélioration de leur santé globale.

Proposition d'une définition des soins préconceptionnels et de ses objectifs

Les soins préconceptionnels correspondent à un ensemble d'actions d'information, de messages de prévention, de conseils, d'interventions adaptées, destinés à toute personne ou tout couple en âge de procréer.

Ils s'adressent à toutes les personnes qui ont un projet conceptionnel à court ou moyen terme, à ceux qui sont indécis ou qui n'expriment pas de projet, ou se tournent vers d'autres options de conception ou de parentalité, afin que chaque personne dans sa diversité se sente respectée et incluse dans les discussions sur la fertilité, l'intention de conception et les options pour y parvenir.

Les soins préconceptionnels couvrent les objectifs suivants :

- proposer aux personnes en âge de procréer la possibilité de réfléchir à leur projet conceptionnel ;
- leur permettre d'effectuer leurs propres choix en matière de conception sur la base d'informations partagées sur la fertilité et la santé globale ;
- ouvrir le dialogue sur l'intention de conception et orienter la consultation de manière à répondre aux besoins et aux attentes des personnes concernées ;

- délivrer des informations, des messages de prévention, des conseils, proposer des interventions adaptées en vue d'agir précocement pour protéger leur fertilité et améliorer la santé globale et celle de la descendance à l'âge adulte ;
- repérer, évaluer et accompagner toute situation de vulnérabilité psychique, sociale ;
- être à l'écoute de toute difficulté à concevoir, explorer une situation d'infertilité et orienter vers les praticiens ou structures spécialisées pour approfondir la démarche diagnostique et rechercher avec les personnes concernées les solutions les plus adaptées pour parvenir à leur projet parental ;
- proposer dès l'expression d'un projet de grossesse une consultation préconceptionnelle permettant d'anticiper et d'éviter d'éventuelles complications obstétricales et périnatales et assurer un déroulement de la grossesse dans des conditions favorables à la santé de la femme, de son ou sa partenaire et de l'enfant ;
- organiser un relais vers les soins pré et postnatals.

1.6. Intégrer la santé psychique comme une composante de la santé préconceptionnelle

La santé psychique est un déterminant transversal des soins préconceptionnels

Les données internationales {*World Health Organization*, 2022 #220} montrent que la dépression, l'anxiété, les troubles du comportement ou les traumatismes non pris en compte avant la conception peuvent s'aggraver pendant la période périnatale et entraîner des effets négatifs sur la fertilité, le déroulement de la grossesse et la santé de l'enfant. D'autres femmes peuvent ressentir des symptômes pour la première fois au cours de cette période.

Le rapport de l'OMS considère que l'aggravation de la santé mentale d'une femme pendant la période périnatale peut affecter son bien-être ainsi que celui de son partenaire et de l'enfant. Des risques plus élevés de complications obstétricales (par exemple, prééclampsie, hémorragie, accouchement prématuré et mortinatalité) et de suicide sont rapportés, une moins bonne assiduité aux rendez-vous prénatals et postnatals, un faible poids de naissance et des risques accrus de maladies physiques ainsi que de difficultés émotionnelles et comportementales durant l'enfance. Les nourrissons peuvent également être exposés à un risque accru de difficultés d'alimentation et de lien affectif avec leurs parents {*World Health Organization*, 2022 #220}.

En France, la première cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à un an est représentée par les suicides et les causes psychiatriques (17 % avec un ratio de mort maternelle de 1,9/100 000 nouveau-nés entre 2026 et 2018), tendance déjà observée dans les rapports précédents de l'enquête confidentielle sur les morts maternelles {Santé publique France, 2024 #158}. Les auteurs considèrent que plus de la moitié des causes de décès maternels sont évitables et encouragent la recherche d'une dépression dès les premiers signes de détresse.

Certains facteurs et ressources peuvent aider les personnes à protéger et à promouvoir leur santé mentale pendant la période périnatale comme un soutien social solide (présence d'une famille, d'amis et d'un environnement attentionné), des expériences positives des accouchements passés, des relations de confiance développées avec les professionnels de santé, avoir suffisamment d'informations et la capacité de prendre des décisions {*World Health Organization*, 2022 #220}.

Plusieurs études ont montré que les troubles de santé mentale ne sont pas rares et peuvent s'aggraver pendant la période périnatale

Les rapports et les études analysés mentionnent surtout des données concernant les femmes.

L'OMS estime en 2022 que l'anxiété et la dépression pendant la période périnatale touchent environ 1 femme sur 10 dans les pays développés. Ce constat s'appuie sur deux revues de synthèse de la littérature dont une méta-analyse, publiées en 2017. Les femmes qui ont déjà des symptômes ou des maladies psychiques peuvent constater que leurs symptômes s'aggravent pendant la période périnatale. D'autres peuvent ressentir des problèmes de santé mentale pour la première fois au cours de cette période, mettant en évidence le besoin de repérage et de soutien {*World Health Organization*, 2022 #220}.

Une étude australienne basée sur les données de l'étude longitudinale australienne sur la santé des femmes[21] (*Australian Longitudinal Study of Women's Health*) va dans le même sens {Rae, 2025 #221}. Chez les femmes, un antécédent d'anxiété et de dépression avant la conception entraîne plus souvent ces mêmes troubles en période pré et postnatale, qu'il est essentiel de prévenir et d'accompagner. Cette vaste étude a montré que les taux d'anxiété et de dépression périnatale (rechute/récurrence) étaient plus élevés chez les femmes déclarant l'une ou l'autre de ces situations avant la conception en comparaison avec les femmes qui n'ont pas déclaré d'anxiété ou de dépression avant la conception. Pour les femmes de la cohorte 1973-1978, le taux d'anxiété périnatale était de 24 % (*versus* 7 %) et le taux de dépression périnatale était de 26 % (*versus* 10 %). Dans la cohorte 1989-1995, le taux d'anxiété périnatale était de 43 % pour les femmes avec anxiété préconceptionnelle (*versus* 18 %) et le taux de dépression périnatale était de 41 % pour les femmes avec dépression préconceptionnelle (*versus* 12 %). Les auteurs concluent qu'il est prioritaire de soutenir les femmes présentant de l'anxiété et/ou de la dépression avant la conception afin qu'elles restent asymptomatiques pendant la période périnatale, les risques étant bien établis pour leur santé et celle de leur enfant ainsi que son développement.

Des antécédents ou un trouble de santé mentale sont plus souvent associés à des facteurs d'altération de la fertilité et de vulnérabilité psychosociale

Une étude canadienne nationale s'est intéressée à la santé mentale de 529 femmes et 92 hommes (recrutés en population générale via des annonces sur les réseaux sociaux, sites de santé publique notamment) qui avaient un projet de parentalité dans les cinq ans. Cette étude, par auto-questionnaire en ligne complété par entretien téléphonique, faisait partie d'une vaste enquête transversale réalisée en 2019, visant à évaluer les attitudes, les croyances et les préférences en matière d'intervention concernant les soins préconceptionnels {Dennis, 2024 #35}. Les personnes incluses étaient indemnes de trouble de santé mentale (n = 413), de dépression passée ou actuelle (n = 38), d'anxiété (n = 55), d'une maladie chronique somatique (n = 104). Les troubles dépressifs ont été évalués grâce au *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) et les troubles anxieux avec le *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7). Les groupes ont été comparés à l'aide d'une régression logistique, ajustée en fonction de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation. Les résultats ont montré que les personnes ayant des antécédents ou un trouble de santé mentale actuel étaient beaucoup plus susceptibles de présenter plusieurs facteurs d'altération de la fertilité, notamment un stress (34,7 %), une fatigue (34,7 %), de la solitude (11 %) (mesurés par des questionnaires validés), ou d'avoir des comportements à risque pour la santé, notamment une consommation accrue de substances psychoactives, une addiction à internet, une alimentation non équilibrée et une diminution de l'activité physique.

Une étude finlandaise {Björkstedt, 2022 #224} a cherché à évaluer l'impact d'une dépression ou de troubles anxieux avérés avant la conception sur les issues de la grossesse (registres nationaux) dans une cohorte de 6 189 femmes primipares sans diabète préalablement diagnostiqué, ayant accouché

[21] L'étude publiée en 2025 s'appuyait sur deux cohortes de femmes australiennes. La première comprenait 14 247 femmes nées entre 1973 et 1978 avec neuf vagues de données collectées de 1996 à 2018. La deuxième cohorte comprenait 17 010 femmes nées entre 1989 et 1995 avec des données collectées sur six vagues entre 2013 et 2019.

entre 2009 et 2015. Les troubles sévères de santé mentale étaient définis comme une ou plusieurs consultations externes chez un psychiatre ou une hospitalisation avec un diagnostic psychiatrique un an avant la conception. Les femmes avec un diagnostic de maladie psychiatrique sévère (dépression et troubles anxieux, parfois combinés) avant la conception (3,4 % des femmes primipares) étaient significativement ($p < 0,001$) plus jeunes, vivaient plus souvent seules, étaient fumeuses et avaient un niveau d'instruction et un revenu imposable plus faibles en comparaison avec les femmes n'ayant pas de diagnostic de troubles psychiques. Les enfants étaient en bonne santé, aucune différence entre les deux groupes en termes de besoin de traitements respiratoires, d'admission en unité de soins intensifs néonatals ou de traitements antibiotiques.

Une vaste étude américaine (données regroupées entre 1996 et 2006) avait déjà montré dans les années 90 que des troubles de santé mentale avant la conception étaient associés à des complications de la grossesse, à une plus grande fréquence d'avoir un enfant mort-né, un plus grand risque de petit poids de naissance {Witt, 2012 #215}.

L'enjeu est d'identifier précocement les vulnérabilités psychiques (antécédents psychiatriques, épisodes dépressifs ou anxieux, violences subies, deuils périnataux antérieurs, isolement social, etc.) et d'orienter les personnes concernées vers un professionnel qualifié, notamment un psychologue clinicien ou un psychiatre, en lien avec les réseaux de périnatalité afin de proposer des interventions adaptées {Howard and Khalifeh, 2020 #216}.

Selon le groupe de travail, porter attention à ces dimensions psychiques, émotionnelles et relationnelles permet :

- d'anticiper les situations de vulnérabilité psychique et d'assurer la qualité du suivi global ;
- d'identifier avec la personne ses ressources et celles de son environnement ;
- d'améliorer le bien-être de la femme, du partenaire et de l'enfant à naître ;
- de prévenir des complications pendant la grossesse et d'anticiper des conséquences sur la santé de l'enfant et de la mère.

Le repérage de ces facteurs doit se faire dans un cadre bienveillant, respectueux de l'autonomie et de la subjectivité des personnes. La consultation de santé reproductive peut ainsi devenir un espace de dialogue autour du projet de grossesse, permettant d'accueillir les ambivalences, les doutes ou l'absence de projet, et d'inscrire le soin dans une perspective psychique et relationnelle autant que biologique. Il s'agit de garantir une approche intégrée de la santé globale, où la prévention des risques biomédicaux s'articule à la prévention des risques psychiques.

1.7. Intégrer les situations de vulnérabilité comme composante de la santé préconceptionnelle

La période préconceptionnelle, le moment de la grossesse et la période qui suit la naissance sont reconnus comme déterminants pour la santé de l'enfant et son développement. Ces périodes peuvent s'avérer délicates en présence d'une situation de vulnérabilité qui peut placer les personnes concernées dans une difficulté à protéger leur santé et celle de leur enfant. Cette fragilité liée à des facteurs médicaux, psychologiques, sociaux, de précarité peut provoquer un risque de morbidité et de mortalité maternelle {Haute Autorité de santé, 2024 #213}.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, un « indice de précarité » composite a été développé en France et fait partie depuis 2016 des indicateurs analysés dans l'enquête nationale périnatale (ENP) {Santé publique France et Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2022 #223}. Il permet une approche multidimensionnelle de la précarité adaptée à la périnatalité et prend en compte les quatre critères suivants : ne pas vivre en couple, ne pas avoir de logement personnel, ne pas

percevoir de revenus liés au travail, et la non-affiliation au régime général de Sécurité sociale (dans cette définition, la couverture maladie universelle (CMU) ou l'aide médicale de l'État (EMA) ne sont pas considérées comme une affiliation au régime général). Le cumul de ces 4 critères (indices 2 et 3 de précarité) a montré que 5,2 % des femmes étaient « défavorisées » et « très défavorisées ». L'indice de précarité est en diminution, passant respectivement de 7,2 % à 3,9 % et de 3,8 % à 1,3 % entre 2016 et 2021.

Le lien entre morts maternelles et vulnérabilité sociale a été établi et documenté dans l'enquête confidentielle sur les morts maternelles {Santé publique France, 2024 #158}. Parmi les 272 morts maternelles de la période 2016-2018, les items de vulnérabilité sociale étaient documentés pour 231 femmes. Au moins un élément de vulnérabilité sociale (variable composite) a été identifié chez 34 % des femmes (79/231), c'est-à-dire une femme sur trois, *versus* une proportion de 21,5 % chez l'ensemble des parturientes (données issues de l'ENP 2016).

Le repérage précoce de ces situations de vulnérabilité ainsi que la mise en place d'un accompagnement coordonné entre professionnels font partie des soins préconceptionnels afin de protéger la santé de la mère et du père, soutenir l'accès à la parentalité du couple et favoriser le développement harmonieux de l'enfant {Haute Autorité de santé, 2024 #213}. Le repérage peut avoir lieu lors des consultations de santé reproductive et tout particulièrement lorsque le couple exprime une intention de conception.

- L'accompagnement des situations de vulnérabilité doit tenir compte des singularités de chaque personne concernée, de ses ressources personnelles mobilisables sur le plan social (soutien familial et ressources aidantes) et matériel (alimentation, logement décent, expositions environnementales et domestiques délétères, etc.), de la qualité de ses relations dans le couple et avec l'entourage, de ses parcours et son histoire de vie afin de proposer un accompagnement personnalisé qui tend à protéger et à réduire ou ne pas aggraver les inégalités sociales.
- Les ressources professionnelles locales et territoriales disponibles doivent être mobilisées en s'appuyant sur les travailleurs sociaux[22].

Prévention, repérage des violences et contraintes sexuelles

En France, les violences conjugales sont fréquentes : 219 000 femmes, âgées de 18 à 75 ans, par an sont concernées par des violences physiques ou sexuelles au sein du couple. Il faut rajouter à ces chiffres les violences psychologiques et verbales (non comptabilisées dans les études) qui entraînent aussi des conséquences graves sur la santé physique et psychique et le vécu de la victime.

L'observatoire national des violences faites aux femmes révèle que 1 185 femmes ont été victimes de (tentatives de) féminicide au sein du couple, direct ou indirect en 2023[23] (source : base des victimes de crimes et délits, SSMSI, ministère de l'Intérieur). Il s'agit de personnes vivant en ménages ordinaires, les violences subies par les personnes vivant en collectivité (foyers, centres d'hébergement, prisons, etc.) ou sans domicile fixe n'ont pas été enregistrées.

La violence au sein du couple comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles (y compris les rapports sexuels non consentis entre partenaires intimes), ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violence sont associées {Haute Autorité de santé, 2022 #163}.

[22] Haute Autorité de santé. 2024. Recommandations et fiches pratiques Haute Autorité de santé – Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal

[23] Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences

Les violences peuvent concerner toutes les femmes, quels que soient leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine ethnique, leur religion, leur état de santé ou leur handicap. Les victimes peuvent également être des hommes, mais les femmes demeurent les principales victimes : 85 % des victimes de violences entre partenaires intimes sont des femmes ; 98 % des victimes de viol sont des femmes, selon l'*European Institute for Gender Equality* (données collectées en France en 2023 et 2024)[24].

Les violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, entraînent des conséquences durables sur la santé psychique : symptômes de stress post-traumatique, troubles anxiodépressifs, altération du rapport au corps et au soin. Ces conséquences peuvent compromettre la fertilité, la sexualité et l'investissement du projet parental. Un repérage et une orientation vers un accompagnement thérapeutique spécialisé sont indispensables pour restaurer la sécurité interne et prévenir les effets transgénérationnels du trauma.

Des outils sont mis à disposition des professionnels de santé pour les accompagner dans le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [25] [26].

1.8. Synthèse

Une approche élargie et plus précoce de la santé préconceptionnelle se justifie par des évolutions du contexte et des indicateurs de santé périnatale.

Ce travail s'appuie sur une approche intégrative et inclusive de la santé sexuelle et reproductive et des droits afférents promue par l'OMS et les Nations unies.

Le contexte sociétal, l'évolution des intentions de fécondité, l'épidémiologie périnatale et des comportements de santé de la population en âge de procréer, l'évolution des connaissances dans le domaine de la biologie, de l'épigénétique, des liens entre environnement et santé plaident en faveur d'une approche élargie et plus précoce de la santé préconceptionnelle.

L'évolution des indicateurs de santé périnatale entre 2010 et 2019 permet de mieux appréhender les facteurs individuels ou comportements à risque qui altèrent la fertilité masculine et féminine, les états de santé associés à la grossesse, l'accouchement et la naissance, et incite à un renforcement de la prévention et de la promotion de la santé dès la période préconceptionnelle.

Les intentions de fécondité baissent régulièrement depuis 15 ans dans le monde, en Europe et aussi en France. Sur le territoire, cette baisse touche tous les groupes sociaux, quels que soient le sexe, l'âge, le pays de naissance, le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau de vie des personnes. Le choix de ne pas avoir d'enfants ou moins d'enfants, ou de repousser la décision est en hausse, pour des raisons liées au contexte géopolitique, au changement climatique, aux perspectives pour les générations futures, à l'expression dans la société d'une conception plus égalitaire des rôles sur le plan domestique et parental.

L'âge de la première maternité est de plus en plus tardif avec un décalage de l'âge maternel et paternel sur les grossesses suivantes entraînant davantage de complications obstétricales et périnatales.

Des grossesses non planifiées ne permettent pas toujours aux femmes de bénéficier de soins préconceptionnels et peuvent entraîner un suivi tardif de la grossesse et d'éventuelles complications périnatales. En outre, les interruptions volontaires de grossesse augmentent sur le territoire.

[24] Country profile for France | European Institute for Gender Equality
[25] Haute Autorité de santé. 2022. Haute Autorité de santé – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
[26] Haute Autorité de santé. 2022. outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf

Les situations de vulnérabilité notamment psychologique, sociale, de précarité peuvent placer les personnes concernées dans une difficulté à protéger leur santé.

Le repérage et l'accompagnement des troubles de santé mentale, des antécédents psychiatriques, des épisodes dépressifs ou anxieux, des violences subies, des deuils périnataux sont indispensables car ces situations sont associées à des difficultés ou des complications en période périnatale. De plus, la santé psychique influence la santé reproductive, la qualité du lien conjugal et la capacité d'investissement parental.

Le groupe de travail suggère d'inclure systématiquement une évaluation succincte de la santé mentale lors des entretiens préconceptionnels ; d'identifier les ressources dont les personnes disposent ; d'assurer la possibilité d'une orientation vers un professionnel du soin psychique ou un dispositif d'écoute spécialisé ; de renforcer la formation des professionnels de santé sur les vulnérabilités psychiques en période préconceptionnelle ; de promouvoir un travail interdisciplinaire entre médecins, sages-femmes, psychologues et travailleurs sociaux.

Le groupe de travail souligne qu'un projet conceptionnel ne devrait pas être découragé à cause d'une situation de vulnérabilité. Toute personne devrait pouvoir avoir accès à des conditions de vie qui favorisent son projet. Il suggère, dès la période préconceptionnelle, d'évaluer les facteurs de vulnérabilité sociale, de précarité, les situations de violences, de contraintes sexuelles et reproductives en utilisant des questions libres ou en s'aidant d'outils de dépistage ou d'auto-questionnaires ; de s'assurer que les besoins primaires sont satisfaits ; de s'assurer de l'accès aux soins, de l'ouverture des droits sociaux ; d'identifier les ressources mobilisables par les personnes concernées sur le plan social et matériel ; de mobiliser les ressources professionnelles locales et territoriales disponibles {Haute Autorité de santé, 2024 #213} en s'appuyant sur les travailleurs sociaux[27].

[27] Ressources : Centre communal d'action sociale (CCAS) ; Accueil | France services (france-services.gouv.fr) ; Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) Les permanences d'accès aux soins de santé – PASS – Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

Volet 1. Fertilité et santé globale

1.9. Introduction

Ce premier volet du thème « santé sexuelle et reproductive » expose des éléments de compréhension du contexte des naissances et des intentions de fécondité en France. Il aborde la sensibilisation et l'information des personnes en âge de procréer, son contenu et ses modalités de délivrance. Il analyse les manières d'engager le dialogue pour ouvrir un espace de discussion sur le projet conceptionnel. Il définit une démarche permettant aux personnes en âge de procréer d'être accompagnées pour protéger leur fertilité et améliorer leur santé globale.

La recommandation de bonne pratique **« Santé sexuelle et reproductive : fertilité et santé globale »** s'inscrit dans la mise en œuvre du plan ministériel « fertilité » qui fait suite à la publication en 2022 du rapport sur les causes d'infertilité « *Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité* » (Pr Samir Hamamah et madame Salomé Berlioux). Elle s'articule également avec les travaux ministériels sur la santé périnatale et maternelle[28] et avec le plan d'action 2026-2027 relatif à la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap[29].

Cette recommandation s'appuie sur une approche intégrative et inclusive de la santé sexuelle et reproductive et des droits afférents promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[30] et les Nations-unies[31]. Concrètement, cette approche vise la protection de la santé reproductive et, plus largement, la promotion de la santé globale. Elle permet un repérage des préoccupations relatives à la fertilité, des facteurs de risque d'altération de la fertilité et d'éventuelles difficultés à concevoir, un accès à la contraception jusqu'au moment de la mise en œuvre du projet conceptionnel, ainsi qu'un relais vers des soins prénatals, puis obstétricaux et postnatals.

Le projet parental désigne l'intention pour toute personne d'accueillir un enfant. Il peut se concrétiser par un projet conceptionnel. Les autres formes de parentalité qui reflètent la diversité des structures familiales contemporaines ne seront pas abordés dans le cadre de cette recommandation de bonne pratique.

Objectifs

Les objectifs de la recommandation sont les suivants :

- ouvrir le dialogue sur le projet conceptionnel à diverses occasions de consultation, et personnaliser les échanges selon la décision des personnes concernées de concrétiser ou non un projet conceptionnel ;
- orienter, selon les besoins et les attentes des personnes, vers une consultation dédiée et adaptée à leur situation ;
- accompagner un projet conceptionnel dans des situations spécifiques.

[28] Lancement de la première réunion du comité de pilotage du plan fertilité et des travaux ministériels sur la santé périnatale et maternelle – Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, consulté le 16 février 2026.

[29] Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. 2026. Lancement du plan d'action 2026-2027 pour la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap | handicap.gouv.fr

[30] Organisation mondiale de la santé Santé sexuelle – consulté le 1er décembre 2025

[31] Objectif de développement durable n°3 de l'Agenda 2030. Organisation des Nations unies UN. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES/70/1. New York, NY: United Nations, 2015

1.10. Niveau de sensibilisation à la fertilité

1.10.1. Définition

Le concept de « sensibilisation à la fertilité » (*fertility awareness*) est défini dans le glossaire international sur la fertilité et l'infertilité comme « une démarche qui permet à toute personne de comprendre les notions de reproduction, de fécondité (aptitude à donner la vie), de fécondabilité (capacité d'un individu ou d'une population à se reproduire, évaluée par le potentiel de conception) et le rôle de facteurs individuels pouvant affecter la fertilité, notamment l'âge, pour effectuer ses propres choix en matière de conception » {Zegers-Hochschild, 2017 #140}. Les facteurs individuels sur lesquels il est possible d'agir concernent la prévention des infections sexuellement transmissibles notamment, les habitudes de vie et les éventuelles consommations à risque (tabac, alcool, autres substances psychoactives), le surpoids et l'obésité, les facteurs de l'environnement domestique et professionnel. L'influence de facteurs sociétaux et culturels est également à prendre en compte pour comprendre le contexte dans lequel évoluent les personnes {Zegers-Hochschild, 2017 #140}.

Des documents de sensibilisation, d'information, de réflexion sur le projet parental, destinés aux personnes en âge de procréer ou utilisés comme outil de dialogue avec les professionnels de santé, ont été élaborés à l'international en s'appuyant sur ce concept.

1.10.2. Évaluation du niveau de sensibilisation

1.10.2.1. Dans la littérature

Les données permettant de connaître le niveau de sensibilisation des personnes en âge de procréer sur la fertilité, les facteurs d'altération, la prévention des risques, la protection de la fertilité sont peu nombreuses.

La recherche documentaire n'a pas permis de trouver de données françaises permettant d'apprécier le niveau de sensibilisation à la fertilité telle que définie dans le glossaire international {Zegers-Hochschild, 2017 #140}. Seul le rapport sur les causes d'infertilité publié en 2022 préconise notamment d'informer régulièrement le public, dès le collège et tout au long de la vie, sur la physiologie de la reproduction, le déclin de la fertilité avec l'âge, les limites de l'aide médicale à la procréation et les facteurs de risque d'infertilité {Hamamah and Berlioux, 2022 #267}.

Plusieurs revues internationales de synthèse de la littérature concluent à l'intérêt de sensibiliser et d'améliorer le niveau de conscientisation des personnes en âge de procréer sur la fertilité et les facteurs individuels qui l'altèrent en ciblant tout particulièrement les hommes.

Le niveau de sensibilisation des hommes et des femmes sur la fertilité et les facteurs qui l'influencent a été évalué dans une revue de synthèse de la littérature publiée en 2018 (soixante et onze études, transversales pour la plupart, ou avant-après, ou longitudinale, publiées entre 1994 et 2017 dans 26 pays principalement européens et incluant de 20 à 7 036 hommes et femmes) {Pedro, 2018 #139}. Les personnes étaient recrutées dans divers instituts de formation, chez les gynécologues ou parmi les personnes rencontrant des difficultés à concevoir ou candidates à des traitements de l'infertilité. Elles ont été interviewées ou ont répondu à un questionnaire autoadministré (connaissances estimées à partir de pourcentages de réponses correctes par rapport à un référentiel). Les études étaient hétérogènes sur le plan du recrutement et du profil des participants, de la validation des questionnaires de recueil de données. Les résultats ont néanmoins montré que les personnes en âge de procréer étaient globalement insuffisamment sensibilisées à la définition de la fertilité et conscientes des facteurs de risque individuels susceptibles d'altérer la fertilité comme le déclin de la fertilité avec l'âge et des conséquences du report de la maternité sur la santé maternelle et de l'enfant. Un meilleur

niveau de connaissances a été observé chez les femmes, les personnes avec un niveau supérieur d'éducation, celles qui ont signalé des difficultés à concevoir, et celles qui avaient planifié leurs grossesses. Avoir ou désirer avoir des enfants n'était pas associé à un niveau de sensibilisation et de conscientisation plus élevé, l'âge plus élevé non plus. Des incohérences entre les études ont été constatées sur l'ensemble des éléments évalués.

Le niveau de sensibilisation des hommes aux facteurs qui altèrent la fertilité a été exploré dans une revue de synthèse de la littérature (analyse de 11 études publiées entre 2012 et 2021 sans méta-analyse possible en raison de la diversité des méthodes et des outils de collecte de données utilisés). Dans les études descriptives, la méthode d'échantillonnage était aléatoire, et un questionnaire conçu par un chercheur a été utilisé pour évaluer les connaissances en santé préconceptionnelle. Dans des études qualitatives, des groupes de discussion et des entretiens semi-structurés ont été utilisés pour collecter des données. Les études descriptives comprenaient un total de 8 401 participants, dont 4 746 hommes, et les études qualitatives un total de 158 participants, dont 73 hommes. L'analyse a été menée exclusivement chez des participants masculins. Deux études ont été menées aux États-Unis, deux aux Pays-Bas, deux au Royaume-Uni, deux en Australie, une en Suède et au Danemark, une en Jordanie et une en Malaisie {Rabiei, 2023 #37}. Les points saillants relevés par les auteurs dans les études analysées étaient les suivants : près de la moitié des hommes étaient conscients des conséquences des antécédents familiaux d'un père sur la santé de son enfant, plus de la moitié des hommes savaient que la santé des femmes avant la conception pouvait avoir un impact significatif sur la santé de leur enfant. En revanche, un tiers des hommes étaient conscients des conséquences de la santé de l'homme avant la conception sur la santé de son nourrisson. Plus de 9 hommes sur 10 étaient conscients de l'importance d'optimiser la santé maternelle avant la grossesse. De plus, ils étaient très conscients des facteurs de risque avant la grossesse chez les femmes (par exemple, consommation d'alcool, consommation de drogues illicites et violence domestique), qui peuvent influencer les résultats de la grossesse. Moins d'un homme sur dix a indiqué avoir reçu des informations et des conseils de leur médecin concernant leur santé avant la grossesse. Les auteurs concluaient à la rareté des études sur la sensibilisation préconceptionnelle à la santé et sur le niveau de connaissances peu important des hommes sur l'importance d'avoir une bonne santé avant la conception (tant pour eux que pour les femmes), les effets de facteurs comme l'âge, l'obésité, le tabagisme, y compris passif, l'alcool et les drogues illicites sur la fertilité.

1.10.2.2. Affiche et brochure

En Europe

Des outils permettant de mener une campagne de sensibilisation à la fertilité ont été développés en Europe. L'impact de ces outils n'a pas été évalué à notre connaissance.

Une affiche s'adressant à toute personne en âge de procréer a été élaborée à l'initiative de l'IFEI, groupe d'experts internationaux créé en 2020, collaborant avec des usagers avec 20 pays européens représentés, dont la France.

Cette affiche, publiée en 2021, est mise à disposition des professionnels de santé et autres professionnels, dans le but de sensibiliser la population en âge de procréer dès l'adolescence. Elle a été traduite en 35 langues, dont le français (accessible à partir du site IRHEC Resources) {Harper, 2021 #272}. L'IFEI soutient la thèse que l'éducation de la population en âge de procréer peut faire diminuer l'infertilité. Cette démarche a d'abord été développée en Australie, puis dans plusieurs pays européens. Cette affiche utilise un ton direct dès l'accroche du titre et s'adresse aux personnes qui souhaitent avoir des enfants, celles qui n'ont pas de projet parental pouvaient alors se sentir exclues : « Veux-tu avoir des enfants dans le futur ? 9 choses que tu dois savoir. »

Cette affiche comprend des informations sur la diminution de la fertilité avec l'âge tant chez les femmes que chez les hommes, des explications succinctes sur les gamètes, la période de fécondité, la diminution des chances de grossesse avec l'âge de la femme et du partenaire masculin, des conseils d'amélioration du mode de vie, le recours au médecin en cas de tentatives de grossesse sans succès après 12 mois de tentatives infructueuses (6 mois après 35 ans pour la femme), les facteurs qui affectent la fertilité, une information sur l'efficacité des traitements de fertilité qui n'est pas garantie (fécondation *in vitro*), les options possibles pour satisfaire un projet parental pour les couples hétérosexuels, couples de même sexe, personnes de genre divers et célibataires, les situations qui conduisent au recours à un expert en fertilité.

Deux documents destinés aux hommes et aux femmes proposés en appui de l'affiche présentée précédemment, l'un concernant la fertilité masculine en général, l'autre concernant la fertilité féminine, ont été élaborés par l'*International Reproductive Health Education Collaboration* sous l'égide de la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE). Leur perception par les personnes concernées ainsi que leur intérêt pour elles n'ont pas été évalués à notre connaissance {ESHRE, 2025#16}.

Ces deux documents, issus d'un consensus professionnel, abordent la fertilité et l'infertilité et sont structurés autour de deux questions d'appel : « Qu'est-ce que la fertilité et l'infertilité ? » ; « Est-ce que l'infertilité peut être prévenue ? » (masculine d'une part et féminine d'autre part), et de réponses apportées en termes de définitions, d'explications de la physiologie des êtres humains, de possibilité de prendre soin de sa fertilité ou de la protéger (plutôt que de prévention de l'infertilité) grâce à des modifications des habitudes de vie (alimentation équilibrée et de qualité, arrêt du tabac ou du vapotage, arrêt de l'alcool et d'autres substances psychoactives, être physiquement actif et diminuer la sédentarité, maintenir un poids de santé).

Des informations détaillées sont apportées sur :

- la fertilité masculine : les facteurs qui altèrent le sperme ; les effets de l'âge sur la fertilité après l'âge de 40 ans : quantité et qualité du sperme, délai allongé pour obtenir une grossesse avec la partenaire, augmentation des arrêts spontanés de grossesse ; les causes de l'infertilité, son diagnostic, les options de traitement, un schéma annoté de l'appareil reproducteur masculin ;
- la fertilité féminine et les changements avec l'âge après 35 ans ; les causes du déclin de la fertilité : quantité et qualité des ovules, présentation de courbes croisant la fertilité et le nombre croissant des arrêts spontanés de grossesse selon l'âge de la femme ; le recours éventuel à une technique d'assistance médicale à la procréation.

Sur le territoire

- Une affiche renvoyant vers une brochure d'informations et des recommandations destinées aux personnes en âge de procréer a été identifiée. L'ensemble de ces documents a été élaboré par un groupe pluriprofessionnel comprenant des usagers sous l'égide du CHU de Nantes en 2025.
- L'affiche s'adresse aux hommes et aux femmes en les interpellant : « Vous êtes en âge d'avoir des enfants ». L'objectif est clair et le ton est positif : « Prendre soin de sa santé et de son environnement, avant même la grossesse, c'est important dès maintenant ! Pour soi, pour sa fertilité, pour le développement de l'enfant à venir et sa santé d'adulte ». Elle propose un QR code qui renvoie vers des « Recommandations préconceptionnelles » qui donnent des conseils pour limiter les expositions environnementales qui pourraient avoir un impact sur la santé, la fertilité, le développement de l'embryon, et la santé de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra. Les thèmes abordés sont : l'alimentation, l'air, la peau et les produits d'hygiène (éviter les risques), la prise de vitamine B9 (acide folique), la vérification des sérologies et statuts immunitaires de la femme et conseils hygiéno-diététiques pour la toxoplasmose, listéria, CMV, la mise à jour des vaccinations, les

antécédents médicaux particuliers (enquête génétique en amont de la grossesse en cas de maladie ou caractéristiques génétiques individuelles ou familiales), le poids (IMC), le dépistage du diabète, les médicaments, l'exposition au plomb, les consommations à risque (alcool, tabac, cannabis, autres drogues), la consultation dentaire, le dépistage de risques psychosociaux (violence intrafamiliale, souffrance psychique, difficultés sociales, mal-être au travail), l'évaluation des risques au travail en lien avec le service de prévention et de santé au travail, l'activité physique, le bien-être, des références bibliographiques.

- La brochure d'informations reprend tous ces thèmes et elle est utilisée comme support d'échange à une consultation qui aborde la fertilité.

D'autres initiatives sont en développement sur le territoire témoignant d'un intérêt grandissant des équipes soignantes pour la santé préconceptionnelle.

1.10.2.3. Place des plateformes et outils numériques d'information et de communication

Des sites internet, des réseaux sociaux, des applications, des outils numériques peuvent permettre d'apporter de nouveaux contenus d'information ou éducatifs sur la santé sexuelle et reproductive avec des formats divers. Ces supports peuvent être utilisés en complément ou en soutien des interventions existantes comme en face-à-face avec un professionnel de santé ou utilisés en tant que source d'informations à part entière. Mais permettent-ils d'atteindre les publics concernés et de s'adapter aux besoins, attentes, usages et préférences numériques des personnes ? Quelle est la fiabilité de ces sources d'information ?

La recherche autonome d'informations sur les plateformes numériques

Les premiers résultats de l'enquête de l'Inserm « Contexte des sexualités en France en 2023 » {ANRS maladies infectieuses émergentes, 2024 #264} montrent que les plateformes numériques représentent aujourd'hui une source d'information essentielle, puisque 75,0 % des femmes et 69,7 % des hommes recherchent des informations en ligne, avec des différences générationnelles marquées en faveur des plus jeunes. Y sont recherchés notamment des informations, des outils d'auto-dépistage, concernant la prévention et le traitement des IST/VIH, des grossesses non planifiées, des dysfonctions sexuelles.

Les sources d'information sur la sexualité auxquelles recourent les jeunes adultes ont été appréhendées grâce à l'enquête ENVIE, menée entre novembre 2022 et juillet 2023 par l'INED avec le soutien de l'INJEP. L'enquête sur la vie affective des jeunes adultes {Amsellem-Mainguy, 2025#189} est une enquête par questionnaire, réalisée au téléphone en 2023 auprès d'un échantillon représentatif de 10 021 individus âgés de 18 à 29 ans et vivant en France hexagonale. Elle comble le manque de données récentes sur la sexualité à cette période de la vie depuis le Baromètre de santé publique France 2016. Les résultats révèlent que les sources d'information sur la sexualité et la santé sexuelle mobilisent d'abord l'entourage affectif et amical, ainsi que les professionnels éducatifs ou de santé, avant les contenus numériques. Les informations s'échangent d'abord auprès de personnes ressources : partenaires d'abord (pour 9 jeunes sur 10), puis viennent les relations amicales (8 sur 10). Les professionnels et professionnelles éducatifs et de santé sont cités par plus de la moitié des jeunes (64 % des femmes et 52 % des hommes).

Les perceptions et expériences des usagers en matière de communication numérique ciblée sur la santé reproductive, accessible sur des appareils mobiles, ont été évaluées dans une revue de la littérature publiée par la *Cochrane Library* {Ames, 2019 #148}. L'objectif d'une synthèse des données qualitatives de 35 études réalisées dans une variété de pays et de contextes différents, publiée en 2019 par la *Cochrane Library*, était d'explorer les points de vue et les expériences des personnes en âge de procréer sur leur téléphone portable, au sujet de la communication relative à la grossesse, de

la santé du nouveau-né et de l'enfant, de la santé sexuelle et de l'intention de procréer. Nous rapportons uniquement les données des jeunes adultes en période préconceptionnelle. Certaines des études ont exploré les points de vue de personnes ayant été exposées à un protocole d'interventions fondées sur l'utilisation d'outils numériques, tandis que d'autres étaient de nature hypothétique, demandant aux personnes ce qu'elles attendaient d'une intervention de santé numérique.

Les résultats ont montré que les expériences de réception des informations sur la santé sexuelle et reproductive via les appareils mobiles étaient mitigées ainsi que leur acceptabilité. Certaines personnes ont estimé que ces programmes leur procuraient un sentiment de soutien et de lien, car quelqu'un se souciait suffisamment d'eux pour prendre le temps de leur envoyer des messages (niveau de confiance moyen dans les données probantes), une possibilité de sauvegarder et de relire les messages plus tard, une façon de partager les messages avec leurs amis et leur famille. Les opinions les moins positives étaient surtout liées à une insuffisance de familiarité avec la technologie et sa commodité, à des problèmes lors de l'utilisation de ces programmes (faible accès aux réseaux de téléphonie mobile et à internet, coût des messages, sentiment de stigmatisation et de crainte d'un non-respect de la vie privée et la confidentialité) chez les personnes confrontées à des problèmes de santé tels qu'une infection au VIH, mais aussi quand il s'agissait de l'intention de conception et son délai de concrétisation ou d'interruption de la grossesse. Les personnes ont exprimé des préférences en termes de canaux de distribution (par exemple, des SMS ou des services de réponse vocale interactifs), de moment ou de fréquence de réception des messages, de contenu des messages (nouvelles connaissances, rappels, solutions et suggestions concernant les questions de santé). L'opinion des personnes sur l'expéditeur de la communication numérique pourrait influencer leur opinion sur le programme.

Des sources d'informations fiables devraient pouvoir être conseillées

Les plateformes numériques dédiées à la sexualité de tous les Français ont été identifiées. Les informations portant sur les facteurs qui altèrent la fertilité et les actions individuelles pouvant améliorer la fertilité ne sont pas encore très développées alors que les informations portant sur la santé sexuelle le sont davantage.

Des problématiques liées au numérique vis-à-vis de la santé sexuelle ont été recensées par l'Unesco, notamment la désinformation sur des questions de santé sexuelle et reproductive {Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture, 2018 #190}.

Nous avons recherché les sites ou portails de confiance vers lesquels les personnes en âge de procréer peuvent être orientées.

- Des documents d'information publiés par les sociétés savantes médicales peuvent être conseillés.
- La plateforme d'information en santé accessible par le portail Santé.fr « Ma fertilité » est une source proposée en 2026 promue par le ministère de la Santé.
- « QuestionSexualité.fr » (Tout savoir sur la sexualité | QuestionSexualité) est un portail dédié, construit par Santé publique France (SPF), qui se conforme à un ensemble de règles de bonnes pratiques et de contenus validés par des experts. Ce portail gratuit permet de trouver les réponses aux questions que toute personne peut se poser sur l'anatomie, les pratiques, la grossesse, les IST, les discriminations liées à la sexualité, les troubles de la sexualité, la conception et la grossesse, les problèmes de fécondité, les difficultés à concevoir (infertilité).
- Santé publique France s'intéresse en particulier à 4 domaines de la santé sexuelle : infections sexuellement transmissibles dont le VIH, contraception, lutte contre les discriminations, violences, et propose des brochures d'information en ligne Santé sexuelle
- Sida Info Service, aujourd'hui SIS-Association, a été la première plateforme en santé sexuelle en France développée depuis 2020. Elle propose une écoute gratuite, confidentielle, par des

écoutants formés, qui n'a pas vocation à se substituer à des consultations médicales, psychologiques ou des espaces de socialisation Sexualités, osons en parler ! sexualites-info-sante.fr

- Le portail Santé.fr est une plateforme d'information en santé portée par l'Observatoire de l'information en santé. Il s'agit d'une ressource pertinente qui comporte également des décryptages pour lutter contre la désinformation Page d'accueil | Santé.fr ; Décryptage | Santé.fr. Cette plateforme propose depuis février 2025 des contenus spécifiques à la fertilité[32].

1.10.2.4. Amélioration des connaissances sur la fertilité et l'infertilité

Un guide destiné à améliorer les connaissances des personnes en âge de procréer a été publié en 2017. Il a été élaboré au Royaume-Uni sous l'égide de l'université de Cardiff (*Fertility Research Group* et *School of Psychology*) en lien avec la *British Fertility Society*[33]. Ce document est un des rares à avoir été évalué sur le plan de l'amélioration des connaissances et de la perception de la fertilité.

Ce guide est structuré autour de la fertilité et de l'infertilité, et chaque chapitre du guide renvoie vers des ressources officielles des *National Health Services* (NHS) afin de permettre aux personnes de compléter leurs informations dans un langage accessible.

La fertilité est abordée sous la forme de questions-réponses.

- À quel moment les hommes et les femmes sont le plus fertiles ? Données sur le cycle menstruel (graphique), la régularité des rapports sexuels, le pourcentage de chance de grossesse par cycle en moyenne. Combien de mois sont nécessaires pour concrétiser un projet de grossesse ? Données sur le pourcentage de concrétisation au bout d'un an exprimées selon l'absence ou la présence de difficultés de fertilité.
- À quel âge la fertilité commence-t-elle à décliner chez la femme et chez l'homme ?
- À quel moment débuter un projet de grossesse ? Proposition d'un outil permettant de croiser plusieurs données : la taille souhaitée pour le nombre d'enfants, le pourcentage de chance d'atteindre cet objectif avec et sans traitement pour infertilité, le degré de certitude d'atteindre le nombre d'enfants souhaité, l'âge auquel une femme devrait débuter sa première grossesse, la seconde, la troisième).
- Un glossaire des termes médicaux utilisés avec parfois des explications accessibles et des synonymes issus du langage courant.

L'infertilité est d'abord définie puis est abordée sous la forme de questions-réponses.

- Définition de l'infertilité chez l'homme et chez la femme, chez les deux partenaires, de l'infertilité inexpliquée.
- Quels sont les signes et les symptômes des problèmes d'infertilité ? Quelles sont les principales causes d'infertilité qui peuvent être prévenues ? Améliorer ses habitudes de vie peut améliorer les chances d'obtenir une grossesse et d'être soi-même en bonne santé durant la grossesse et de favoriser la bonne santé de l'enfant à naître (surpoids et obésité, consommation de tabac > 10 cigarettes/jour, infections sexuellement transmissibles, consommation à risque d'alcool).
- Quels sont les techniques et moyens qui peuvent avoir une influence sur la fertilité ? Par exemple, la contraception, l'assistance médicale à la procréation, le recours à un don de gamètes (ovule, sperme, embryon), l'autoconservation des ovules, du sperme, autre en fonction de la règlementation du pays.

[32] https://www.sante.fr/ma-fertilite

[33] « Fertility factsheets and guides », British Fertility Society

Une étude qualitative « avant-après » expérimentale et randomisée a permis d'évaluer par questionnaire les connaissances acquises, la perception de la fertilité et des facteurs qui l'altèrent auprès de jeunes adultes après diffusion du guide sur la fertilité et l'infertilité accompagné d'une éducation à la santé {Boivin, 2018 #92} {Boivin, 2019 #93}. Cette étude a inclus un petit nombre d'hommes et de femmes (étudiants du secondaire en lycée professionnel et à l'université) qui ont été répartis dans deux groupes : 1. délivrance du guide sur la fertilité avec une éducation en petit groupe (groupe FertiEduc) et 2. un livret de 4 pages sur le thème d'une grossesse en bonne santé, diffusé par les *National Health Services* (groupe de contrôle). Les données ont été collectées lors de séances de groupe via un portail en ligne. Les 208/255 participants (n = 93 grands adolescents, n = 115 jeunes adultes) étaient sans enfants, non actuellement enceintes pour les femmes (pour les hommes, partenaire non enceinte) ou essayant de concevoir, présumés fertiles et ayant l'intention d'avoir un enfant à l'avenir. Les résultats ont montré que les groupes FertiEduc et contrôle étaient comparables en termes d'âge, de sexe, de situation de handicap, de statut relationnel. L'information sur la fertilité augmentait significativement les connaissances sur la fertilité pour les jeunes adultes uniquement ($p < 0,001$), avec un impact négatif exprimé sous la forme de la menace d'infertilité pour les jeunes adultes et les adolescents ($p = 0,05$). La participation à l'étude était associée à une augmentation d'une anxiété perçue mais à une diminution des réactions de stress physique. Les adolescents avaient des plans de fertilité plus optimaux par rapport aux jeunes adultes en raison de leur jeunesse. Au total, la délivrance d'informations sur la fertilité peut avoir des avantages (augmentation des connaissances sur la fertilité), mais aussi des impacts négatifs (augmentation de la menace potentielle d'infertilité). Les adolescents perçoivent les informations sur la fertilité positives mais n'en tirent pas d'enseignements. Les auteurs concluaient à l'intérêt d'adapter l'éducation à la fertilité aux préoccupations des diverses tranches d'âge, de l'entrée dans l'âge adulte jusqu'à la maturité, afin qu'elle soit intégrée à des étapes spécifiques du parcours de vie. Ils recommandent de construire les messages de manière positive et non alarmiste.

L'amélioration du niveau de connaissances des hommes sur la fertilité et les facteurs qui peuvent l'altérer au moyen d'une intervention en face-à-face en consultation de santé sexuelle a été évaluée dans une revue systématique de la littérature {Krishnan, 2024 #142}. Quatre études dont deux études randomisées contrôlées et deux études expérimentales, rapportées dans 6 publications, ont été incluses. Les apports de connaissances portaient sur le déclin de la fertilité avec l'âge, les effets de la consommation de substances psychoactives, des infections sexuellement transmissibles sur la fertilité. Ils ont été délivrés en face-à-face avec un professionnel de santé au cours de consultations sur la santé sexuelle (3/5 études), en ligne et via une application mobile pendant deux semaines pour les autres études. Trois études incluaient des hommes d'âge moyen de 28,4 à 31,5 ans recrutés en population générale, et deux études des étudiants de 17,5 ans en moyenne. L'évaluation des connaissances des participants a été réalisée avant et après l'intervention et jusqu'à deux ans post-intervention pour une des études. Toutes les études ont montré une amélioration significative des connaissances sur la fertilité ou les facteurs de risque liés à la fertilité entre le début du protocole et le suivi. L'amélioration la plus importante a été observée chez les jeunes adultes, élèves de l'enseignement secondaire et professionnel. Un maintien modéré des connaissances à long terme a été observé lors d'un suivi à deux ans dans une seule étude. Les données suggèrent que les interventions visant à améliorer les connaissances sur la fertilité sont efficaces, en particulier pour les hommes plus jeunes, avec un niveau d'éducation moins élevé.

1.10.2.5. Synthèse

Les données permettant de connaître le niveau de sensibilisation et de connaissances des personnes en âge de procréer sur la fertilité, les facteurs qui peuvent l'altérer, la protection de la fertilité, sont peu nombreuses. Les études concernant le niveau de sensibilisation des hommes sont encore plus rares.

Le groupe de travail souligne que les affiches, les brochures mises à disposition dans les lieux de prévention et de soins témoignent de l'implication du praticien ou de l'équipe de soins dans l'écoute et l'accompagnement. Ces documents peuvent sensibiliser et susciter une réflexion chez les personnes en âge de procréer et inciter les personnes à parler du sujet avec le professionnel de santé ou l'équipe. Par ailleurs, les campagnes d'information pour le grand public n'ont pas été évaluées dans le cadre de ce travail. Le groupe de travail estime les documents d'information nécessaires en veillant à être inclusifs et respectueux, en s'adressant tant aux femmes qu'aux hommes et en tenant compte de la diversité des personnes.

Les associations d'usagers qui ont des actions de soutien à la fertilité et d'accompagnement de l'infertilité devraient pouvoir s'appuyer sur une information en santé fiable avec le soutien des pouvoirs publics. Les sites des sociétés savantes médicales et les sites d'information des organismes gouvernementaux comportant des fiches pour le public, la plateforme d'information en santé accessible par le portail Santé.fr « Ma fertilité »[34] sont des ressources pertinentes pour les personnes concernées et les associations d'usagers.

Informer les personnes en âge de procréer

L'information est un droit pour les personnes et une obligation pour le professionnel qui délivre l'information, quels que soient son mode et son lieu d'exercice (privé et/ou public), quelles que soient les circonstances et qu'il s'agisse de prévention ou de soins (loi du 4 mars 2002[35]).

Selon les recommandations de la HAS {Haute Autorité de santé, 2012 #274}, l'information délivrée par le professionnel de santé à la personne est destinée à l'éclairer sur son état de santé et à lui permettre, si nécessaire, de prendre en connaissance de cause les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt.

L'information est un élément essentiel dans la relation de confiance réciproque entre le professionnel de santé et la personne. À ce titre, elle s'inscrit dans un dialogue dans le cadre d'un entretien individuel, et dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la ou des personnes.

L'information prend en compte la diversité des personnes et des couples, leur situation dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques et les précautions particulières à prendre pour protéger et améliorer la santé (sexuelle et reproductive dans le contexte de ce travail), tenant compte des connaissances scientifiques avérées.

Lorsque la personne exprime la volonté de ne pas être informée, cette volonté est respectée par le professionnel de santé, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Dans ce dernier cas, seule la personne concernée est destinataire de l'information.

1.11. Prendre en compte la littératie en santé

Le terme « littératie » est issu du mot anglais « *literacy* », qui désigne les connaissances et les compétences dans les domaines de la lecture, de l'écriture, de la parole (ou d'autres moyens de

[34] Le service public d'information en santé Ma fertilité | Santé.fr

[35] Article L. 1111-2 al. 1 du Code de la santé publique : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. »

communication) et du calcul, qui permettent aux personnes d'être efficaces et intégrées dans la société. La littératie en santé est un concept qui repose sur la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer la santé de l'individu dans divers milieux au cours de la vie {Le Brun, 2025 #86}.

Lors de la discussion entre professionnels de santé et personnes concernées, les *Centers for Desease Control* (CDC) soulignent qu'il est important de prendre en compte le niveau de littératie en santé, les dimensions sociales, culturelles et cultuelles de la personne concernée pour aborder le projet parental {Johnson, 2006 #283}.

L'enquête européenne *Health Literacy Survey* (HLS), menée en 2020-2021, met en lumière les difficultés exprimées par de nombreux adultes représentatifs en termes d'âge, de sexe, en France comme en Europe (44 % des personnes interrogées), pour accéder, comprendre ou mettre en pratique les informations sur la santé. Cette enquête témoigne notamment de difficultés pour naviguer dans le système de santé (73 %), communiquer avec les professionnels de santé (29 %), traiter l'information numérique (72 %). En ce qui concerne cet accès aux informations de santé en ligne, les personnes trouvent difficile, voire très difficile de juger de la fiabilité des informations trouvées (65 %), de déterminer si ces informations sont pertinentes pour eux (56 %), d'utiliser ces informations pour tenter de résoudre un problème de santé (51 %), de déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées (69 %). Ces obstacles sont plus fréquents chez les personnes moins favorisées socialement ou ayant un problème de santé chronique {Santé publique France, 2024 #85}.

1.11.1. Adaptations en cas de difficultés à comprendre l'information et la traiter

Pour les personnes qui rencontrent des difficultés à comprendre l'information et à la traiter (littératie, numératie, illectronisme), les informations sur la santé préconceptionnelle devront être adaptées pour améliorer l'accessibilité, la compréhension et la mémorisation des informations délivrées lors d'une discussion et en les renforçant à l'aide de documents imprimés ou audio[36] {*World Health Organization*, 2009 #157} {Santé publique France, 2018 #277}.

- Par exemple, les documents imprimés doivent répondre à des critères d'accessibilité : en gros caractères et/ou en braille (malvoyance ou cécité) ; rédigé en facile à lire et à comprendre (FALC) et avec l'utilisation de pictogrammes ou d'images concrètes (toute personne rencontrant des difficultés à comprendre et s'approprier l'information en santé).
- Les outils audio (version audio sur le web, CD) avec contenus variés sont un bon moyen avec sous-titrage textuel ou en langue des signes française (LSF) (déficiences auditives) à condition de vérifier la fiabilité des informations.
- Internet, avec des sites accessibles (mise à disposition de vidéos avec sous-titrage et LSF en cas de déficiences auditives, vocabulaire simple et concret), permet de donner accès aux ressources disponibles sur le web.

1.11.2. Adaptations en cas de difficultés à communiquer

Pour les personnes qui rencontrent des difficultés à communiquer avec les professionnels de santé, ou exprimer leurs opinions et préférences personnelles, il est utile :

- de prévoir assez de temps lors de la consultation avec le professionnel de santé ;

[36] Santé publique France, Ruel J, Allaire C, Moreau AC, Kassi B, Brumagne A, *et al*. Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint-Maurice: SPF; 2018. Mise à jour avril 2025 Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible

- de proposer un document écrit pour se rappeler des informations obtenues ou un accès à un site internet dont l'information délivrée est fiable ;
- de leur proposer d'être accompagnées par un proche si elles le souhaitent.

1.12. Adopter le bon langage pour communiquer sur la fertilité

Selon l'*International Reproductive Health Education Collaboration* (IRHEC), rechercher un langage, un vocabulaire et une tonalité justes pour communiquer sur la fertilité, sa protection, son amélioration est important, car un risque d'effets négatifs involontaires peut exister comme une dissonance (discorde résultant des divergences entre individus ou groupes), une anxiété, une culpabilité et une stigmatisation en raison de la normalisation sociale, perçues par les personnes en âge d'avoir des enfants.

Les messages de santé publique peuvent avoir aussi contribué à un climat dans lequel les messages bénéfiques sur la santé et la fertilité peuvent être rejetés parce qu'ils sont perçus comme offensants, discriminatoires (plutôt dirigés vers les femmes que vers les hommes, insuffisamment abordés avec les personnes en situation de handicap ou vivant avec une maladie chronique) ou trop paternalistes (ne permettant pas de prendre des décisions de manière éclairée, mais contribuant plutôt à empêcher un comportement) {Mertes, 2023 #98}.

L'analyse de la littérature de l'IRHEC montre que les hommes et les femmes considèrent la fertilité comme un problème féminin, et que la plupart des communications liées à la fertilité se concentrent sur les femmes. Cela fait peser sur elles une responsabilité excessive en matière de procréation et contribue au manque d'engagement des hommes dans la santé reproductive et la prise de décision. Et ce, malgré les preuves que certains problèmes de fertilité sont liés au partenaire masculin, comme l'augmentation des mutations génétiques liées à l'âge, un impact négatif de l'obésité et de la consommation d'alcool sur la qualité du sperme et le développement du fœtus, et les effets négatifs d'une alimentation non équilibrée, ultra-transformée et du tabagisme sur la fertilité masculine.

1.12.1. Améliorer la communication sur la fertilité

Sur la base d'une analyse d'expériences de sensibilisation à la fertilité (définie selon le glossaire international de la fertilité et de l'infertilité), l'IRHEC propose des recommandations utilisables dans les bonnes pratiques ou les recherches sur le sujet pour améliorer la communication sur la fertilité. Ces recommandations s'appuient sur des principes éthiques de respect de l'autonomie reproductive, d'évitement de conséquences négatives en termes de stigmatisation ou d'anxiété, et d'inclusivité de toutes les personnes et tous les couples dans le respect de leur diversité.

➔ Cinq recommandations ont ainsi été formulées par l'IRHEC.

- « Formuler les messages de sensibilisation à la fertilité en gardant à l'esprit l'autonomie (reproductive) et veiller à être inclusif : accorder toute l'attention voulue tant aux hommes qu'aux femmes dans les messages sur la fertilité.
- Faire preuve d'empathie et être vigilant à ne pas blâmer et stigmatiser en reconnaissant que la fertilité diminue avec l'âge, et même s'il est plus facile de concevoir avant l'âge de 35 ans pour une femme et 50 ans pour l'homme, de mener une grossesse avec un enfant en bonne santé, la période idéale pour avoir un enfant du point de vue biologique ne chevauche pas toujours le moment idéal du point de vue personnel pour diverses raisons.
- Offrir un angle positif et éviter d'effrayer : ne pas susciter d'anxiété inutile avec des messages qui exagèrent les risques pour la fertilité et offrir une perspective positive et respectueuse en partageant des informations justes, en discutant des avantages et des moyens d'améliorer la santé globale et reproductive. Évoquer toutes les options de reproduction possibles (modalités, accès, chances de succès), les options possibles de parentalité (adoption, devenir famille d'accueil).

- Tenir compte tant des femmes que des hommes dans les messages sur la fertilité.
- Adapter les messages aux contextes et aux différents publics et développer des ressources en étroite collaboration avec ces publics : partir d'une question globale sur l'intention de conception pour répondre au besoin d'information ou d'accompagnement spécifiques des personnes qui ne désirent pas d'enfants, de celles qui ont un projet parental à court ou moyen terme, de celles qui sont indécises, afin que chaque personne dans sa diversité se sente respectée et incluse dans les discussions sur la fertilité, l'intention de procréation et les options pour y parvenir.
- Accepter que les personnes puissent changer d'avis au cours de leur vie. »

1.13. Recommandations

Le groupe de travail souligne que les messages concernant la fertilité, sa protection doivent être inclusifs et respectueux en s'adressant tant aux femmes qu'aux hommes, et plus largement à toute personne, quels que soient son genre, son orientation sexuelle et sa situation personnelle.

Ces messages doivent permettre aux personnes concernées de prendre des décisions de manière éclairée, et non d'empêcher un comportement.

L'ouverture avec simplicité d'un espace de dialogue sur le projet conceptionnel avec toute personne en âge de procréer peut permettre de sensibiliser et d'informer sur la fertilité en veillant à proposer des adaptations lorsque la personne rencontre des difficultés à comprendre l'information et à la traiter (littératie) et/ou à communiquer avec les professionnels de santé, et/ou à exprimer ses opinions et préférences personnelles (barrière de langue, situation de handicap ou de maladies entraînant des difficultés de communication ou d'expression).

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Sensibiliser et informer les personnes en âge de procréer

Sensibiliser

R 1. Des affiches et des brochures mises à disposition dans la salle d'attente des lieux de soins et dans la salle de consultation permettent de :

- témoigner de l'implication du praticien ou de l'équipe de soins dans l'écoute et l'accompagnement de toute personne en âge de procréer ;
- faciliter l'ouverture d'un espace de dialogue ;
- sensibiliser les personnes à la fertilité, à sa protection et aux facteurs susceptibles de l'altérer ;
- susciter une réflexion sur l'intention de toute personne en âge de procréer de donner naissance à un enfant.

Plus largement, les affiches et les brochures pourraient :

- être mises à disposition dans les pharmacies, les structures médicosociales ;
- être rédigées en facile à lire et à comprendre (FALC) ;
- être traduites en plusieurs langues.

Les sites des sociétés savantes médicales et les sites d'information des organismes gouvernementaux comportant des fiches pour le public, la plateforme d'information en santé accessible par le portail Santé.fr « Ma fertilité »[37] sont des ressources pertinentes pour les personnes concernées et les associations d'usagers.

[37] Le service public d'information en santé Ma fertilité | Santé.fr

Informer

L'information permet d'améliorer les connaissances, de développer et de renforcer la capacité de décision et d'action des personnes concernant leur intention de concevoir, la protection de leur fertilité et l'amélioration de leur santé. L'information est un droit pour les personnes en âge de procréer et une obligation pour le professionnel de santé.

R 2. Pour informer sur la fertilité sans entraîner d'inquiétudes, l'information échangée doit s'inscrire dans une relation de confiance réciproque entre le professionnel de santé et la personne, et s'ajuster à ses demandes et à ses attentes.

R 3. En complément de l'information orale, des documents d'information publiés par les sociétés savantes médicales, des sites internet d'organismes gouvernementaux, la plateforme d'information en santé accessible par le portail Santé.fr « Ma fertilité », des décryptages en santé[38], d'autres sources sur la santé sexuelle et reproductive[39] doivent être proposées. Ces sources d'information ont aussi vocation à susciter une réflexion et des questions auxquelles le professionnel de santé répond lors des entretiens préconceptionnels.

Adopter le bon langage pour parler de fertilité

R 4. Les messages concernant la fertilité doivent être inclusifs et respectueux en s'adressant tant aux femmes qu'aux hommes et plus largement à toute personne, quels que soient son genre, son orientation sexuelle et sa situation personnelle.

R 5. Tout professionnel de santé qui aborde la fertilité ou un projet conceptionnel doit :

- faire preuve d'empathie, éviter de juger et de stigmatiser les personnes : le moment idéal pour avoir un enfant du point de vue biologique ne coïncide pas toujours avec le moment idéal du point de vue personnel pour diverses raisons ;
- proposer une perspective positive en expliquant les avantages, les actions en faveur de la fertilité et de la santé globale ;
- porter attention à la réception de l'information et s'assurer de la bonne compréhension des informations échangées par la reformulation de ce que la personne a compris et retenu des explications données, et en laissant la possibilité de poser toutes les questions souhaitées ;
- respecter le choix de la personne quel qu'il soit.

R 6. Il est recommandé d'ouvrir avec simplicité un espace de dialogue, au moment le plus adéquat d'une consultation, sur le projet conceptionnel avec toute personne en âge de procréer, seule ou en couple, en veillant à

- demander l'accord de la personne pour aborder ce sujet et apporter des éléments de discussion ;
- engager le dialogue dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes ;
- respecter la volonté exprimée par la personne ou les partenaires de ne pas être informés, ou de ne pas être prêts à recevoir des informations, ou à échanger sur un sujet qui touche à leur intimité ou à leur vie privée. Le professionnel de santé veillera à maintenir un espace d'échange ouvert lors d'une prochaine opportunité de dialogue ;
- garantir la confidentialité des échanges, veiller à demander l'accord des partenaires pour partager des informations qui les concernent.

[38] Page d'accueil | Santé.fr ; Décryptage | Santé.fr

[39] « QuestionSexualité.fr » (Tout savoir sur la sexualité | QuestionSexualité) est un portail dédié, construit par Santé publique France (SPF)

R 7. Lorsque la personne rencontre des difficultés à communiquer avec les professionnels de santé, ou à exprimer ses opinions et préférences personnelles (barrière de langue, situation de handicap ou de maladie entraînant des difficultés de communication ou d'expression), il est préconisé :

- de proposer la présence d'un accompagnant ou d'une personne de confiance ;
- de s'adresser directement à la personne avec le soutien de son accompagnant, d'un médiateur en santé[40] ou d'un interprète[41] ;
- d'expliquer l'objectif et le déroulement de la consultation ;
- de prévoir le temps nécessaire pour faciliter les échanges, ou adapter si nécessaire la durée de la consultation, ou en prévoir une autre, pour tenir compte de la fatigabilité liée à la communication.

R 8. Lorsque la personne rencontre des difficultés à comprendre l'information et à la traiter (littératie), il est préconisé lors de la discussion ;

- d'adapter les informations pour améliorer l'accessibilité, la compréhension et la mémorisation des informations délivrées ;
- de les renforcer à l'aide de documents imprimés, audio[42] ou sur des sites institutionnels d'information en santé[43] ;
- de s'assurer, par la reformulation, de la compréhension des informations échangées.

1.14. Partager les informations disponibles sur la fertilité

Les données présentées s'appuient sur des recommandations internationales, des rapports de plusieurs agences sanitaires françaises et de la littérature internationale complémentaire.

1.14.1. Facteurs constitutionnels : l'âge

L'âge représente la première cause physiologique de la diminution de la fertilité tant chez la femme que chez l'homme. Il existe un effet cumulatif de l'âge des deux partenaires, notamment sur le taux d'interruption spontanée de grossesse qui est multiplié par 6,7 si l'homme a plus de 40 ans et la femme plus de 35 ans {Lyall, 2017 #126} {Huyghe, 2021 #64}.

Chez la femme, une baisse des taux de fécondité féminine est signalée après l'âge de 30 ans et cette baisse est plus importante après l'âge de 35 ans. La femme a un stock définitif d'ovocytes à la naissance et la réserve ovarienne diminue à partir de 35 ans et encore plus après 40 ans, la probabilité de concevoir naturellement un enfant diminue fortement.

Une étude de cohorte préconceptionnelle en ligne a été menée entre juin 2013 et juillet 2017 au Canada dans le but de décrire la fécondité liée à l'âge dans la population générale {Wesselink, 2017 #245}. Les participants éligibles avaient entre 21 et 45 ans (femmes) ou ≥ 21 ans (hommes). Les 2 962 couples qui tentaient de concevoir depuis ≤ 3 cycles à l'entrée dans l'étude n'ont rapporté aucun antécédent d'infertilité et n'utilisaient pas de traitements de fertilité. Les couples étaient suivis jusqu'à la grossesse ou jusqu'à 12 cycles menstruels. Chez les femmes, la proportion cumulée de grossesse non ajustée à 6 cycles de tentative variait de 62 % (28-30 ans) à 27,6 % (40-45 ans). La proportion cumulative de grossesses à 12 cycles de tentative variait de 79,3 % (25-27 ans) à 55,5 % (40-45 ans).

[40] Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins

[41] Haute Autorité de santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé

[42] Santé publique France, Ruel J, Allaire C, Moreau AC, Kassi B, Brumagne A, *et al.* Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint-Maurice: SPF; 2018.Mise à jour avril 2025 Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible

[43] Par exemple : Comprendre la conception et la grossesse https://questionsexualite.fr/ - Accès aux soins et handicap|Handicap.gouv.fr - Santé.fr : le site du service public d'information en santé https://www.sante.fr/

L'augmentation de l'âge des femmes était associée à un déclin régulier de la fécondabilité à l'exception des 28 à 33 ans, où la fécondité était relativement stable. Les ratios de fécondabilité étaient de 0,91 (IC à 95 % : 0,74-1,11) pour les 25 à 27 ans ; de 0,88 (IC à 95 % : 0,72-1,08) pour les 28 à 30 ans ; de 0,87 (IC à 95 % : 0,70-1,08) pour les 31 à 33 ans ; de 0,82 (IC à 95 % : 0,64-1,05) pour les 34-36 ans ; de 0,60 (IC à 95 % : 0,44-0,81) pour les 37-39 ans ; et de 0,40 (IC à 95 % : 0,22-0,73) pour les 40 à 45 ans, en comparaison avec le groupe de référence (21-24 ans). Des résultats similaires ont été observés chez les hommes. L'âge masculin n'était pas significativement associé à la fécondabilité après ajustement à l'âge féminin, mais le nombre d'hommes de plus de 45 ans était faible (n = 37).

De plus, les risques des grossesses tardives sont réels pour la mère après l'âge de 40 ans et pour l'enfant, et peuvent dans certaines situations mener au décès périnatal de la mère. En effet, des données françaises issues du 7e rapport de l'enquête confidentielle sur les morts maternelles (ECMM) répertorient et analysent les 272 morts maternelles survenues entre 2016 et 2018 d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites. L'analyse des situations montre que par rapport aux femmes âgées de 20-24 ans, le risque de mortalité était multiplié par 2,6 pour les femmes âgées de 35-39 ans, et par 5 à partir de 40 ans {Santé publique France, 2024 #158}.

L'ECMM propose 30 messages clés visant à améliorer le parcours de soins des femmes avant, pendant et après leur grossesse en termes de prévention, de diagnostic ou de traitement de la complication pouvant conduire au décès, ou de l'organisation des soins. Ils illustrent le constat que la prévention de ces complications maternelles sévères est l'affaire de tous, soignants de l'obstétrique de maternité ou de ville, soignants d'autres spécialités, médecins généralistes, professionnels de l'action sociale, responsables des politiques de santé, femmes elles-mêmes et leur entourage {Santé publique France, 2024 #158}.

Chez l'homme, une atteinte de la spermatogenèse avec l'avancée en âge a été montrée sur le plan quantitatif et qualitatif : diminution du nombre de spermatozoïdes produits, de la mobilité, apparition de formes anormales. L'obésité, la consommation tabagique, certaines expositions professionnelles ou environnementales peuvent également entraîner des conséquences sur la spermatogenèse et la qualité nucléaire du spermatozoïde (dommages à l'ADN, chromatine). Ces changements se produisent chez les hommes vers l'âge de 30 à 35 ans. La fertilité de l'homme diminue de moitié entre les tranches d'âge 20-35 ans et 55-59 ans et le délai pour concevoir s'allonge avec le temps (6 mois avant 30 ans, 10 mois à 40-44 ans, 19 mois à 45-49 ans et de 32 mois à 50 ans et plus) {Agence de la biomédecine, 2017 #129}.

L'augmentation de l'âge va également accroître le risque d'altération de la fertilité car avec l'âge, toute personne a plus de risque d'avoir été exposée à des facteurs environnementaux (obésité, tabac, polluants) ou à des maladies (comme des infections sexuellement transmissibles) altérant la fertilité {Agence de la biomédecine, 2017 #129} {Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2025 #261}.

Les périodes préconceptionnelles (avant et juste après la fécondation jusqu'au stade embryonnaire blastocyste) constituent des périodes critiques pour les origines développementales de la santé et des maladies sur la descendance (DOHaD). Des études génétiques ont identifié un certain nombre de mutations *de novo* rares et ont pris de l'ampleur dans les domaines du risque polygénique, de l'épigénétique et des interactions gène-environnement {Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2025 #261}. Il est à souligner que le champ d'études du DOHaD s'est récemment étendu pour inclure le rôle des expositions paternelles, sous le terme POHaD (*Paternal Origins of Health and Disease*), reconnaissant que l'exposition des pères avant la conception peut également avoir un impact sur la santé des générations futures.

Plus globalement, des effets de l'âge parental sur la survenue de mutations *de novo* ont été décrits. Il s'agit de mutations génétiques qui surviennent pour la première fois chez un individu, sans être héritées de ses parents. Ces mutations peuvent être responsables de maladies génétiques même si elles ne sont pas présentes chez les parents {Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2025 #261}. Les propriétés statistiques de la mutagenèse chez les humains sont actuellement révélées grâce au séquençage à haut débit de la variation du taux et du spectre de mutation le long du génome à différentes échelles, en relation avec des caractéristiques épigénomiques et la dépendance à l'âge parental. De plus, les mutations d'origine maternelle sont moins fréquentes que celles d'origine paternelle et présentent une distribution génomique distincte {Seplyarskiy et Sunyaev, 2021 #127}.

L'augmentation de l'aneuploïdie avec l'âge peut avoir comme conséquence la survenue d'une anomalie chromosomique chez l'enfant {Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2025 #261}.

Du côté du gamète féminin, la fréquence des aneuploïdies augmente avec l'âge du fait du vieillissement des ovocytes. Le nombre d'enfants porteurs d'anomalies chromosomiques va augmenter avec l'âge de la femme, de 1/500 à 2,6/1 000 à 30 ans, 5,6/1 000 à 35 ans, 15,8/1 000 à 40 ans et 53,7/1 000 (1 pour 20) à 45 ans, la plus fréquente étant les trisomies 21 (données rapportées par l'Agence de la biomédecine {Agence de la biomédecine, 2017 #129}).

La vulnérabilité du gamète mâle est liée au vieillissement lui-même et à l'accumulation de mutations ponctuelles au cours du temps, celles-ci étant à l'origine de l'apparition *de novo* de pathologies génétiques de transmission dominante, comme l'achondroplasie, le syndrome d'Apert, le rétinoblastome. Des données rapportées ont montré une augmentation des trisomies 21 dès l'âge de 35 ans chez l'homme avec un risque relatif multiplié par 3,2 si l'homme a plus de 50 ans {Agence de la biomédecine, 2017 #129}. Un âge paternel élevé pourrait être en lien avec 26,6 % à 33 % d'apparition de la schizophrénie à l'âge adulte avec des pères de plus de 50 ans. L'origine génétique, voire épigénétique s'explique par le fait que chez l'homme plus âgé, le sperme est plus fréquemment endommagé, plus sévèrement atteint et non éliminé. Mais des facteurs de l'environnement pourraient être en jeu, le rôle de la génétique restant modéré dans cette maladie multifactorielle {Institut national de la santé et de la recherche médicale et Krebs, 2017 #270}. Un âge paternel de plus de 50 ans (comparativement à des pères de moins de 30 ans) semble influencer le risque du trouble du spectre de l'autisme {Agence de la biomédecine, 2017 #129}. Mais divers facteurs génétiques et environnementaux semblent contribuer à l'étiologie du trouble du spectre de l'autisme, qui reste incomplètement comprise à ce jour {Lyall, 2017 #126}.

1.14.2. Facteurs médicaux

Les infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) se transmettent principalement lors des rapports sexuels. Il existe de nombreux virus ou bactéries transmissibles de cette manière. Toutes les IST sont en recrudescence depuis le début des années 2000 dans la plupart des pays industrialisés. La sensibilisation au dépistage et à la prévention est essentielle {Santé publique France, 2024 #289}.

Les principales IST bactériennes sont la syphilis, les infections gonococciques, les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT), dont le lymphogranulome vénérien et les infections à *Mycoplasma genitalium* (MG). Chacune posant des problèmes spécifiques avec pour la syphilis les risques de syphilis congénitale et les atteintes neurologiques, et pour *Neisseria gonorrhoeae* (NG) et MG, les problèmes liés à l'émergence de résistance aux antibiotiques.

Les principales IST virales sont l'herpès génital et les infections à papillomavirus humains (HPV) sexuellement transmissibles, non oncogènes (responsables de verrues génitales contagieuses) et oncogènes (responsables de précancers et de cancers génitaux, anaux et ORL). Elles sont très fréquentes, volontiers chroniques ou récidivantes, et leurs complications somatiques et psychologiques sont nombreuses.

Les principales IST parasitaires sont la trichomonose et la phtiriase, la première est l'une des IST les plus fréquentes dans le monde ; la fréquence de la seconde est inconnue mais outre le fait qu'à l'instar de la pédiculose capillaire, les arthropodes causaux peuvent résister aux traitements, ces derniers demeurent mal codifiés.

Le dépistage des IST est essentiel en période préconceptionnelle notamment, car non diagnostiquées et non traitées, elles peuvent affecter la fertilité par un phénomène d'inflammation des organes reproducteurs ou être à l'origine d'une infertilité, comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* (CT).

L'infection à CT est l'IST bactérienne la plus répandue, particulièrement fréquente chez les jeunes de 15 à 25 ans. Une infection à *Chlamydia* non traitée peut provoquer une inflammation de l'utérus et des trompes de Fallope, à l'origine d'infertilité ou de grossesses extra-utérines. L'infection à *Chlamydia* peut aussi être transmise au moment de l'accouchement de la mère à l'enfant et provoquer une pneumonie ou une infection des yeux chez le nouveau-né (conjonctivite). Chez l'homme, une infection à *Chlamydia* non traitée peut provoquer une inflammation de la prostate, des testicules ou de l'épididyme, ce qui peut générer une altération des paramètres du sperme (nombre, mobilité, vitalité). L'infection est souvent asymptomatique, ce qui contribue à sa transmission si elle n'est pas diagnostiquée et traitée. Il est possible de contracter des chlamydioses plusieurs fois, car l'immunité acquise contre cette bactérie est faible. Tous les types de rapports sexuels peuvent être contaminants, y compris les rapports buccogénitaux et anogénitaux. Il est donc important de la dépister par examen clinique et confirmation par analyse d'un échantillon d'urine ou d'un prélèvement fait sur les organes touchés (urètre, vagin, rectum, gorge)[44].

Le surpoids et l'obésité

Le pourcentage de femmes en âge de procréer qui sont en surpoids ou en obésité avant leur grossesse a augmenté de manière significative entre 2016 et 2021, et de manière plus marquée dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Le surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m^2) est passé de 20 % en 2016 à 23 % en 2021 et l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m^2) de 11,8 % à 14,4 %. Parmi les femmes en obésité, 3,7 % ont un IMC ≥ 35 kg/m^2 en 2016 et 5 % en 2021 {Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2022 #57}.

L'obésité et une adiposité abdominale sous-cutanée importante ont un impact significatif sur la fertilité et la santé reproductive des femmes, avec des effets directs sur l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien, l'ovaire et l'ovocyte, l'endomètre {Schon, 2024 #112}. Cliniquement, les femmes souffrant d'obésité ont fréquemment des règles irrégulières et des perturbations menstruelles. Associées à un indice de masse corporelle élevé, l'adiposité abdominale et l'adiposité abdominale sous-cutanée sont les plus significativement associées à l'anovulation. Des études sur des femmes en surpoids et en obésité en phase menstruelle comparées à celles ayant un poids normal rapportent des niveaux sériques de phase folliculaire diminués d'hormone folliculo-stimulante (FSH), d'hormone lutéinisante (LH) et d'inhibine B.

[44] Institut Pasteur. Fiche. Mai 2024. Chlamydiose : symptômes, traitement, prévention – Institut Pasteur

Une revue de synthèse de la littérature réalisée par l'*American Society for Reproductive Medicine* publiée en 2021 a identifié les effets négatifs de l'obésité sur la reproduction, notamment sur la fonction ovulatoire et menstruelle, la fertilité naturelle et les taux de fécondité {American Society for Reproductive Medicine, 2021 #132}. L'ASRM rapporte une prévalence de 30 à 36 % d'irrégularités des cycles menstruels chez des femmes en obésité. La prévalence de l'aménorrhée ou de l'oligoménorrhée augmente avec le degré de surpoids ou d'obésité à l'âge adulte. Une dysfonction ovulatoire plus fréquente chez les femmes souffrant d'obésité est relevée, qui peut dans certaines situations être compliquée par un diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques.

Une revue de synthèse de la littérature a permis d'étudier le risque de maladies à partir de quatre grandes expositions : la suralimentation et l'obésité maternelle ; la sous-alimentation maternelle ; les facteurs paternels associés ; et l'utilisation de traitements de procréation assistée {Fleming, 2018 #128}. Le déséquilibre entre l'apport calorique et la dépense énergétique, longtemps considéré comme la principale cause de l'obésité, est remis en cause car n'expliquant pas tout. En effet, l'exposition aux phtalates (plastiques, perturbateurs endocriniens) contribue à la prise de poids, à la résistance à l'insuline et au diabète en interférant avec la biologie des adipocytes et le métabolisme du glucose. Les liens étroits existant entre métabolisme et reproduction suggèrent que les perturbateurs endocriniens, en agissant conjointement sur les deux fonctions, pourraient être à l'origine d'un cercle vicieux aggravant les dérégulations, comme le souligne l'Anses {Agence nationale de sécurité sanitaire, 2024 #110}.

Chez l'homme, quelques études ont montré, mais pas toutes celles analysées, que l'infertilité était associée à une incidence accrue d'oligozoospermie et d'asthénozoospermie. Une relation inverse entre l'IMC et la testostérone est bien établie. L'obésité s'accompagne d'une diminution de la sécrétion de testostérone par les cellules de Leydig, avec des niveaux de testostérone négativement corrélés aux niveaux d'insuline à jeun et de leptine. Il y a un manque de données concernant les changements des paramètres du sperme après une perte de poids chez les hommes en obésité {American Society for Reproductive Medicine, 2021 #132}

Les effets délétères de l'obésité sur la fertilité masculine sont multifactoriels, allant au-delà de la perturbation hormonale et de la résistance à l'insuline. L'obésité est maintenant largement reconnue comme une condition d'inflammation chronique de bas grade. Ces médiateurs pro-inflammatoires interfèrent avec la fonction des cellules de Leydig et l'intégrité de la barrière hémato-testiculaire, altérant davantage la spermatogenèse {Szabó, 2025 #268}.

Certains traitements médicamenteux ont un effet tératogène

Les risques des traitements du cancer sur la fertilité sont connus et il est proposé à toute personne en âge de procréer une autoconservation des gamètes dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation. Un guide a été élaboré par l'Agence de la biomédecine visant à informer et à répondre aux questions des personnes concernées[45].

Certains médicaments sont susceptibles de provoquer des effets sur le développement de l'embryon et du fœtus ou sur l'enfant à naître selon la période d'exposition au moment de la conception et au cours de la grossesse.

Le Distilbène (diéthylstilbestrol, DES), substance interdite de nos jours, administré pendant la grossesse a entraîné des anomalies du tractus génital féminin ainsi qu'un adénocarcinome à cellules claires du vagin, et chez l'homme un abouchement anormal du méat urétral (hypospadias) et une oligospermie, avec une transmission à travers les générations via des modifications épigénétiques.

[45] Agence de la biomédecine (ABM). La conservation des gamètes : https://www.procreation-medicale.fr/

Les effets tératogènes concernent la période où le risque est maximal et correspond au premier trimestre de la grossesse, en particulier pendant l'organogénèse, soit jusqu'à 10 semaines d'aménorrhées (SA). Il est à noter que l'organogénèse cérébrale et génitale se poursuit durant toute la grossesse[46]. Les médicaments concernés sont les médicaments utilisés dans l'acné, l'épilepsie, la sclérose en plaques, etc. (par exemple, les rétinoïdes : Contracné Gé, Isotrétinoine Gé, Curacné Gé, etc.) avec un risque augmenté de fausses couches, le valproate et ses dérivés avec un risque de malformations, des troubles du développement (intellectuel, moteur) et du comportement chez l'enfant au cours de sa croissance (ex. : Dépakine, Dépakote, etc.), le mycophénolate qui provoque des fausses couches dans près de 50 % des situations (ex. : Cellcept, Myfortic, etc.) et le thalidomide utilisé en cancérologie et immunologie avec un risque d'interruption spontanée de la grossesse, de malformations chez l'enfant, les anti-vitamines K (AVK) en cas de fibrillation auriculaire (trouble du rythme cardiaque), de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire entraînent des malformations, un retard de croissance chez l'enfant. Le risque tératogène ne peut être complètement exclu chez les hommes traités avec ces médicaments.

Pour limiter ou encadrer le risque d'exposition lors d'un projet de conception et au cours de la grossesse à des molécules tératogènes ou fœtotoxiques, des conditions particulières de prescription et de délivrance peuvent être mises en place (prescription par un spécialiste, présentation d'un accord de soin signé, présentation de tests de grossesse négatifs). Des outils d'information (guides d'information patients et professionnels de santé, carte patient…) sont également mis à disposition dans le cadre de ces programmes de prévention.

Une fiche d'information élaborée par le Collège de la médecine générale et l'ANSM, intitulée « Médicaments et grossesse[47] », rappelle les principes suivants lors de la prescription ou le renouvellement de tout traitement, notamment en cas de maladie chronique chez une femme en âge de procréer :

- « Garder à l'esprit que toute femme en âge de procréer est potentiellement enceinte ou pourra l'être. En effet, la période où le risque de malformation est maximal correspond souvent à une période où la femme et le médecin ignorent encore la grossesse.
- Informer sur la nécessité d'anticiper et de planifier un projet de grossesse (d'autant plus dans le cas d'une pathologie chronique) avec la programmation d'une consultation préconceptionnelle, la mise en place d'une contraception adaptée, etc., en pluridisciplinarité si nécessaire. »

Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) est le document de référence pour prescrire un traitement médicamenteux. Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès du :

- centre régional de pharmacovigilance (CRPV). Consulter le site internet du Réseau français des centres régionaux de pharmacovigilance (RFCRPV) : https://www.rfcrpv.fr/contacter-votre-crpv/ ;
- centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) ou sur son site internet : www.lecrat.fr.

1.14.3. Facteurs comportementaux

Le mode de vie et les facteurs environnementaux altèrent la santé reproductive en raison des perturbations hormonales, du stress oxydatif et des dommages directs concernant les cellules germinales. Les expositions à ces facteurs de risque environnementaux (tabac, alcool, drogues, nutrition, obésité, facteurs environnementaux, etc.) ont surtout été étudiées sur la période de grossesse.

Les données de consommation et de perception des substances psychoactives en France

[46] ANSM. 2022. Médicaments et grossesse. Dossier thématique – Informations pour les professionnels de santé – ANSM
[47] CMG-ANSM. Médicaments et grossesse. depliant-pro-web-avec-fb-3.pdf

En 2023, un échantillon représentatif de 14 984 adultes âgés de 18 à 75 ans vivant en France hexagonale a été interrogé dans le cadre de l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) conduite par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) depuis 1999 {Philippon, 2025 #135}. Cette enquête permet également de disposer de données actualisées sur les comportements de consommation de substances psychoactives au sein de la population générale française {Le Nézet, 2025 #136} {Observatoire français des drogues et des tendances addictives, 2024 #137}.

Entre 2021 et 2023, le tabagisme quotidien déclaré est en baisse : 23,1 % de fumeurs quotidiens en 2023 contre 25,3 % en 2021. Les hommes restent plus souvent fumeurs quotidiens que les femmes (25,4 % *vs* 20,9 %, différence statistiquement significative). L'usage quotidien était de 23,4 % chez les hommes et les femmes de 18-24 ans (n = 1 652), de 29,3 % chez les 25-34 ans (n = 2 428) et de 29,5 % chez les 35-44 ans (n = 2 605). En 2023, l'usage quotidien de la cigarette électronique (vapotage) concerne 7,1 % des 18-24 ans, 8,7 % des 25-34 ans, 7,6 % des 35-44 ans. Les hommes sont plus souvent vapoteurs quotidiens (6,8 % *vs* 5,4 % chez les femmes) {Le Nézet, 2025 #136}.

Depuis trois décennies, le cannabis demeure la drogue illicite la plus consommée en France et sa diffusion n'a cessé de progresser : son taux d'expérimentation est passé de 12,7 % en 1992 à 50,4 % en 2023, soit une personne sur deux {Observatoire français des drogues et des tendances addictives, 2024 #137}. En 2023, environ 60 % des personnes âgées de 25 à 44 ans ont expérimenté le cannabis. La part des personnes ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 22,9 % parmi les adultes âgés de 18 à 24 ans. Concernant l'usage quotidien, les niveaux de consommation les plus importants s'observent parmi les générations les plus jeunes (3,5 % chez les 18-24 ans, 3,0 % chez les 25-34 ans, 2,9% chez les 35-44 ans) {Observatoire français des drogues et des tendances addictives, 2024 #137}.

Le tabac et l'alcool sont désormais plus souvent perçus comme plus dangereux en 2023 qu'en 1999, y compris à faible dose. Concernant le tabac, la part des Français considérant que son usage est dangereux dès l'expérimentation (au moins une fois dans sa vie) a augmenté (22 % en 1999 à 27 % en 2023), de même que le fait de considérer son usage dangereux à partir d'une consommation occasionnelle (1 % en 1999 à 17 % en 2023). Concernant l'alcool, la part des Français considérant que son usage n'est dangereux qu'à partir d'une consommation quotidienne a diminué (de 84 % en 1999 à 71 % en 2023). Par contraste avec le tabac et l'alcool, la dangerosité perçue du cannabis diminue sensiblement, passant de 54 % en 1999 des Français qui le considèrent dangereux dès l'expérimentation, contre 38 % en 2023. Alors que le sentiment d'être bien informé sur les drogues progressait entre 1999 et 2018, il recule en 2023, en particulier chez les femmes (passant de 71 % à 68 % chez les hommes et de 65 % à 58 % chez les femmes) {Philippon, 2025 #135}.

Alcool

L'alcool altère la fertilité des femmes et des hommes. Les données présentées ci-après sont issues du chapitre « Consommation de substances psychoactives et périnatalité » des recommandations pour la pratique clinique publiées en 2021 via le Collège des sages-femmes {Santé publique France, 2018 #161} et repris dans les travaux de la HAS « Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool chez les femmes, janvier 2025 » {Haute Autorité de santé, 2022 #163}.

- L'alcool est susceptible de modifier la fertilité masculine, via différents mécanismes : diminution de la testostérone, réduction du volume séminal et de la concentration spermatique, diminution de la

mobilité et altération de la morphologie des spermatozoïdes, apoptose des cellules de Sertoli, anomalies nucléaires et altérations biochimiques et épigénétiques[48] de l'ADN et de l'ARN spermatique.

– L'alcool peut induire des troubles de la fertilité féminine via des troubles hypothalamo-hypophysaires responsables de modifications du cycle menstruel. D'après une étude réalisée au Danemark en 2016, portant sur plus de 6 000 Danoises âgées de 21 à 45 ans, la consommation de plus de 14 verres d'alcool par semaine, comparativement à l'abstinence, était associée à une baisse de 18 % de la fécondité attendue.

La recommandation de la Société française d'alcoologie (SFA) concerne la grossesse avec une préoccupation pour la période préconceptionnelle : « Plus que jamais, l'état de l'avancée de la science confirme que la recommandation zéro alcool pendant la grossesse est la plus justifiée et qu'il est même justifié de ne pas consommer d'alcool dès le désir de grossesse afin d'éviter d'exposer les gamètes (ovule et spermatozoïdes). Les dernières avancées de la science mettent aussi en avant l'idée de ne pas consommer d'alcool au moins plusieurs mois avant la conception, non seulement pour la future maman, mais aussi pour le futur papa » {Mickael, 2024 #138}.

L'enquête périnatalité la plus récemment publiée sur les données acquises en 2021 révèle que 73 % des femmes enceintes déclarent avoir été questionnées sur leurs consommations d'alcool (*versus* 50 à 70 % auparavant selon les études) {Santé publique France et Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2022 #223}. Autrement dit, 27 % des femmes rapportent, encore aujourd'hui, ne pas avoir bénéficié durant leur grossesse d'un échange sur le sujet alcool avec un professionnel de santé, en dépit de la fréquence ainsi que de la gravité et de l'irréversibilité des dommages, en particulier pour le système nerveux central de l'enfant, liés à l'exposition à l'alcool [incidence de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) estimée à 1 % et de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) à 1 enfant sur 1 000 naissances vivantes en France] {Haute Autorité de santé, 2013 #160} {Santé publique France, 2018 #161}.

Tabac

Le tabagisme est un facteur de risque modifiable établi pour un certain nombre de complications graves pendant la grossesse. Ces complications comprennent (mais ne se limitent pas à) l'accouchement prématuré, la restriction de la croissance intra-utérine, le décollement placentaire, le placenta prævia, la rupture prématurée des membranes et la mortalité périnatale. En revanche, les effets nocifs de la fumée de cigarette sur la fécondité et la reproduction sont évoqués dans la littérature, mais sont insuffisamment démontrés.

La plupart des études sont réalisées selon des méthodologies qui ne permettent pas de conclure : études observationnelles ou rétrospectives, réalisées sur de petits échantillons ou parmi une population de personnes avec un diagnostic d'infertilité.

L'exposition à la fumée de cigarette semble affecter, chez l'homme comme chez la femme, les différentes étapes du processus reproductif et les composants du système reproductif, y compris la réserve ovarienne, la stéroïdogenèse, l'ovulation, la menstruation, la fonction des trompes de Fallope, la réceptivité utérine, l'implantation de l'embryon, ainsi que la formation précoce du placenta. Chez l'homme, le tabac entraîne une altération de la spermatogenèse, une diminution du nombre et de la

[48] Historiquement, l'épigénétique a été définie comme l'étude des changements héritables, réversibles et adaptatifs de l'expression des gènes n'impliquant pas de changement de la séquence nucléotidique de l'ADN. D'une manière générale, l'épigénétique renvoie à tout mécanisme modifiant l'expression génique de transmission héréditaire mais échappant aux lois de la génétique mendélienne. Concrètement, trois mécanismes épigénétiques sont actuellement identifiés : méthylation de l'ADN, altération des histones (méthylation ou acétylation des histones), modification des microARN. L'éthanol affecte ces trois mécanismes épigénétiques, que ce soit en préconceptionnel, en prénatal ou en postnatal. Les modifications épigénétiques survenues en prénatal, tératogènes et neurotoxiques, persistent après la naissance et pourraient ainsi constituer des biomarqueurs potentiels des TSAF. Site de l'Inserm : Épigénétique – INSERM, La science pour la santé (consulté en ligne le 14 novembre 2024).

mobilité des spermatozoïdes, de leur morphologie, de leur pouvoir fécondant et du volume séminal, avec des conséquences sur l'ADN des spermatozoïdes et des modifications hormonales. Les composés de la fumée de cigarette interagissent avec différents aspects du système reproductif, mais sont influencés par les sensibilités individuelles à l'exposition au tabac, à l'exposition concomitante à d'autres toxiques {Dechanet, 2011 #291}.

Plusieurs études ou revues de synthèse de la littérature avec une méthode cherchant à minimiser les biais ont été sélectionnées. Une enquête ancienne mais réalisée auprès de la population générale a permis de suivre une partie des couples jusqu'alors exclus des études classiques souvent rétrospectives, réalisées en maternité ou auprès de couples rencontrant des difficultés à concevoir et recrutés dans les consultations d'assistance médicale à la procréation. L'originalité de cette approche est donc de permettre d'inclure les couples qui n'obtiendront finalement pas de grossesse. L'étude pilote a été réalisée auprès d'une cohorte de 1 200 femmes de 18 à 44 ans et de leur partenaire. Sur ce premier échantillon, 69 couples correspondaient aux critères définis, soit 6 % de femmes pouvant être considérées comme susceptibles de développer une grossesse inattendue ou recherchant une grossesse à un moment donné. Les premiers résultats de cette étude préliminaire ont permis de confirmer l'effet néfaste du tabac sur la fertilité, effet déjà souligné par d'autres équipes européennes. Le délai nécessaire à l'obtention d'une grossesse pour la moitié des couples était ainsi doublé chez les fumeurs, par rapport aux couples dans lesquels la femme ne fumait pas durant la période de recherche de grossesse {Slama, 2006 #130}.

Une très vaste étude de cohorte rétrospective à partir des certificats de naissance d'enfants américains (n = 12 150 535) entre 2016 et 2019 (*US National Vital Statistics System*) a recueilli des données démographiques et de santé de l'enfant et de la mère, sans s'intéresser au partenaire {Yang, 2024 #122}. Le recueil portait sur le nombre déclaré de cigarettes fumées quotidiennement par les mères au cours des trois mois précédant la grossesse, puis pendant la grossesse et la présence d'au moins une complication néonatale (indice de morbidité néonatale sévère). Parmi ces femmes de 18 à 49 ans, 9,3 % fumaient avant leur grossesse, 7 % au cours du premier trimestre, 6 % pendant le deuxième trimestre et 5,7 % au cours du troisième. La prévalence de la morbidité néonatale sévère était de 9,4 % au total. Une consommation de tabac même faible (1 à 2 cigarettes/jour) avant la grossesse augmente significativement le risque de morbidité chez l'enfant (ventilation assistée après l'accouchement, admission en soins intensifs pour ventilation assistée, infection). Comparés aux femmes qui ne fumaient pas avant la grossesse, les enfants de mères fumeuses présentaient un risque significativement accru de morbidité néonatale avec un OR ajusté de 1,27 (IC à 95 %) pour un tabagisme avant la grossesse ($p < 0,0001$), de 1,31 pendant le 1er trimestre de la grossesse, de 1,32 pendant le 2e et de 1,31 pendant le 3e trimestre. Par ailleurs, le risque de morbidité néonatale sévère reste accru chez les enfants nés de femmes qui arrêtent de fumer au moment de la grossesse par rapport à ceux dont la mère n'a jamais fumé. Ces résultats plaident pour proposer une aide à l'arrêt du tabac aux femmes en âge de procréer qui fument bien avant la grossesse ou la poursuite de l'abstinence.

L'*American Society for Reproductive Medicine* a actualisé une revue de synthèse de la littérature concernant les effets potentiellement nocifs de l'utilisation du tabac, de la nicotine et du cannabis sur la conception, la dynamique folliculaire ovarienne, les paramètres spermatiques, les mutations des gamètes, le début de la grossesse et les résultats des techniques d'assistance médicale à la reproduction. Elle passe également en revue l'état actuel des stratégies de cessation du tabagisme {American Society for Reproductive Medicine, 2024 #131}. L'ASRM a identifié une méta-analyse (littérature pertinente publiée de 1966 jusqu'à fin 1997) qui a inclus 12 études répondant à des critères d'inclusion stricts. Les données de 10 928 femmes exposées et de 19 179 femmes non exposées ont été intégrées dans les analyses. Quel que soit le design des études, une infertilité a été montrée chez les femmes fumeuses comparées aux femmes non fumeuses (OR : 1,60 ; IC à 95 % 1,34-1,91). Le délai

de conception en cas de grossesse après plus d'un an chez les femmes fumeuses par rapport aux femmes non fumeuses était de 1,42 an (IC 95 % 1,27-1,58). Le délai de conception est augmenté chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Chez les femmes, les effets sur la fertilité n'ont été observés, dans certaines études, que chez celles fumant plus de 20 cigarettes par jour, mais une tendance pour tous les niveaux de tabagisme a été identifiée. Depuis la publication de cette méta-analyse, d'autres études à grande échelle (n = 15 000 femmes enceintes) ont soutenu l'association négative entre le tabagisme et la fécondité, indépendamment d'autres facteurs confondants qui ont été évalués (en plus de la consommation de cigarettes, des facteurs tels que l'âge des parents, l'origine ethnique, l'éducation, l'emploi, le logement, l'indice de masse corporelle avant la grossesse et la consommation d'alcool). Le tabagisme actif était associé à une augmentation des échecs de conception tant dans les périodes d'étude de 6 que de 12 mois. L'augmentation du délai pour concevoir était corrélée avec le nombre quotidien croissant de cigarettes fumées. Le pourcentage de femmes connaissant un délai de conception de plus de 12 mois était supérieur de 54 % chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. Il est souligné que le pourcentage de femmes connaissant un délai de conception de plus de 12 mois était plus de deux fois plus élevé chez les fumeuses (54 %) que chez les non-fumeuses. Le tabagisme actif de l'un ou l'autre partenaire avait des effets négatifs qui s'accroissaient avec le nombre de cigarettes consommées, et l'impact de l'exposition passive à la fumée de cigarette à lui seul était seulement légèrement inférieur à celui du tabagisme actif de l'un ou l'autre partenaire.

Chez les hommes, l'effet du tabagisme sur la fertilité masculine est plus difficile à discerner. Les effets du tabagisme actif et du tabagisme passif ont été évalués sur divers paramètres du sperme. Des diminutions du nombre des spermatozoïdes, de leur motilité, de l'activité antioxydante et un possible effet délétère sur la morphologie ont été observés chez les fumeurs par rapport aux résultats observés chez les non-fumeurs, mais les paramètres du sperme restent souvent dans la plage normale. Il est à souligner que les données disponibles sur l'effet du tabagisme sur la fertilité masculine ont été difficiles à évaluer en raison de l'effet des habitudes de tabagisme et de la fécondité du partenaire. Par ailleurs, la question des effets tératogènes de l'utilisation du tabac reste à définir.

Concernant la cigarette électronique, en dépit du manque de preuves concluantes chez l'homme, son utilisation pourrait nuire à la fonction reproductive. Les cigarettes électroniques contiennent moins de composants toxiques que les cigarettes traditionnelles, mais leur aérosol contient des métaux (chrome, nickel et plomb) et des carbonyles (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine et glyoxal) pouvant agir comme des perturbateurs endocriniens.

Une autre revue de synthèse de la littérature publiée en 2025 confirme ce qui était déjà connu sur la toxicité du tabac pour la fertilité. La nicotine, l'un des principaux composants du tabac potentiellement dangereux et toxiques, est un agent oxydant qui peut affecter la fertilité des hommes et des femmes. La nicotine exerce son effet en modulant l'expression des canaux ioniques transmembranaires ligand-dépendants appelés récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine. Les activités de reproduction féminine peuvent être perturbées par l'exposition à la nicotine au niveau de l'ovaire ou de l'appareil reproducteur. Il a été démontré que la nicotine peut provoquer un stress oxydatif, une apoptose, un déséquilibre hormonal, des anomalies de la ségrégation chromosomique, un impact sur le développement des ovocytes et une perturbation de la morphologie et des fonctions ovariennes {Bhardwaj, 2025 #121}. Une revue de synthèse de la littérature, actualisée en 2025, portant uniquement chez l'homme, indique que le tabagisme paternel peut contribuer à accroître le risque de maladies infantiles, y compris les troubles neurodéveloppementaux et les cancers, par le biais de l'hérédité épigénétique. Par conséquent, l'arrêt de l'utilisation de la cigarette et de l'e-cigarette devrait être prioritaire – non seulement pour améliorer

les paramètres du sperme et l'équilibre hormonal, mais aussi pour protéger le potentiel reproductif à long terme et la santé de la future descendance {Szabó, 2025 #268}.

Cannabis

Le cannabis, encore appelé haschisch, hasch, shit, teuchi, chichon, pétard, cônes, marijuana, ganja, beuh, pot, zeb, weed, zamal, etc., et plus récemment le cannabidiol (CBD) sont des substances présumées toxiques pour la reproduction chez l'être humain. Chez l'animal, des effets néfastes du CBD sur la spermatogenèse et la fertilité, ainsi qu'une augmentation de la mortalité périnatale et des altérations du neurodéveloppement ont été mis en évidence. Le principe actif responsable des effets du cannabis est le THC (tétrahydrocannabinol). Sa concentration varie de manière importante, de 10 % en moyenne pour l'herbe et la résine à 30 % pour l'huile. Plus la concentration est élevée, plus les effets du cannabis peuvent être importants {Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2025 #182}.

Le cannabis semble entraîner une altération de la fonction reproductive tant chez l'homme que chez la femme : régulation hormonale, ovulation, spermatogenèse, fécondation, implantation de l'embryon. Le cannabis diminue la production de testostérone par les cellules de Leydig, module l'apoptose des cellules de Sertoli, altère la spermatogenèse, la mobilité des spermatozoïdes et leur durée de vie, leur capacité à féconder les ovocytes. Il est à souligner que les fumeurs de cannabis ont souvent une consommation associée de tabac qui altère aussi la fertilité {Hamamah and Berlioux, 2022 #267}.

Des données viennent d'autres pays qui ont légalisé le cannabis, comme le Canada en 2018. Celui-ci suit régulièrement la consommation et les effets sur la santé, notamment reproductive, et constate que seulement 9 % des consommateurs de cannabis avaient été invités à cesser leur consommation en période préconceptionnelle[49].

L'ASRM a actualisé une revue de synthèse de la littérature concernant les effets potentiellement nocifs de l'utilisation de la marijuana (cannabis) sur la conception, revue décrite au chapitre sur le tabac {American Society for Reproductive Medicine, 2024 #131}. De nombreux États ayant légalisé le cannabis, des études prospectives y ont été réalisées et ont observé que 17 % des hommes et 12 % des femmes ont déclaré en consommer avant la conception. L'*American College of Obstetrics and Gynecology* recommande de ne pas consommer de cannabis pendant la période préconceptionnelle et la grossesse en raison des risques pour la descendance, bien que les éléments de preuve à l'appui soient incomplets et contradictoires {ACOG, 2025 #294}. Les études rapportent des données de consommation très largement rétrospectives, déclaratives et portant sur de petits échantillons à l'exception d'une vaste étude de cohorte rétrospective {Young-Wolff, 2024 #155} qui rapporte des conséquences négatives pour la santé maternelle pendant la grossesse (notamment hypertension, prééclampsie). Mais dans toutes les études rapportées, la forme et le mode de consommation, les doses et la fréquence de consommation de cannabis étaient très hétérogènes tant chez les hommes que les femmes et ne permettaient pas de comprendre les effets de l'usage prénatal de cannabis, notamment sur les hormones de la reproduction, l'anovulation et l'irrégularité des cycles, la qualité du sperme, le délai de conception.

Polyconsommations

Un enquête nationale transversale publiée en 2021 par l'Agence de la santé publique du Canada portant sur la fréquence de consommation d'alcool chez les Canadiennes en âge de procréer (15 à 54 ans) a montré que 30,5 % des femmes interrogées ont fait état d'une consommation hebdomadaire d'alcool et 18,3 % d'une consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois, quantités

[49] Gouvernement du Canada https://www.canada.ca/

toutes supérieures aux directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (définie comme : « une fois par mois », « 2 à 3 fois par mois », « une fois par semaine » et « plus d'une fois par semaine »). S'abstenir de consommer de l'alcool pour les femmes qui planifient ou non une grossesse ou qui sont enceintes est le message de prévention délivré par l'Agence de la santé publique du Canada, la consommation d'alcool pendant la grossesse pouvant avoir des répercussions importantes sur le fœtus. Les consommations variaient en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de la province et de la consommation associée de substances.

Les différences les plus notables et les plus significatives étaient liées à la consommation de cannabis et au tabagisme. L'usage du tabac et la consommation de cannabis, indicateurs possibles de polyconsommation, associés à la consommation d'alcools ont montré que les taux de consommation hebdomadaire ou excessive d'alcool au cours de l'année écoulée étaient entre deux et trois fois supérieurs chez les femmes qui fumaient, avaient fumé ou fumaient à titre expérimental ou qui avaient déclaré une consommation de cannabis au cours de l'année écoulée. Ces données peuvent aider les professionnels de santé à repérer et à évaluer la polyconsommation au sein de cette population et à promouvoir des mesures de prévention de l'exposition à ces toxiques dans les catégories de population qui gagneraient à mieux connaître les risques pour la santé associés à la consommation d'alcool, en prévision d'une grossesse et à les maintenir pendant son déroulement {Varin, 2021 #118}.

Aux États-Unis, l'utilisation de cigarettes classiques et de cigarettes électroniques était significativement associée à la consommation de cannabis, ce qui souligne l'importance de dépister chacune de ces substances individuellement {American Society for Reproductive Medicine, 2024 #131}.

L'alimentation

Les facteurs environnementaux parentaux, y compris l'alimentation, la composition corporelle, le métabolisme et le stress, influencent la santé et le risque de maladies chroniques des personnes tout au long de leur vie, comme le soulignent les concepts des origines développementales de la santé et des maladies sur la descendance (DOHaD) et le POHaD (*Paternal Origins of Health and Disease*), qui reconnaît que l'exposition des pères avant la conception peut également avoir un impact sur la santé des générations futures.

Au cours de la période allant de la conception, à la maturation des gamètes jusqu'au développement embryonnaire précoce, l'alimentation des parents peut exercer une influence négative sur les risques à long terme de maladies cardiovasculaires, métaboliques, immunitaires et neurologiques chez l'enfant (programmation développementale).

L'Anses recommande aux femmes en âge de procréer de veiller à leur équilibre alimentaire sans attendre d'être enceintes afin d'assurer dès la conception un statut nutritionnel satisfaisant et compatible avec les besoins du fœtus et de la mère[50].

Les eaux potables du robinet destinées à la consommation humaine : boisson, cuisson, préparation d'aliments ou autres usages domestiques peuvent contenir des pesticides, des nitrates, du plomb, des PFAS notamment.

L'eau du robinet fait l'objet d'un suivi sanitaire permanent par les agences régionales de santé (ARS). Il est possible de visualiser les résultats des contrôles sanitaires grâce à un outil proposé par le ministère de la Santé : Consommation d'eau – Un outil pour consulter la qualité de l'eau du robinet dans votre commune | Service public

[50] AVIS révisé de l'Anses relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes enceintes ou allaitantes

Le soja est la principale source d'isoflavones naturellement présentes dans certains végétaux (légumes secs, aussi appelés légumineuses, et dans les légumes), mais leur teneur est particulièrement élevée dans certains aliments élaborés à partir de soja (par exemple, biscuits apéritifs à base de soja, sauce soja, etc.). Consommées en trop grande quantité, les isoflavones peuvent avoir des effets nocifs sur la santé, en particulier sur le système reproducteur. L'Anses conseille de diversifier les aliments d'origine végétale, en consommant des légumes secs moins riches en isoflavones que le soja {Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2025 #180}.

La consommation d'aliments ultra-transformés

Une étude contrôlée randomisée menée chez des hommes en âge de procréer montre que, comparativement à un régime alimentaire non transformé, la consommation d'aliments ultra-transformés nuit à la santé métabolique et reproductive. Les effets des aliments ultra-transformés étaient indépendants de l'apport calorique, fournissant des preuves que la nature ultra-transformée des aliments est préjudiciable à la santé {Preston, 2025 #113}.

L'usage de stéroïdes anabolisants androgènes (substances dopantes)

L'évaluation de ces produits, parfois consommés par les sportifs dans un objectif de performance ou de modification de la composition corporelle (prise de muscle, perte de masse grasse), a été publiée en 2016 dans un rapport de l'Anses {Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2016 #299}. La mise à jour en 2025 est disponible sur le site internet de l'Anses[51]. Ce rapport porte sur les effets indésirables des compléments alimentaires consommés par les sportifs recherchant une augmentation de la masse musculaire ou une diminution de la masse grasse. Par conséquent, les barres énergétiques, produits de récupération ou rations d'attente pouvant être consommés dans le cadre d'une activité physique ne sont pas abordés.

Certains de ces produits contiennent des ingrédients tels que les stéroïdes anabolisants, le clenbutérol et l'éphédrine qui sont interdits à la consommation, notamment en raison de leurs nombreux effets indésirables sévères sur l'activité cardiovasculaire. De plus, les stéroïdes anabolisants androgènes peuvent entraîner un arrêt de la croissance chez les enfants et adolescents ainsi qu'une infertilité.

Leur présence dans les compléments alimentaires constitue ainsi une fraude et peut non seulement exposer le sportif consommateur à des risques pour sa santé, mais aussi à un résultat analytique anormal (« contrôle positif ») lors d'un contrôle antidopage. Les contrôles effectués dans le cadre de la lutte contre le dopage sont plus souvent positifs aux stéroïdes anabolisants androgènes dans les disciplines suivantes : culturisme, force athlétique, haltérophilie, boxe et kickboxing.

Les extraits de plante

Certains compléments alimentaires contenant des plantes peuvent présenter un risque pour la santé notamment reproductive ou pour la santé du fœtus. Consulter le tableau d'information sur les plantes médicinales utilisées dans les compléments alimentaires nécessitant des précautions d'emploi peut être utile pour informer les personnes concernées[52].

Par exemple, l'usage traditionnel de *Coleus forskohlii* comme abortif et une étude chez le rat qui montre un effet anti-implantatoire amènent à déconseiller la consommation de cette plante chez les femmes

---

[51] ANSES. 2024. Compléments alimentaires et aliments enrichis pour sportifs : des consommations à risque | Anses – Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. ANSES. 2016. AVIS et RAPPORT de l'Anses relatifs aux risques liés à la consommation de compléments alimentaires destinés aux sportifs visant le développement musculaire ou la diminution de la masse grasse

[52] ANSES. 2023. Tableau d'information sur les plantes médicinales utilisées dans les compléments alimentaires nécessitant des précautions d'emploi (mise à jour en juin 2023): https://www.anses.fr/fr/content/complements-alimentaires-base-de-plantes-vers-une-meilleure-information-des-consommateurs

enceintes ou désirant l'être. **La forskoline,** utilisée en médecine traditionnelle, notamment pour la perte de poids, retarde la progression méiotique normale des ovocytes humains dans un test de fertilité *in vitro* (une étude). L'Anses déconseille sa consommation en période préconceptionnelle et conceptionnelle[53].

La caféine

La caféine consommée au-delà de 400 mg/j peut entraîner des effets sur la fertilité masculine (4 tasses d'expresso : quantité maximale recommandée par l'*European Food sSfety Authority*) pour un adulte en bonne santé). La caféine se trouve également dans d'autres produits comme le thé, le chocolat et certaines boissons énergisantes. Selon l'Anses, les effets de la caféine diffèrent entre les individus en fonction du patrimoine génétique, de l'état de santé, de la consommation avec d'autres produits : tabac, alcool, certains médicaments et certains compléments alimentaires. Ces facteurs de variabilité des effets biologiques de la caféine entre les individus rendent difficilement quantifiables les doses journalières à ne pas dépasser pour protéger la santé. Il est donc difficile d'isoler l'effet d'un facteur donné.

La sédentarité et l'activité physique

Une analyse de la littérature réalisée par le CNGOF dans le cadre de l'élaboration et la publication en 2022 d'une recommandation de bonne pratique intitulée « Prise en charge de première intention du couple infertile » a montré que la pratique de l'activité physique de haut niveau chez l'homme et intense chez la femme avait des effets négatifs sur la reproduction. En revanche, une activité physique modérée avait des effets positifs tant chez la femme que l'homme {Sonigo, 2024 #65}.

Chez l'homme, l'activité physique récréative d'intensité modérée à forte pourrait avoir un effet positif sur la qualité spermatique, en particulier sur la concentration, la numération et la mobilité progressive. L'amélioration des taux de grossesse et de naissance vivante n'est pas démontrée. En revanche, l'activité physique de haut niveau (d'intensité trop élevée et/ou trop fréquente) semblerait impacter de façon négative la mobilité progressive.

Chez la femme, un excès d'activité physique intense peut entraîner un risque d'anovulation hypothalamique. La pratique d'au moins 30 minutes d'activités dynamiques par jour pourrait augmenter les chances de grossesse et de naissance vivante.

Toute diminution de la sédentarité et toute augmentation et tout maintien d'une activité physique du quotidien sont des facteurs protecteurs pour la santé tant pour les femmes que les hommes. Il est conseillé aux personnes concernées de :

- pratiquer au minimum 150 minutes par semaine d'activité physique (recommandations de l'Anses et de l'OMS) ;
- rompre les périodes de sédentarité, toutes les 90 à 120 min, avec de courtes séquences (4/5 min) de mouvements (marche, mouvements simples de détente musculaire…), faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations (rotation des épaules, bassin, chevilles, poignets, mains, tête).

[53] ANSES. 2023. AVIS de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à « l'évaluation de la pertinence de l'applications des avertissements et recommandations exprimés dans les monographies de plantes médicinales de l'EMA aux compléments alimentaires contenant ces mêmes plantes » : https://www.anses.fr/system/files/NUT2019SA0155.pdf

1.14.4. Facteurs environnementaux, dont professionnels : agents physiques, chimiques

L'exposition à une forte chaleur semble altérer la fertilité masculine, que ce soit dans le cadre du mode de vie ou dans l'exercice d'une profession. Différentes circonstances représentent un risque d'augmentation de la température scrotale, comme la station assise prolongée sans rupture de sédentarité (> 2 heures pour la conduite automobile, les trajets en train, la pratique intensive du vélo ou de la moto, ou le télétravail), les bains prolongés dans une eau très chaude, l'installation d'un ordinateur portable sur les cuisses, par exemple.

Par ailleurs, chez les hommes en obésité, le scrotum reste en contact plus étroit avec les tissus environnants que chez les hommes de poids normal, ce qui prédispose à une augmentation de la température scrotale qui peut affecter défavorablement les paramètres du sperme.

L'effet de la température ambiante sur la température scrotale et sur les paramètres spermatiques n'était pas cohérent entre les études analysées par l'INRS {Peris, 2025#185}. Plusieurs études cas-témoins ont montré des résultats inconstants et pas toujours significatifs sur la diminution des paramètres spermatiques et la réversibilité après l'arrêt de l'exposition. Les effectifs sont faibles, les études sont rétrospectives ou cas-témoins et peu d'études sont longitudinales, l'évaluation est souvent rétrospective et la définition de la chaleur est différente. Concernant le lien entre température scrotale et fertilité, des études cas-témoins ont révélé des acas d'asthénozoospermie (anomalie de la mobilité des spermatozoïdes) chez des hommes qui étaient boulanger, cuisinier, employé de pizzeria, pompier, soudeur. Une autre étude cas-témoins (n = 2 118 hommes infertiles après 18 mois de rapports sexuels sans contraception) n'a pas retrouvé de différence significative concernant l'exposition à la chaleur. L'auteur cite une revue de synthèse de la littérature de 2027, montrant une insuffisance de preuves visant à établir que l'exposition à la chaleur affecte la qualité du sperme ou la fertilité masculine.

L'exposition à un environnement chaud (boulangers, cuisiniers, métallurgistes, verriers, etc.) ou à des positions assises prolongées (chauffeurs routiers, travail sédentaire sans rupture régulière de sédentarité, etc.) est néanmoins un risque professionnel avéré pour d'autres effets sur la santé. Et concernant les risques pour la reproduction, l'ensemble de la situation doit être prise en compte, notamment une exposition à d'autres facteurs de l'environnement de travail pour mettre en œuvre une démarche de prévention avec le travailleur concerné.

Les substances chimiques seules ou en mélanges peuvent présenter divers effets nocifs pour la santé humaine. Certaines sont dites « CMR », car elles présentent un caractère cancérogène (C), mutagène (M) ou toxique pour la reproduction (R) (Anses, 2013 Substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) | Anses – Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), ou sont considérées comme des perturbateurs endocriniens.

Les toxiques pour la reproduction (R) sont des substances et mélanges qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée, peuvent produire ou augmenter la fréquence d'effets nocifs non héréditaires dans la progéniture ou porter atteinte aux fonctions ou capacités reproductives. Leur toxicité pour la reproduction peut être « avérée » car elles ont fait l'objet d'études sur les humains (par exemple, le Distilbène), « présumée » car reposant sur des données issues d'études animales, ou « suspectée » avec effets indésirables sur la fonction sexuelle ou la fertilité, montrés par des études sur les animaux et les humains (perturbateurs endocriniens, pesticides).

Il existe une classification des substances et produits chimiques et leur étiquetage comprend des informations qui diffèrent selon le risque pour la reproduction humaine : R1A « avéré »/R1B « présumé »/R2 « suspecté ».

Il est à signaler que très peu d'études ont été menées pour connaître les effets de l'exposition à plusieurs substances chimiques en même temps (« effet cocktail »), caractériser l'exposition du quotidien et la relier à un effet sur la santé et en particulier sur la reproduction humaine.

La perturbation endocrinienne est une nouvelle classe de danger pour la santé humaine introduite en 2022 avec notamment ses règles d'étiquetage[54].

Les perturbateurs endocriniens (PE) sont « des substances chimiques étrangères à l'organisme qui peuvent interférer avec le fonctionnement du système endocrinien et induire ainsi des effets délétères sur cet organisme ou sur ses descendants » (OMS, 2002, mise à jour en 2012). Selon cette définition de l'OMS, une substance est reconnue comme perturbateur endocrinien si elle remplit les trois conditions suivantes : elle présente des effets néfastes sur la santé ; elle altère une ou des fonctions du système endocrinien ; un lien entre ces deux constats est biologiquement plausible.

Dans le cadre de la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail évalue les substances suspectées comme perturbateurs endocriniens. L'Anses évalue les substances pour leur caractère PE mais ne met plus à jour la liste des substances en raison de la nouvelle classe de danger PE. Les substances seront listées à l'annexe 6 du règlement CLP, et en attendant la consolidation de l'annexe, la liste des substances PE est disponible sur le site ED-list : https://edlists.org/

Selon l'Anses, les perturbateurs endocriniens désignent une grande diversité de substances chimiques qui font partie du quotidien, présents dans des produits de consommation et des produits utilisés pour des applications agricoles ou industrielles. De nombreuses substances sont suspectées de perturber le système endocrinien, comme les bisphénols, les phtalates, les parabènes, les composés bromés et perfluorés ou encore les alkylphénols. Un perturbateur endocrinien peut agir soit au niveau des cellules endocrines en modifiant le débit de sécrétion de l'hormone, soit au niveau des cellules cibles en modifiant l'efficacité de l'action de l'hormone. La compréhension exacte du rôle joué par les perturbateurs endocriniens, leurs modalités d'action, ainsi que la part attribuable de leurs effets dans l'accroissement des maladies métaboliques (obésité, diabète), des cancers hormono-dépendants et des troubles de la reproduction reste discutée et fait l'objet de débats scientifiques du fait d'une origine multifactorielle (autres facteurs de risques : génétiques, modes de vie…). Il est difficile d'établir les liens de cause à effet avec un niveau de preuve suffisant {Agence nationale de sécurité sanitaire, 2024 #110}.

Concernant tout particulièrement l'infertilité et la diminution de la fécondité, un niveau de preuve dit plausible a été identifié dans la littérature. L'étude PEPS'PE initiée en 2021 par Santé publique France (SPF) a permis d'identifier les effets des perturbateurs endocriniens avec un niveau de preuve suffisant (effet modéré, priorité forte pour la mise en place d'une surveillance sur des critères de gravité, de taux d'incidence et de préoccupation sociétale) sur les troubles du système reproducteur tant chez l'homme que la femme, comme l'altération de la qualité du sperme, l'endométriose, le fibrome utérin, les cryptorchidies, l'hypospadias, des issues défavorables de la grossesse {Santé publique France, 2023 #111}.

Les travaux sur la surveillance des indicateurs sanitaires en lien avec les PE (dont la surveillance de la qualité du sperme) sont menés par Santé publique France. Du fait de la perturbation endocrinienne, Santé publique France indique que le nombre des spermatozoïdes dans le sperme chez l'homme a décru au cours des dernières décennies (2 % par an depuis 1973, année de la création des Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain – Cecos). Avec 50 millions/ml en moyenne en France en 2005 (dernière mesure fiable faite en France), de plus en plus d'hommes entrent dans

[54] Nouvelles règles européennes de classification et d'étiquetage des perturbateurs endocriniens pour la santé humaine. 31 mars 2023 (règlement délégué (UE) 2023/707 du 19 décembre 2022).

une zone d'hypofertilité. Pour rappel, la probabilité de concevoir en un mois est de 20 % (soit une chance sur cinq), avec plus de 45 millions/ml de spermatozoïdes. Au-dessous de ce seuil, le délai à concevoir augmente : la probabilité de concevoir en un mois est de 10 % avec 30 millions/ml et devient très faible au-dessous de 15 millions/ml et nulle au-dessous de 5 millions.

Les données de 2005 doivent être actualisées dans le cadre du nouveau plan d'action sur les PE en cours de finalisation. « Au-delà du développement de nouveaux indicateurs sanitaires en lien avec les résultats de priorisation de l'étude PEPS'PE, l'action propose la mise à jour et l'approfondissement des analyses spatio-temporelles des effets sanitaires en lien avec la santé reproductive, en intégrant d'autres sources de données complémentaires (cohortes, registres...). Pour ces effets sur la santé reproductive, le croisement entre indicateurs sanitaires et de multi-expositions ainsi que l'estimation des coûts pourront également être mis en œuvre si les données sont disponibles. Cette surveillance sera déclinée sur le cancer des testicules, la qualité du sperme, la puberté précoce, la fécondité, l'infertilité, l'endométriose et la cryptorchidie. Il est prévu un accès aux données de biologie médicale via LABOé-SI pour répondre aux besoins du terrain et des autorités sanitaires. Dans un premier temps, un accès aux données sur la qualité du sperme (spermogramme) sera mis en place. L'accès sera élargi à d'autres données en fonction des possibilités et des besoins de surveillance » (extrait du plan d'action PE, 2019-2024).

Une exposition chronique au bisphénol A (produit à usage industriel ou domestique : plastiques polycarbonates, résines époxy des boîtes de conserve, etc.) ou aux phtalates[55] peut être à l'origine d'une altération de la fertilité masculine par élévation des taux plasmatiques de prolactine et d'estradiol, d'un plus grand risque d'hypofertilité ou d'infertilité masculine (diminution de la quantité de spermatozoïdes et augmentation des anomalies morphologiques et de la fragmentation de l'ADN spermatique). Chez la femme, une plus grande fréquence d'hypofertilité féminine et une augmentation de fréquence de l'endométriose ont été rapportées, même si les mécanismes ne sont pas complètement élucidés {Chevalier, 2021 #114}.

Les pesticides

Selon les travaux de l'Anses, les voies d'exposition aux pesticides sont multiples. Ils sont utilisés pour des usages très variés et ils peuvent être présents dans les denrées alimentaires et l'eau potable, mais aussi :

- dans l'environnement quotidien pour lutter contre les insectes à la maison, la lutte contre les parasites des animaux de compagnie comme les puces ou les tiques, dans les anciens mobiliers en bois pouvant relarguer certains insecticides, dans les poussières, ou à proximité de zones agricoles et notamment viticoles (étude Pestiriv, 2025) ;
- dans un cadre professionnel pour l'entretien des routes, des aéroports et des voies de chemin de fer, des opérations de dératisation ou de désinsectisation, pour la protection des végétaux en agriculture ou pour les fleuristes qui manipulent des fleurs traitées.

NB : Depuis l'entrée en application de la loi Labbé, hormis les produits de biocontrôle, à faibles risques et autorisés en agriculture biologique, l'usage des produits phytopharmaceutiques est en effet interdit pour l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics et les particuliers dans les espaces verts, forêts, promenades et voiries accessibles et ouverts au public, jardins familiaux, cimetières ou encore terrains de sport.

L'Anses a identifié plusieurs signaux sanitaires concernant les pesticides, notamment les pyréthrinoïdes et les organophosphorés à partir de l'expertise collective de l'Inserm sur les liens entre

[55] https://www.anses.fr/fr/content/etendre-le-nombre-de-phtalates-classes-toxiques-pour-la-reproduction-et-perturbateurs

l'exposition aux pesticides et la santé humaine, mise à jour en 2021 (analyse de la littérature scientifique disponible en date du premier trimestre 2020[56]). Ces substances sont susceptibles d'induire des troubles du développement de l'enfant exposé *in utero* ou pendant la petite enfance, ainsi que des effets sur le système nerveux et des cancers.

Des recommandations et des précautions d'usage figurent sur les emballages des produits et il est fortement conseillé de les respecter. Elles permettent d'assurer la sécurité des consommateurs, des utilisateurs et des travailleurs ainsi que la préservation de l'environnement.

Par ailleurs, en cas de traitements antiparasitaires prescrits pour un animal de compagnie, il est important de respecter scrupuleusement les consignes données par le vétérinaire, le pharmacien ou le professionnel qui l'a vendu : moment de la journée, nombre de fois, voie d'administration, absence d'enfants ou d'autres animaux à proximité, en cas d'application cutanée, respect du délai conseillé avant de le caresser à nouveau.

Le plomb est un métal lourd qui a des effets néfastes sur la santé. Le plomb peut avoir des effets sur la reproduction. Chez la femme, ont été constatés des arrêts spontanés de la grossesse, une hypertension pendant la grossesse, un retard de développement du fœtus, une diminution du poids de naissance, et chez l'homme, une altération de la production des spermatozoïdes {Garlantézec et Multigner, 2012 #282}.

Certaines professions ou activités de loisirs sont particulièrement concernées par les effets du plomb sur la santé : vitrailliste, travail du cristal à froid, salariés et pratiquants des stands de tir, salariés de l'industrie, recyclage des métaux, rénovation de vieilles peintures.

Selon la fiche toxicologique de l'INRS publiée en janvier 2025[57], l'exposition professionnelle au plomb peut entraîner des effets endocriniens comme des anomalies des concentrations sériques d'hormones thyroïdiennes (en particulier thyroxine T4 et TSH) et sexuelles (notamment FSH, LH et testostérone) chez des travailleurs exposés avec des plombémies moyennes supérieures à 400-600 µg/L et 300-400 µg/L respectivement. Les auteurs soulignent que les résultats des études publiées sur le sujet ne sont pas toujours cohérents et comportent des insuffisances méthodologiques, notamment de faibles échantillons de sujets, de possibles facteurs de confusion, des réponses hormonales dans les limites physiologiques, des méthodes différentes d'analyse pour les dosages hormonaux.

- Chez l'homme, des effets sur la fertilité ont été rapportés par des études en milieu professionnel avec une diminution du nombre ou de la concentration des spermatozoïdes, de leur motilité et du volume des éjaculats, ainsi qu'une augmentation de la proportion de spermatozoïdes présentant des anomalies morphologiques pour des plombémies supérieures à 150 µg/L. Un allongement du délai pour concevoir associé à des plombémies supérieures à 200 µg/L est observé chez des hommes professionnellement exposés. Par ailleurs, certaines anomalies des paramètres spermatiques sont également observées pour des plombémies inférieures à 100 µg/L chez des personnes prises en charge pour des problèmes d'infertilité ; les rares études en population générale avec de faibles effectifs sont cependant négatives.
- Chez la femme, il n'y a pas de preuve d'un effet du plomb sur la fertilité féminine. Ont été décrits des arrêts spontanés de la grossesse, une hypertension pendant la grossesse, un retard de développement du fœtus, une diminution du poids de naissance.

Concernant le mercure, la Société de toxicologie clinique (STC) indique dans ses recommandations intitulées « Mergutox. Exposition au mercure organique et grossesse : prise en charge de la femme

[56] Inserm. Pesticides et santé. Nouvelles données. 2021. https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-07/inserm-expertisecollective-pesticides2021-rapportcomplet-0.pdf

[57] INRS. 2025. Plomb et composés minéraux (FT 59). Pathologie – Toxicologie – Fiche toxicologique – INRS

enceinte et de l'enfant à naître » que les personnes sont exposées au MeHg principalement par la consommation de poissons contaminés, en particulier les espèces de poissons prédateurs. La toxicité du MeHg est essentiellement neurologique (ralentissement psychomoteur, diminution des performances visuo-spatiales, ainsi que des capacités d'attention et de traitement de l'information), la contamination *in utero* des enfants étant la plus préoccupante {Société de toxicologie clinique, 2023 #181}.

La STC propose les recommandations suivantes pour assurer une exposition minimale de l'enfant à naître.

- En France métropolitaine, le dépistage systématique de toutes les femmes en âge de procréer ne se justifie pas. Cependant, le dépistage individuel basé sur des facteurs de risque individuels peut être justifié chez les femmes ayant un projet de grossesse fortes consommatrices de poissons, à savoir plus de deux fois par semaine.
- En Guyane française, le dépistage est prioritaire chez les femmes en âge de procréer, résidant dans les bourgs isolés de Guyane ou consommant plus de 2 portions de poissons par semaine. La détection d'un niveau élevé d'imprégnation en MeHg (concentration capillaire de mercure égale à 2,5 µg/g ; ou leur concentration sanguine au moins égale à 10 µg/L) avant le début de la grossesse peut permettre la mise en œuvre de mesures fondées sur une évaluation alimentaire et l'évitement de la consommation des poissons les plus contaminés, plusieurs mois avant le début des grossesses (pour prendre en compte la cinétique d'élimination du MeHg) et assurer une exposition minimale de l'enfant.
- Selon les recommandations de l'Anses[58], il convient de limiter la consommation de poissons prédateurs sauvages, susceptibles d'être fortement contaminés, pour les femmes enceintes et allaitantes (ainsi que pour les enfants en bas âge – moins de 3 ans) et d'éviter les poissons suivants : thon, bonite, raie, dorade, loup (bar), lotte (baudroie), empereur, grenadier flétan, sabre, brochet, etc. ; éviter de consommer les poissons « grands prédateurs » les plus contaminés : requins, lamproies, espadons, marlins (proche de l'espadon) et sikis (une variété de requin).

Conseils pour agir sur l'environnement domestique

Le site internet 1 000 premiers jours.fr de Santé publique France prodigue des conseils pour agir sur son environnement – Agir sur son environnement – tout à fait pertinents pour la période préconceptionnelle, à poursuivre pendant la grossesse et par la suite, une fois l'enfant mis au monde, notamment :

- limiter l'exposition aux substances chimiques par le choix du matériel de cuisson et des contenants : les casseroles, poêles, plats, etc., sans PFOA, et les ustensiles en bois, choix des aliments non emballés ou dans des contenants en verre, bocaux ou bouteilles, utiliser des contenants en verre plutôt qu'en plastique pour la conservation des aliments ;
- réduire l'exposition aux substances chimiques par l'utilisation des produits qu'on applique sur la peau, les ongles et les cheveux, le choix de produits avec un logo environnemental, éviter les produits sans rinçage et les produits en spray ou en aérosol ;
- limiter les substances chimiques des produits pour le ménage par le choix des produits avec un label environnemental.

[58] Anses. 2024. Méthylmercure : un risque pour la santé en cas de consommation importante de poissons | Anses – Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

1.14.5. Facteurs psychosociaux : stress, anxiété, dépression, violence

Les facteurs psychosociaux cités dans la littérature en lien avec la période périnatale sont le stress, l'anxiété, la dépression, les situations de violence. Ces facteurs font partie d'un environnement susceptible d'être défavorable au contexte de la conception.

Un stress pour les personnes concernées est évoqué dans le cadre des traitements de l'infertilité (recommandations de l'*American Society for Reproductive Medicine*, 2022), les conduisant parfois à arrêter ces traitements. Le stress est aussi relevé comme impact négatif des méthodes de prédiction de l'ovulation associées à des rapports sexuels programmés qui peuvent diminuer la satisfaction des relations sexuelles et leur fréquence {Penzias, 2022 #273} {Gibbons, 2023 #99}.

Dans le milieu professionnel, le stress est classé par l'INRS dans les risques psychosociaux. Ceux-ci correspondent à « des situations de travail où sont présents, combinés ou non, du stress, défini comme un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face, des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes, des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions…)[59] ». Un stress qui s'installe dans la durée, altère la capacité à réagir et peut entraîner des symptômes physiques, émotionnels, intellectuels (hypertension, nervosité, fatigue, dépression, notamment). Ces symptômes à leur tour peuvent entraîner des répercussions sur les comportements avec le recours à des produits excitants ou calmants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques, stupéfiants…), un repli sur soi, des difficultés à coopérer, une diminution des activités sociales, une agressivité.

Une revue de synthèse de la littérature regroupant 16 études (de cohorte, transversales, cas-témoins), incluant 11 041 participants (hommes et femmes), a évalué l'effet du stress au travail sur la fertilité (8 études), son effet sur l'intention de fertilité (3 études) et son effet sur le traitement de l'infertilité (5 études) {Dehkordi, 2025 #186}. Dix études étaient de bonne qualité méthodologique, 5 de qualité modérée et 1 étude de faible qualité. Dans les études analysées, les facteurs de risque de stress comprenaient les difficultés au travail, la charge de travail et le travail posté, la surcharge de travail, la pression liée au temps, les responsabilités et le contrôle exercé sur le travail, le soutien social sur le lieu de travail, les risques environnementaux et psychologiques sur le lieu de travail, le faible revenu familial, le déséquilibre effort-récompense, les facteurs individuels, le nombre d'heures de travail par semaine, l'accès aux congés, le statut d'emploi, les heures de travail, les composantes physiques, environnementales, socio-économiques et comportementales au travail, l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail. Les études étant hétérogènes sur le plan des facteurs analysés, de leur définition et des outils de recueil de données différents, les résultats sont indicatifs. Ont été identifiés plusieurs effets probables du stress au travail sur la fertilité :

- des effets physiologiques du stress (5 études/8) avec une tendance à une diminution de la probabilité de conception à chaque cycle menstruel chez les femmes, des troubles du cycle menstruel, une diminution des niveaux d'hormone lutéinisante (LH) et de testostérone, ainsi que des altérations de la spermatogenèse et de la qualité du sperme en lien avec une augmentation du niveau de stress ;
- des changements dans les comportements : tendance à l'augmentation de la consommation de tabac, d'alcool (1 étude) ;
- des effets psychologiques qui peuvent influencer l'intention de conception (3 études/3) : les femmes exerçant des responsabilités sur leur lieu de travail sont plus susceptibles de planifier

[59] Stress au travail. Ce qu'il faut retenir – Risques – INRS

l'arrivée d'un deuxième enfant. À l'inverse, un stress professionnel élevé réduit l'intention des mères d'avoir plus d'enfants (1 533 femmes employées dans 23 pays). Les hommes occupant des emplois exigeants et à responsabilités étaient plus susceptibles d'avoir plus d'enfants ;

- le stress peut affecter indirectement la fertilité par une diminution de la qualité de vie, du désir sexuel et des performances sexuelles (1 étude).

Les mesures pour réduire le stress et la tension au travail sur les lieux de l'activité professionnelle n'ont pas été évaluées.

L'impact de l'usage des écrans sur l'intimité et les relations sexuelles commence à être un sujet d'étude au niveau international {Varaona-Santos, 2026 #374}. Sur le territoire, nous avons identifié une enquête de l'Insee auprès d'internautes qui révèle que plus d'un tiers des personnes de 15 à 74 ans déclare au moins un effet néfaste lié à l'usage des écrans dans la vie courante, en dehors des temps d'étude ou de travail (34 %). Les plus jeunes sont particulièrement concernés : 57 % chez les moins de 20 ans et 49 % chez les 20-34. L'usage des écrans entraîne chez les adultes une réduction du temps de sommeil (25 % et 43 % chez les 20-29 ans qui limitent plus leur temps de sommeil que les autres), une négligence d'activités de loisirs (10 %), une source de conflit potentielle, en particulier au sein des ménages avec enfants (9 % ; 3 % dans les ménages sans enfant), ce qui peut nuire à la qualité de vie {Institut national de la statistique et des études économiques, 2024 #372}. Il peut être intéressant de s'entretenir de ce sujet avec les patients qui ont des difficultés à concevoir.

Les situations de violence intrafamiliale sont citées comme point d'attention dans les recommandations canadiennes {Agence de la santé publique du Canada, 2019 #271}. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux non dépistés et accompagnés en période prénatale entraînent des conséquences à court et moyen terme sur la santé maternelle et le développement fœtal et des conséquences à long terme sur la santé physique et mentale des mères {Shea, 2024 #197}.

1.14.6. Efficacité des mesures de prévention pour améliorer la fertilité

Les études mettent en avant la nécessité, dès le projet parental, d'éviter d'exposer les gamètes (ovule et spermatozoïdes) à des facteurs délétères pour la fertilité au moins plusieurs mois avant la conception. Les comparaisons se font le plus souvent 3 mois avant et après l'arrêt de l'exposition ou à une intervention visant à modifier les comportements {Szabó, 2025 #268}.

La réversibilité partielle ou totale des altérations de la santé reproductive tant chez l'homme que la femme a été insuffisamment étudiée soit après l'arrêt d'une exposition à risque, soit à la suite d'une intervention de soin ou d'un accompagnement. La réversibilité des facteurs individuels d'altération de la fertilité peut être totale ou partielle, elle dépend des caractéristiques de l'exposition (nature du facteur, intensité et durée de l'exposition). Le délai pour améliorer la fonction reproductive est estimé de 3 à 6 mois après l'arrêt de l'exposition lorsque les facteurs sont réversibles, tant chez l'homme que la femme.

Se préoccuper des facteurs modifiables altérant la fertilité dès la période préconceptionnelle permet une amélioration de la santé globale des personnes en âge de procréer et de leur descendance, le rôle des effets épigénétiques et transgénérationnels des facteurs comportementaux commençant à être mis en évidence.

Une revue de synthèse de la littérature publiée par la *Cochrane Library* a évalué l'efficacité des conseils sur le mode de vie avant la conception et leur acceptabilité. Il est important de déterminer quels conseils préconceptionnels doivent être donnés et d'évaluer si ces conseils aident les personnes à modifier positivement leur comportement pour améliorer leur mode de vie et leurs chances de concevoir un enfant.

Les critères de jugement principaux étaient la fertilité (définie comme les naissances vivantes et les grossesses en cours), les inconvénients et la tolérance des mesures de prévention proposées, les arrêts spontanés de grossesse. Les critères secondaires comprenaient les changements comportementaux rapportés concernant le mode de vie, le poids de naissance, l'âge gestationnel, les grossesses cliniques, les délais avant grossesse, la qualité de vie et les critères de jugement en matière d'infertilité liée à un facteur masculin. Les données de 7 études (essais contrôlés randomisés, études randomisées croisées et études randomisées en grappes, publiés jusqu'en 2021 au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, au Canada, aux États-Unis, en Iran) ont été analysées (n = 2 130 personnes avec une infertilité), une seule étude a inclus des hommes {Boedt, 2021 #90}.

Les études comparaient au moins une forme de conseils sur le mode de vie avant la conception, le plus souvent une combinaison de thèmes (3 études), avec des soins de routine ou un contrôle d'intensité similaire. Les principales limites des études incluses étaient un risque de biais important dû à l'absence de mise en aveugle, une imprécision importante et l'insuffisance de qualité des rapports concernant les résultats des critères de jugement.

Les auteurs concluent à une insuffisance d'études et de données de qualité pour statuer sur les effets des conseils sur le mode de vie délivrés avant la conception en termes d'amélioration des chances de conception et d'enfant en bonne santé. Les critères de jugement n'ont pas tous pu être analysés ou la qualité des données était insuffisante, une partie de la population incluse comprenait des personnes avec un diagnostic d'infertilité ou de suspicion d'infertilité. La pertinence des critères de jugement eux-mêmes était remise en cause.

Des analyses par nature d'intervention n'étaient pas conclusives en raison de la faible qualité méthodologique des études.

Effets d'une prise en charge de l'obésité avant la conception par rapport aux soins de routine

La littérature était de faible qualité méthodologique, ce qui incite à prendre les résultats avec précaution. Les études sur les stratégies visant à prendre en charge l'obésité avant la conception ont eu peu d'effets sur le nombre de naissances vivantes (RR = 0,94, IC à 95 % : 0,62 à 1,43 ; 2 ECR, 707 participants ; I^2 = 68 % ; données de très faible qualité méthodologique), sur le diabète gestationnel (RR = 0,78, IC à 95 % : 0,48 à 1,26 ; 1 ECR, 317 participants ; données de très faible qualité), l'hypertension (RR : 1,07, IC à 95 % : 0,66 à 1,75 ; 1 ECR, 317 participants ; données de très faible qualité) ou les fausses couches (RR = 1,50, IC à 95 % : 0,95 à 2,37 ; 1 ECR, 577 participants ; données de très faible qualité).

En ce qui concernait les changements comportementaux liés au mode de vie chez les femmes souffrant d'infertilité et d'obésité, des conseils avant la conception pourraient réduire légèrement l'IMC (différence de moyenne (DM) - 1,30 kg/m², IC à 95 % : - 1,58 à - 1,02 ; 1 ECR, 574 participants ; données de faible qualité). Les données n'ont pas permis de savoir si les conseils sur le mode de vie avant la conception ont une incidence sur la consommation de légumes et de fruits, l'abstinence d'alcool ou la pratique d'une activité physique.

Effets des interventions sur la consommation d'alcool à risque avant la conception par rapport aux soins de routine

Chez les femmes présentant une consommation d'alcool à risque et souffrant d'infertilité, les données ne permettent pas de conclure sur les effets des conseils avant la conception sur le nombre de naissances vivantes (RR : 1,15, IC à 95 % : 0,53 à 2,50 ; 1 ECR, 37 participants ; données de très faible qualité) ou de fausses couches (RR : 1,31, IC à 95 % : 0,21 à 8,34 ; 1 ECR, 37 participants ; données de très faible qualité).

Effets des interventions sur la consommation de tabac avant la conception par rapport aux soins de routine

Chez les femmes fumeuses souffrant d'infertilité, aucune donnée n'a été retrouvée sur le taux de naissances vivantes, les grossesses en cours, les évènements indésirables ou les arrêts spontanés de grossesse.

Effets des interventions multicomposantes sur le mode de vie avant la conception par rapport aux soins de routine ou à une information

Des données de faible qualité suggèrent que des conseils sur le mode de vie avant la conception, portant sur une combinaison de sujets, pourraient n'entraîner que peu ou pas de différence sur le nombre de naissances vivantes. Les données étaient insuffisantes pour pouvoir tirer des conclusions quant aux effets des conseils sur le mode de vie avant la conception sur les arrêts spontanés de grossesse, et aucune donnée retrouvée n'a permis de conclure sur les autres critères de jugement (poids de l'enfant à la naissance, âge gestationnel, grossesse clinique, qualité de vie) ou les critères de jugement de l'infertilité masculine car aucune étude identifiée n'a examiné ces critères de jugement. Les conseils sur le mode de vie avant la conception portant sur une combinaison de sujets affectaient très peu les changements comportementaux liés au mode de vie, mais les données étaient de faible qualité : indice de masse corporelle (IMC) (différence de moyenne (DM) : - 1,06 kg/m², IC à 95 % : - 2,33 à 0,21 ; 1 ECR, 180 participants), consommation de légumes (DM : 12,50 grammes/j, IC à 95 % : - 8,43 à 33,43 ; 1 ECR, 264 participants), abstinence de la consommation d'alcool chez les hommes (RR : 1,08, IC à 95 % : 0,74 à 1,58 ; 1 ECR, 210 participants) ou sevrage tabagique chez les hommes (RR : 1,01, IC à 95 % : 0,91 à 1,12 ; 1 ECR, 212 participants). Des conseils sur le mode de vie avant la conception portant sur une combinaison de sujets pourraient n'entraîner qu'une différence minime ou nulle du nombre de femmes prenant des suppléments d'acide folique (RR : 0,98, IC à 95 % : 0,95 à 1,01 ; 2 ECR, 850 participants ; I^2 = 4 %), s'abstenant de consommer de l'alcool (RR : 1,07, IC à 95 % : 0,99 à 1,17 ; 1 ECR, 607 participants) et cessant de fumer (RR : 1,01, IC à 95 % : 0,98 à 1,04 ; 1 ECR, 606 participants). Les études n'ont pas rapporté d'autres changements comportementaux.

En synthèse, la littérature analysée ne permettait pas de conclure à l'efficacité des mesures de prévention d'une altération de la fertilité tant chez l'homme que chez la femme pour des raisons méthodologiques. Même si le bénéfice des modifications des habitudes de vie est difficile à mettre en évidence sur la protection ou l'amélioration de la fertilité ou du délai de conception, le bénéfice a par ailleurs été montré sur la santé globale, notamment pour l'activité physique, la perte de poids et son maintien par exemple. Ces modifications des habitudes de vie devraient être encouragées.

Le protoxyde d'azote

Lors de son utilisation en milieu de soins, le MEOPA, gaz anesthésique composé à 50 % de protoxyde d'azote et 50 % d'oxygène, les professionnels de santé sont exposés par inhalation. En l'état actuel des connaissances, malgré des résultats parfois contradictoires sur la santé humaine, des risques sur la santé reproductive ont été mis en évidence. Une baisse de la fertilité féminine a été rapportée dans plusieurs études. Une augmentation du risque d'interruption spontanée de la grossesse est rapportée chez les femmes exposées professionnellement aux gaz anesthésiques. Mais les gaz utilisés, les niveaux d'exposition sont rarement décrits et d'autres facteurs ont pu intervenir, comme le stress, le travail en station debout, les rayonnements ionisants, le formaldéhyde notamment. Les auteurs concluent à l'existence de signaux d'alerte forts d'atteinte au développement fœtal lors d'une exposition au protoxyde d'azote. En cas de difficultés de conception chez le personnel féminin et masculin, il est conseillé d'orienter la personne vers une consultation spécialisée en fournissant toutes les données disponibles sur l'exposition et les produits {Passeron, 2016 #246}.

Le rôle du médecin du travail dans l'information des personnes susceptibles d'être exposées au MEOPA, la formation aux mesures de prévention pour réduire les expositions, le suivi médical sont essentiels.

La consommation du protoxyde d'azote à usage récréatif présente des risques en cas de consommations répétées et à intervalles rapprochés et/ou à fortes doses. De sévères troubles neurologiques, hématologiques, psychiatriques ou cardiaques peuvent survenir. La consommation associée à d'autres produits (alcool, drogues) majore les risques. On peut supposer des risques sur la santé reproductive[60].

1.14.7. Rôle des services de la prévention et de la santé au travail pour la protection des professionnels exposés

Selon l'INRS, les effets sur la reproduction englobent les effets sur les capacités de l'homme ou de la femme à se reproduire ainsi que les possibles effets sur la descendance. Certains facteurs d'exposition professionnelle peuvent notamment altérer la fertilité masculine ou féminine et entraîner des fausses couches, des interruptions de la grossesse, une prématurité, des malformations {Institut national de recherche et de sécurité, 2017#179}.

Plusieurs produits chimiques sont susceptibles d'altérer la fertilité humaine. Une diminution du nombre des spermatozoïdes ou de leur qualité est la plupart du temps observée. Le plomb, certains éthers de glycols, certains phtalates, le mercure, les pesticides, l'acrylamide, l'éthanol, le bromométhane et le disulfure de carbone sont quelques exemples provoquant de tels effets. Ils peuvent résulter soit d'une exposition à l'âge adulte, soit d'une exposition *in utero*. En fonction des molécules, ces effets sont réversibles ou irréversibles. Il faut souligner que les études menées en milieu professionnel pour évaluer les effets potentiels de ces substances sur la fertilité sont encore rares et les connaissances dans ce domaine partielles.

La règlementation prévoit des mesures de protection de la femme enceinte, mais certaines expositions, qui peuvent entraîner des conséquences importantes lors de la période d'embryogenèse, échappent à ces mesures, tant chez la femme que chez l'homme. Selon la DARES (service statistique ministériel) et la DGT (inspection médicale du travail), la prévention primaire à destination des femmes en âge de procréer reste une priorité. En effet, l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (SUMER) dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France et permet d'en avoir une meilleure connaissance (salariés tirés au sort et interrogés par des médecins du travail en 1994, 2003, 2010 et 2016). Les résultats montraient que 28 % des salariés étaient exposés à au moins un produit chimique dans la semaine précédant l'enquête et 3 % à des produits CMR : cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques (dont par ordre d'importance les phtalates, le plomb, DMF (N, N-diméthylformamide : solvants), les éthers de glycols CMR.

La DARES et la DGT citent les conclusions d'une étude qualitative portant sur la prévention des risques reprotoxiques en milieu professionnel[61] : « les reprotoxiques sont associés quasi systématiquement aux femmes enceintes. Or, considérer le seul risque des reprotoxiques au moment des grossesses véhicule une perception biaisée et genrée de ce risque. Cela revient à circonscrire la santé reproductive à la période de gestation, mais aussi à occulter le fait que l'exposition aux reprotoxiques concerne également les hommes » {DARES, 2018 #183}.

[60] MILDECA | L'usage détourné du protoxyde d'azote, une pratique à risques de plus en plus répandue

[61] Santé reproductive et travail : la prévention des risques reprotoxiques chez les femmes. Projet coordonné par Émilie Legrand (Université du Havre) K-Portal

D'autres expositions comportent également un risque pour la fertilité. Les rayonnements ionisants peuvent entraîner une stérilité masculine définitive (3,5 Gy) ou féminine. (2,5 Gy) au-delà d'une certaine dose d'irradiation. La dose reçue par l'organisme dépend de la nature du rayonnement (type, énergie), de l'activité de la source, la distance à la source d'exposition, la durée de l'exposition, l'épaisseur et la composition des équipements de protection collective et individuelle. Le risque est réputé présent, y compris à des niveaux d'exposition inférieurs aux valeurs limites d'exposition professionnelles. Pour les expositions externes, les dosimètres individuels sont des moyens de surveillance de l'exposition des travailleurs. Pour les expositions internes, le médecin du travail peut prescrire des examens spécifiques. Dans tous les cas, un suivi renforcé par la médecine du travail est mis en place[62]

Certains médicaments, qui contiennent des agents chimiques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR), perturbateurs endocriniens, peuvent exposer le personnel soignant à des risques pour leur santé. Les médicaments cytotoxiques utilisés dans les services d'oncologie dans la chimiothérapie des cancers, mais aussi dans d'autres services comme la rhumatologie ou la dermatologie ou administrés à domicile, entraînent une augmentation des troubles de la fertilité, du risque d'interruption spontanée de grossesse ou de malformations fœtales chez les femmes professionnellement exposées de manière répétée. Des mesures de prévention sont à adopter systématiquement pour limiter les risques[63].

La démarche de prévention des risques pour la reproduction doit notamment être adaptée aux facteurs de risque identifiés lors de leur évaluation en appui d'une information des travailleurs.

La démarche d'évaluation du risque pour la reproduction fait partie de l'évaluation des risques chimiques et biologiques concernant tous les agents classés reprotoxiques selon le règlement CLP. Le DUERP doit identifier les postes et situations de travail exposants, les conditions aggravantes et les mesures de prévention à mettre en place (mesures techniques, mesures organisationnelles, mesures de protection individuelle, suivi médical renforcé).

Une recommandation de bonne pratique intitulée : « Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés aux toxiques pour la reproduction » est en cours d'élaboration par la HAS et la Société française de santé au travail (SFST) (cf. note de cadrage Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés aux toxiques pour la reproduction). Ces recommandations ont pour objectifs :

- de définir les modalités de surveillance médico-professionnelle, incluant les aspects de prévention spécifiques, adaptées aux situations d'expositions professionnelles et conformes aux connaissances actuelles sur les risques reprotoxiques : population visée, repérage des agents reprotoxiques ou des situations exposant à des agents reprotoxiques dans l'environnement de travail, évaluation de l'exposition individuelle et collective, outils, périodicité ;
- d'homogénéiser les pratiques des professionnels de santé concernés (médecins du travail, médecins généralistes, gynécologues, infirmiers, sages-femmes...) par la surveillance médico-professionnelle des sujets exposés à des agents reprotoxiques, incluant les aspects de prévention spécifiques.

Il est à souligner qu'aucune hypofertilité ni issue défavorable de grossesse n'a été reconnue à ce jour en accident du travail ou maladie professionnelle. Et il n'existe pas à ce jour de tableau de maladie professionnelle se rapportant aux effets sur la reproduction.

Les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, potentiellement exposées à des perturbateurs endocriniens, sont encouragées à contacter le service de prévention et de santé au travail (SPST)

[62] INRS. Rayonnements ionisants : https://www.inrs.fr/risques/rayonnements-ionisants/reglementation.html

[63] INRS. 2024. L'essentiel sur les médicaments cytotoxiques et les soignants – Publications et outils – INRS

{Institut national de recherche et de sécurité, #179}. Un outil d'aide à l'évaluation du risque chimique a été publié par l'INRS pour repérer des perturbateurs endocriniens[64].

1.14.8. Réseau national PRÉVENIR

Les centres PRÉVENIR (pour PRÉVention ENvIronnement Reproduction) pluridisciplinaires accompagnent les couples confrontés à l'infertilité, aux fausses couches répétées ou aux complications obstétricales, mais aussi les femmes enceintes et futurs parents souhaitant protéger leur grossesse – y compris lorsqu'elle se déroule normalement.

Chaque plateforme propose un bilan d'exposition environnementale personnalisé et des actions concrètes de réduction du risque reprotoxique, adapté à la situation et au parcours de chaque personne. Elle propose des outils comme un questionnaire en ligne permettant d'évaluer le niveau de risque, d'obtenir des téléconsultations, des ateliers ou téléateliers.

Les plateformes sont répertoriées par le réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse[65].

1.14.9. Synthèse

Le groupe de travail précise que les informations délivrées concernant la fertilité et les facteurs individuels susceptibles de l'altérer devraient être assorties d'une présentation des moyens d'agir, de leurs avantages pour la protection de la fertilité et l'amélioration de la santé globale, et de la création d'un environnement favorable à un projet conceptionnel si souhaité, à partir d'une évaluation individuelle et partagée de leur situation.

L'annexe 2 intitulée « Facteurs d'altération de la fertilité masculine et féminine » résume les données concernant les facteurs d'altération de la fertilité et propose des ressources pour les professionnels de santé ainsi que pour les personnes concernées.

L'orientation si nécessaire vers le service de prévention et de santé au travail, un centre régional de pathologie professionnelle et environnementale (CRPPE), un centre PRÉVENIR[66] permet d'approfondir l'évaluation et de proposer des interventions adaptées.

1.15. Faire de la santé conceptionnelle une priorité des consultations

1.15.1. Obstacles et facteurs facilitant la mise en œuvre d'une consultation conceptionnelle

Une revue de synthèse de la littérature internationale avait pour objectif de fournir un aperçu des obstacles et des facteurs facilitateurs qui influencent la mise en œuvre d'une consultation de santé conceptionnelle. Trente et une études quantitatives et qualitatives réalisées en Australie, aux États-Unis, au Portugal et au Royaume-Uni et publiées entre 2007 et 2022 ont été analysées {Goossens, 2018 #94}. Les principaux facteurs qui permettaient aux professionnels de santé de proposer et de dispenser des consultations de santé reproductive étaient d'avoir de bonnes connaissances du sujet et d'estimer ces consultations comme une priorité. Ceux qui avaient des perceptions négatives n'étaient pas

[64] INRS. 2025. Outil d'aide à l'évaluation du risque chimique pour repérer des perturbateurs endocriniens https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil16

[65] Réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse. Réseau des centres PRÉVENIR – Des experts hospitaliers pour l'amélioration de la santé reproductive

[66] Réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse. Réseau des centres PRÉVENIR – Des experts hospitaliers pour l'amélioration de la santé reproductive

convaincus de l'importance, de la nécessité, des avantages et de l'efficacité de cette consultation. Le fait de percevoir les consultations de santé reproductive comme des soins spécialisés plutôt que comme des soins de routine en soins de premier recours constituait également un obstacle. Certains professionnels ont signalé un accès difficile aux personnes en âge de procréer, qui le plus souvent venaient une fois la grossesse débutée. Des problèmes de communication ont été perçus comme un obstacle, les professionnels de santé pouvant éprouver des difficultés à aborder le sujet des intentions de grossesse ou des désirs de fertilité (le manque d'expérience dans le domaine ou le manque de confiance en soi étaient perçus comme des obstacles et à l'inverse comme des facteurs facilitants) ou ne le demandant pas systématiquement aux personnes concernées. La nature sensible du sujet semblait également empêcher les professionnels d'entamer une conversation sur le projet parental.

Du côté des personnes en âge de procréer, un obstacle fréquemment signalé était le manque de sensibilisation et d'initiative des femmes à l'étape préconceptionnelle pour discuter ou accepter d'échanger sur le projet parental et son délai de concrétisation. La survenue de grossesses non planifiées amenait les femmes à consulter, sans pouvoir bénéficier de messages de prévention en amont.

La perception des femmes comme les principales initiatrices d'un dialogue sur l'intention de conception et la santé préconceptionnelle peut résulter de la croyance que la santé reproductive relèverait avant tout de la responsabilité d'autrui, notamment des femmes. Le stress ou l'anxiété découlant de la présentation de certains facteurs de risque aux personnes concernées pouvaient gêner les professionnels de santé. Mais certains états de santé pouvaient au contraire les inciter à aborder la fertilité : maladies chroniques, obésité, diabète, maladie cardiovasculaire, par exemple.

Les auteurs ont signalé que les résultats de cette synthèse de la littérature étaient indicatifs en raison de limites méthodologiques des études : faibles effectifs, hétérogénéité des méthodes et variabilité des recueils de données, surreprésentation des médecins généralistes et gynécologues par rapport aux sages-femmes et infirmières. Les auteurs soulignent néanmoins que des moyens d'information pourraient améliorer l'attitude, la sensibilisation et les connaissances des personnes concernées par la santé préconceptionnelle. La plupart des soins préconceptionnels se concentrent uniquement sur les femmes, pourtant la santé préconceptionnelle est considérée comme une responsabilité partagée entre les femmes et les hommes, par conséquent, les campagnes d'information et les pratiques devraient cibler l'ensemble des personnes concernées.

1.15.2. Aborder la santé conceptionnelle à l'occasion des consultations

Plusieurs recommandations de bonne pratique internationales insistent sur la nécessité d'aborder systématiquement la santé reproductive avec toute personne en âge de procréer, à l'occasion des consultations avec un professionnel de santé. La santé reproductive devrait être abordée ensuite à intervalle régulier et au moins annuellement, le projet de vie pouvant changer.

Toute personne est d'ailleurs encouragée à échanger avec le professionnel de santé si celui-ci n'aborde pas spontanément la santé reproductive. Les recommandations proposent :

- d'intégrer dans toute consultation en soins primaires et en soins spécialisés des éléments de prévention, de conseils et de soins pour protéger ou améliorer la santé reproductive à partir d'une évaluation des facteurs de risque pour la période préconceptionnelle {Agence de la santé publique du Canada, 2019 #271} ;
- d'utiliser les consultations épisodiques comme une occasion pour déterminer les risques pour la santé et encourager les comportements positifs en matière de santé avant la conception {, 2019 #141} ;
- de saisir chaque opportunité de consultation pour identifier les femmes et les hommes exposés à des facteurs de risque d'infertilité et gérer cette situation de manière appropriée, en délivrant des

conseils non seulement sur la contraception pour prévenir la grossesse non désirée ou mieux accompagner une grossesse souhaitée, mais aussi sur la manière de prévenir l'infertilité et de lutter contre les causes évitables de l'infertilité {*South African National Department of Health*, 2020 #59} ;

- d'encourager, lors de toute consultation, les femmes et les hommes en âge de procréer à élaborer un projet parental, qu'ils aient l'intention ou non d'avoir des enfants {*Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2024 #153} ;
- de saisir toute occasion de consultation avec des femmes en âge de procréer (demande de contraception, examen gynécologique de routine, etc.) pour poser une question clé sur le souhait de grossesse dans l'année, des grossesses pouvant être non planifiées {*International Federation of Obstetrics and Gynaecology*, 2023 #253}.

De nombreux motifs de consultation permettent d'aborder plus particulièrement l'intention de procréer, la fertilité, le rôle des facteurs qui peuvent l'altérer, les difficultés à concevoir, tout particulièrement :

- suivi gynécologique, demande de contraception et son suivi ou demande de changement ou d'arrêt d'une stratégie de contraception, interruption volontaire de grossesse, dans les suites d'un arrêt spontané de grossesse ;
- consultations d'information, de dépistage ou de diagnostic au sein des structures dédiées à la santé sexuelle et/ou à la prévention, et/ou à la périnatalité[67] ;
- symptômes d'infection génitale, dépistage fortuit ou selon symptômes d'une maladie sexuellement transmissible (IST) et son traitement, y compris l'infection par le VIH ;
- difficultés à vivre une sexualité personnellement satisfaisante, troubles sexuels féminins ou masculins ;
- irrégularité du cycle menstruel, douleurs pelviennes ;
- expression de difficultés à concevoir : tentatives de conception infructueuses, préoccupations autour d'un délai de conception qui semble long du point de vue des personnes ;
- demande d'accompagnement pour modifier les comportements liés aux habitudes de vie ;
- repérage de consommation de tabac et/ou de consommation à risque d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives, ou demande d'accompagnement à l'arrêt de ces consommations ;
- vaccinations et rappels de vaccinations ;
- dépistage d'un surpoids ou d'une obésité avec retentissement sur la santé (diabète, hypertension artérielle, maladie cardiovasculaire, etc.), ou d'une maigreur, d'un trouble du comportement alimentaire ;
- identification d'une exposition professionnelle ou domestique à risque ;
- suivi d'une maladie chronique somatique et/ou psychique, ou d'une situation de handicap ;
- toute prescription et délivrance d'un médicament susceptible d'entraîner un effet tératogène ou contre-indiqué pendant la période préconceptionnelle ou la grossesse ;
- conseil génétique vis-à-vis de caractéristiques génétiques individuelles ou familiales connues ;
- consultation de suivi de la santé du nourrisson pour les personnes qui viennent d'être parents (interconception) ;
- « Mon bilan prévention » (de 18 à 25 ans) ;

[67] Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) ; les établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) ; les centres de santé sexuelle (anciens centres de planification et d'éducation familiale) ; les services de protection maternelle et infantile (PMI) ; les réseaux de santé en périnatalité (RSP) ; les services de santé en milieux scolaire et universitaire s'adressant à de jeunes adultes ; les comités de coordination régionale de la santé sexuelle (CORESS) qui prolongent et élargissent les actions des COREVIH, centrés sur la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) au regard des besoins territoriaux et des priorités de santé publique de leur territoire.

– visite de suivi individuel en santé au travail.

Parmi ces motifs de consultation, les **consultations dédiées à la santé sexuelle ou à la prévention** pourraient permettre de sensibiliser les personnes en âge de procréer à la fertilité, à la condition explicite d'aborder un éventuel projet conceptionnel. Cette offre de soins peu utilisée par les personnes en âge de procréer peut manquer de clarté pour les bénéficiaires et les professionnels susceptibles d'aborder ce sujet ou de les orienter vers des ressources adaptées. De plus, mises en œuvre en routine en 2023, ces consultations ne sont accessibles qu'à une tranche d'âge précise ou bénéficient moins aux hommes qu'aux femmes (consultation de santé sexuelle, Mon bilan de prévention par exemple). De plus, comme le souligne le HCSP, il reste à savoir si les consultations de santé sexuelle sont connues, utilisées et si elles peuvent répondre aux besoins des personnes concernées en matière de santé sexuelle et reproductive {Haut Conseil de la santé publique, 2025 #173}.

De nombreuses structures sont dédiées à la santé sexuelle et peuvent être amenées à aborder la santé reproductive : les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) ; les établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF), les centres de santé sexuelle (anciens centres de planification et d'éducation familiale) ; les services de protection maternelle et infantile (PMI) ; les réseaux de santé en périnatalité (RSP) ; les services de santé en milieux scolaire et universitaire ; les comités de coordination régionale de la santé sexuelle (CORESS) qui prolongent et élargissent les actions des COREVIH, centrés sur la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) au regard des besoins territoriaux et des priorités de santé publique de leur territoire.

La première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles, dénommée CCP, est réservée aux jeunes de moins de 26 ans et prise en charge dans les conditions définies à l'alinéa 21° de l'article L. 160-14 du Code de la sécurité sociale. Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme. Cette consultation longue bénéficie d'une cotation spécifique, mais elle ne peut être facturée qu'une seule fois par personne. Le professionnel de santé doit informer du droit à l'anonymat pour cette prestation et doit respecter la décision du patient en utilisant le cas échéant un NIR anonyme.

La feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle (2018-2021) précise que sans contenu défini à ce jour, cette CCP devrait proposer une approche globale de la santé sexuelle (contraception, prévention et dépistage précoce des IST), mais aussi le repérage des situations de violence, de discrimination liée à l'orientation sexuelle et une sensibilisation aux risques liés à la consommation de substances psychoactives. Cette première consultation de santé sexuelle pourrait permettre de sensibiliser les jeunes adultes à la fertilité.

La CCP initialement prévue pour les jeunes filles âgées de 15 à 18 ans a été élargie aux jeunes femmes de moins de 26 ans en février 2022, puis aux jeunes hommes de moins de 26 ans en avril 2022. Cette consultation complexe devrait permettre d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle).

Cette consultation n'est pas suffisamment utilisée en 2023. De plus, elle est insuffisante au regard des besoins d'échanges avec un professionnel de santé à des temps différents dans la vie du jeune adulte. Selon des données recueillies auprès de l'Assurance maladie par les auteurs du rapport d'évaluation à mi-parcours de la stratégie santé sexuelle {Haut Conseil de la santé publique, 2025 #173}, 19 937 jeunes hommes entre 18 et 26 ans ont bénéficié de la CCP longue, soit environ 1 garçon pour

10 filles en 2023. Ces consultations sont assurées à 44 % par des médecins généralistes, 30 % par des sages-femmes, 19 % par des gynécologues-obstétriciens, peu par les pédiatres.

« Mon bilan prévention », proposé par l'Assurance maladie aux personnes âgées de 18 à 25 ans[68], représente un temps d'échange dédié à la prévention en santé. Il permet d'aborder la santé sexuelle, mais pas spécifiquement la fertilité, même s'il est précisé dans les fiches[69] accompagnant la mise en œuvre de ce bilan qu'il peut permettre d'informer sur les causes d'infertilité et leur prévention si besoin après évaluation du souhait de parentalité {ministère de la Santé et de la Prévention, 2023 #162}. Il aborde les vaccins et rappels, plus spécifiquement la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV), le dépistage du cancer du col de l'utérus, la santé sexuelle (utilisation d'un moyen de contraception, exposition aux infections sexuellement transmissibles : VIH, *chlamydia*, gonocoque, syphilis…), les habitudes de vie, les facteurs de risque de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires…). Les situations de handicap ne sont pas abordées explicitement.

La mise en œuvre de ce bilan repose actuellement sur plusieurs professionnels de santé : médecins (toutes spécialités), sages-femmes, pharmaciens, infirmiers. D'une durée de 30 à 45 minutes, ce « bilan prévention » vise, selon l'Assurance maladie, à :

- initier une démarche de sensibilisation et de prévention individualisée et inciter à prendre soin de sa santé ;
- identifier des facteurs de risque, repérer des maladies et favoriser une prise en charge précoce (notamment les pathologies chroniques et cancers) ;
- faire un premier bilan permettant d'orienter ensuite l'assuré vers le dispositif adapté et/ou de l'inviter à une modification de comportement positive pour sa santé ;
- rédiger un plan personnalisé de prévention (PPP), partagé par la personne et le professionnel de santé grâce au dossier médical partagé (DMP).

En 2024, un total de 60 882 bilans a été facturé à l'Assurance maladie, en hausse au cours du second semestre, ce qui reste néanmoins marginal par rapport à la population cible visée. En amont du bilan, un auto-questionnaire est mis à disposition des personnes afin de préparer leur consultation. Plus de 430 000 questionnaires ont été complétés, dont 88 921 pour la tranche d'âge 18-25 ans. Il est à souligner que le bilan suivant, autour de 45-50 ans, est trop tardif pour aborder un projet conceptionnel.

Selon l'Assurance maladie, les outils de « Mon bilan prévention » pourraient aussi être mobilisés dans le cadre de la prévention en santé au travail.

1.16. Recommandations

Le groupe de travail recommande de favoriser l'accès à des entretiens préconceptionnels.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

R 9. Toute personne en âge de procréer doit avoir la possibilité de s'entretenir de sa santé sexuelle et reproductive, voire de son projet conceptionnel avec un professionnel de santé afin :

- de recevoir et d'échanger des informations et d'être en mesure d'agir en faveur de sa fertilité et de sa santé globale ;
- de se projeter dans un projet conceptionnel si tel est son souhait et d'être orientée vers une consultation préconceptionnelle ;
- de recevoir des informations sur les moyens de prévenir une grossesse non planifiée ;

[68] « Mon bilan prévention » entre 18 et 25 ans, un temps d'échange dédié à la prévention en santé | ameli.fr | Assuré
[69] Mon bilan prévention Fiches Thematiques Dec-2023.pdf

– d'exprimer des questionnements ou des préoccupations et être d'orientée en conséquence si besoin.

R 10. Le médecin généraliste, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien, andrologue, urologue, endocrinologue, pédiatre, les autres médecins spécialistes pour le suivi d'une maladie chronique, la sage-femme, les professionnels des structures de santé sexuelle et reproductive, des structures de la protection maternelle et infantile, structures de la médecine universitaire, structures de médecine sociale pour les populations de migrants, le pharmacien, peuvent saisir l'opportunité et le moment le plus adéquat d'une consultation ou d'un entretien pour proposer un espace de dialogue sur la santé sexuelle et reproductive et un éventuel projet conceptionnel, et orienter si besoin (Encadré 2).

R 11. Les services de prévention et de santé au travail jouent un rôle essentiel pour la prévention primaire des risques professionnels reprotoxiques chez les travailleurs, hommes et femmes en âge de procréer et aussi dès le début d'une grossesse pour :

– évaluer le risque d'exposition professionnelle[70] et plus largement les comportements pouvant être modifiés ;
– délivrer des informations et des messages de prévention en faveur de la santé globale. Ils viennent en appui des professionnels de santé.

Encadré 2. Principaux motifs ou consultations permettant d'aborder l'intention de concevoir

– Suivi gynécologique, demande de contraception et son suivi ou demande de changement ou d'arrêt d'une stratégie de contraception, interruption volontaire de grossesse, dans les suites d'un arrêt spontané de grossesse.
– Consultations d'information, de dépistage ou de diagnostic au sein des structures dédiées à la santé sexuelle et/ou à la prévention et/ou à la périnatalité[71].
– Symptômes d'infection génitale, dépistage fortuit ou selon symptômes d'une maladie sexuellement transmissible (IST) et son traitement, y compris l'infection par le VIH.
– Difficultés à vivre une sexualité personnellement satisfaisante, troubles sexuels féminins ou masculins.
– Irrégularité du cycle menstruel, douleurs pelviennes.
– Expression de difficultés à concevoir ou de préoccupations autour d'un délai qui semble long du point de vue des personnes.
– Demande d'accompagnement pour modifier les comportements liés aux habitudes de vie.
– Repérage de consommation de tabac et/ou de consommation à risque d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives, ou demande d'accompagnement à l'arrêt de ces consommations.
– Vaccinations et rappels de vaccinations.
– Dépistage d'un surpoids ou d'une obésité avec retentissement sur la santé (diabète, hypertension artérielle, maladie cardiovasculaire, etc.), ou d'une maigreur, d'un trouble du comportement alimentaire.
– Identification d'une exposition professionnelle ou domestique à risque.

[70] Haute Autorité de santé - Société française de santé au travail (SFST). 2025. Surveillance médicoprofessionnelle des travailleurs exposés aux toxiques pour la reproduction (en cours d'élaboration) Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés aux toxiques pour la reproduction)

[71] les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) ; les établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) ; les centres de santé sexuelle (anciens centres de planification et d'éducation familiale) ; les services de protection maternelle et infantile (PMI) ; les réseaux de santé en périnatalité (RSP) ; les services de santé en milieux scolaire et universitaire s'adressant à de jeunes adultes ; les comités de coordination régionale de la santé sexuelle (CORESS) qui prolongent et élargissent les actions des COREVIH centrés sur la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) au regard des besoins territoriaux et des priorités de santé publique de leur territoire.

- Suivi d'une maladie chronique somatique et/ou psychique, ou d'une situation de handicap.
- Toute prescription et délivrance d'un médicament susceptible d'entraîner un effet tératogène ou contre-indiqué pendant la période préconceptionnelle ou la grossesse.
- Conseil génétique vis-à-vis de caractéristiques génétiques individuelles ou familiales connues.
- Consultation de suivi de la santé du nourrisson pour les personnes qui viennent d'être parents (interconception).
- « Mon bilan prévention » (de 18 à 25 ans).
- Visite de suivi individuel en santé au travail.

1.17. Ouvrir le dialogue sur l'intention de conception et orienter vers une consultation ou un entretien dédiés

Tout commence par une question ouverte sur une intention de conception et son délai de concrétisation. La réponse de la personne permet d'orienter ensuite la consultation sur un contenu défini et des propositions hiérarchisées (soins ou conseils de prévention) qui font suite à cette consultation.

Au niveau international, plusieurs sociétés savantes proposent que toute personne en âge de procréer bénéficie d'une consultation préconceptionnelle, qu'elle ait l'intention d'avoir des enfants ou non, ainsi que d'un accès facile aux informations et conseils sur la santé sexuelle. Les consultations devraient fournir l'occasion d'introduire la notion d'intention de conception et permettre de concrétiser une intention de conception et un espacement des grossesses selon les circonstances, les besoins et les préférences de la femme ou du couple. Les personnes qui ne prévoient pas une grossesse devraient connaître les options qui s'offrent à elles en ce qui concerne les méthodes efficaces de contraception et d'interruption de grossesse {Agence de la santé publique du Canada, 2019 #271} {, 2019 #141}.

L'Agence de la santé publique du Canada propose d'utiliser une question d'appel ouverte sur l'intention de fécondité de toute personne en âge de procréer, introduite au fil de la discussion lors d'une consultation avec un professionnel de santé. Cette démarche s'inspire de celle du *Reproductive Life Plan* des CDC et y sont retrouvées les orientations de la consultation en fonction de la réponse donnée par la personne, avec en plus l'ajout de la situation où la femme vient avec un test de grossesse positif {Agence de la santé publique du Canada, 2019 #271}.

- Si la personne n'a pas de projet conceptionnel : discuter des moyens de contraception possibles.
- Si elle ne sait pas : amorcer une discussion sur des questions entourant la sexualité, le mode de vie, la sensibilisation à la contraception ou aux infections transmissibles sexuellement.
- Si la personne envisage une grossesse : aborder la conception et son délai de concrétisation plus précis.
- Si le test de grossesse est positif : organiser le suivi de la grossesse.
- Dans toutes les situations : informer les femmes en âge de procréer que la fécondité naturelle et les chances de succès des techniques d'assistance médicale à la procréation diminuent beaucoup avec l'âge, à partir de la fin de la trentaine et encore plus à la quarantaine.

La démarche se poursuit par un échange d'informations et un recueil de données cliniques concernant les éléments suivants : antécédents en matière de procréation, santé sexuelle et dépistage des infections sexuellement transmissibles, bilan d'une maladie chronique existante, utilisation de médicaments tératogènes (automédication comprise), santé mentale : dépistage de troubles psychiques et promotion d'un sommeil suffisant, d'un équilibre vie privée-vie professionnelle, réduction du stress, maintien de relations sociales, renoncement à la consommation de tabac, d'alcool, de substances

psychoactives avant la conception, bilan des vaccinations et vaccinations, prévention et dépistage de maladies infectieuses (VIH, hépatites, toxoplasmose, cytomégalovirus), relever les antécédents familiaux et génétiques, évaluation et conseils sur la variété et la qualité de l'alimentation, mesure de l'IMC et évaluation de la courbe pondérale (surpoids, obésité, maigreur), niveau d'activité physique et sédentarité, facteurs de stress psychosociaux, en particulier les situations de violence intrafamiliale, l'exposition environnementale domestique et conseils, exposition professionnelle et relais vers un service de prévention et de santé au travail {Agence de la santé publique du Canada, 2019 #271}.

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) propose également d'aborder le projet parental de manière directe en posant une première question et en procédant ensuite par étape {, 2019 #141}. La démarche proposée au médecin s'appuie sur l'approche des CDC et l'ACOG recommande d'aborder le désir d'enfant avec toute femme et tout homme à l'occasion de toute consultation, notamment si celle-ci concerne la contraception ou un projet de grossesse, et d'introduire la notion de concrétisation d'un projet conceptionnel ou d'espacement des grossesses. Toute personne est d'ailleurs encouragée à échanger avec le médecin si celui-ci n'aborde pas spontanément la santé reproductive ou à intervalle régulier (au moins annuellement) {, 2019 #141}.

L'objectif annoncé de la démarche est de diminuer tout risque éventuel pour la santé de la personne, du fœtus, du nouveau-né et de modifier les facteurs de risque, tout particulièrement avant une grossesse, grâce à des conseils ou un projet de soins. La consultation s'oriente à partir de trois questions :

- Avez-vous prévu d'avoir un enfant au cours de cette année ?
- Savez-vous si vous souhaitez être enceinte plus tard dans votre vie (et pas seulement cette année) ?
- Quelle place donne la personne à son partenaire dans le projet de santé reproductive, en particulier la décision d'avoir un enfant et à quelle échéance ?

L'ACOG précise sur la base d'expériences de mise en œuvre que le fait d'introduire une question sur l'intention de concevoir permet aux femmes :

- d'avoir l'opportunité d'aborder leur santé reproductive avec le professionnel de santé et de mieux communiquer leurs objectifs en la matière ;
- de mieux choisir leur modalité de contraception ;
- d'améliorer la prise d'acide folique ;
- d'orienter précocement vers une consultation préconceptionnelle en cas d'intention de grossesse à court terme ;
- d'orienter précocement vers une consultation de gynécologie en cas notamment d'irrégularités du cycle menstruel, de douleurs pelviennes, de difficultés lors des relations sexuelles ;
- et d'améliorer les connaissances de celles qui, sans cette opportunité, n'auraient sans doute pas reçu d'informations sur la santé préconceptionnelle et les stratégies de contraception le cas échéant.

1.17.1. Démarches pour structurer les échanges

Plusieurs démarches pourraient permettre d'aborder et de structurer les échanges entre le professionnel de santé et la personne concernée autour de sa santé reproductive en y incluant la santé sexuelle :

- l'intention brève en santé sexuelle développée par l'OMS, pouvant être utilisée en santé reproductive ;
- le *Reproductive Life Plan* (RLP) (projection de la vie reproductive), développé par les CDC aux États-Unis et repris dans de nombreux pays, visant à révéler ou à initier une réflexion sur une

intention de conception et son délai de concrétisation pour sensibiliser à la fertilité et améliorer la santé globale ;

- le modèle PATH (*Parenthood/Pregnancy Attitude, Timing, and How important is pregnancy prevention*) : trois questions ouvertes sur l'intention de conception.

1.17.1.1. La communication brève en santé sexuelle

Développées par l'OMS en 2015, les recommandations sur la « Communication brève en santé sexuelle (CBS) » permettent aux professionnels d'être aidés pour aborder ou répondre à des questions de santé sexuelle des personnes concernées {Organisation mondiale de la santé, 2015 #285}. Bien que centrée sur des problématiques de santé sexuelle (satisfaction, réponse aux attentes, vécu des relations sexuelles, contraception, infections sexuellement transmissibles, rapports sexuels, produits psychoactifs, addiction, etc.), la CBS pourrait sans doute permettre de répondre aux besoins et aux attentes des personnes en matière de santé reproductive.

La CBS est utilisée au cours d'une consultation ponctuelle proposée par un professionnel de santé en soins primaires. L'objectif est de conduire la personne à modifier et adapter son comportement après avoir exprimé son ressenti et formulé ce qu'elle a compris de sa problématique de santé grâce au recours à des questions ouvertes. La CBS repose sur l'idée qu'il y a souvent un décalage entre les intentions et les comportements et qu'il peut être réduit par un soutien à la motivation, la définition d'objectifs atteignables et une incitation à agir pour les atteindre. Elle peut permettre également de partager le besoin d'une orientation vers une consultation spécialisée.

D'autres démarches qui associent repérage précoce et intervention brève sur une thématique de santé sexuelle peuvent également être mobilisées, par exemple le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple {Haute Autorité de santé, 2022 #163}.

La communication brève en santé sexuelle doit permettre sur un temps de consultation limité de proposer des informations, le cas échéant une orientation, à partir d'une question globale comme : « Avez-vous des questions sur la fertilité, la conception ou des préoccupations dans ce domaine ? », puis de personnaliser l'approche en posant une question ouverte sur le projet parental et sa concrétisation ou non et à quelle échéance, puis en fonction des échanges, de proposer une consultation de suivi pour échanger plus globalement sur la santé sexuelle et reproductive.

1.17.1.2. Le *Reproductive Life Plan* (RLP) ou projet de vie reproductive

Les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis ont introduit dès les années 2000 le concept de « *Reproductive Life Plan* (RLP) » (projet de vie reproductive) pour faciliter les échanges entre les personnes en âge de procréer (les femmes, puis au cours du temps les hommes) et les professionnels de santé, sur leurs projets personnels en matière de conception. Cette démarche encourage les jeunes adultes à réfléchir en amont ou en aval de la consultation à leur projet de vie et à poursuivre les échanges sur leur projet, quel qu'il soit.

L'introduction du concept de RLP a été motivée par le fait qu'aux États-Unis, 40 à 50 % des grossesses n'étaient pas planifiées ou pas attendues « à ce moment-là », avec un suivi prénatal tardif ne permettant pas de prévenir ou d'éviter des complications obstétricales chez les femmes et un taux de prématurité élevé chez l'enfant {Johnson, 2006 #283}. Le RLP est un des éléments d'une stratégie plus globale visant à améliorer progressivement les indicateurs de santé périnatale {Gavin, 2014 #290} {Romer, 2024 #178}. Cette stratégie a pour objectifs :

- de sensibiliser davantage les hommes et les femmes, le public en général grâce à des campagnes nationales d'information concernant la santé reproductive et préconceptionnelle, la grossesse et l'accouchement ;

- d'encourager toute personne en âge de procréer à réfléchir à son projet personnel, qu'elle ait ou non l'intention d'avoir des enfants ;
- d'intégrer dans toute consultation en soins primaires et en soins spécialisés des éléments de prévention, de conseils et de soins pour la santé reproductive, fondés sur une évaluation des facteurs de risque pour la période préconceptionnelle ;
- de proposer une consultation approfondie aux couples qui ont un projet de grossesse ou en tout début de grossesse afin d'améliorer la santé de la femme et de l'enfant et celle du partenaire ;
- d'analyser l'état de santé interconceptionnelle (entre deux grossesses), en particulier les évènements suivants : fausses couches à répétition, décès infantile, prématurité, petit poids de naissance, situation de handicap, maladie de l'enfant, pour adapter les soins et l'accompagnement préconceptionnel ;
- d'élaborer des recommandations de bonne pratique en partenariat avec les sociétés savantes (gynécologues-obstétriciens, sage-femmes, infirmiers) et de les diffuser aux professionnels de santé ;
- de proposer des indicateurs de suivi de la santé périnatale.

Mais, selon les CDC, la mise en œuvre du RPL soulève plusieurs questions pratiques au rang desquelles {Johnson, 2006 #283} : « À quel moment une personne souhaite-t-elle initier son projet parental ? Quelles valeurs et ressources personnelles peut-elle prendre en compte dans son élaboration ? Quelles aptitudes individuelles sont nécessaires ou sont à développer pour dialoguer avec le partenaire et élaborer le cas échéant un RPL ? Quelles informations précises et fondées sont disponibles pour permettre à la personne ou au couple de développer son RPL ? »

Étapes de la démarche

Cette démarche qui consiste à aborder avec toute personne en âge de procréer son intention de conception s'appuie sur une question ouverte : « Prévoyez-vous d'avoir un enfant ou d'autres enfants dans le futur ? »

La réponse à cette question permet ensuite de structurer les échanges et d'orienter ensuite la discussion vers des sujets ou des ressources spécifiques selon les besoins de la personne concernée.

Si oui :

- Combien d'enfants aimeriez-vous avoir ? Combien de temps aimeriez-vous attendre avant que vous ou votre partenaire ne soyez enceinte ? (Encourage la personne à imaginer son propre avenir.)
- Quelle méthode de contraception envisagez-vous d'utiliser jusqu'à ce que vous ou votre partenaire soyez prête à être enceinte ? (Cela donne au patient l'occasion de formuler et de communiquer une stratégie personnelle.)
- À quel point êtes-vous sûr(e) de pouvoir utiliser cette méthode sans aucun problème ? (Envisager d'adapter le choix de la méthode à sa situation personnelle.)

Une consultation à orientation préconceptionnelle est alors proposée si la personne ou le couple sont prêts à avoir un enfant.

Si non :

- Quelle méthode de contraception allez-vous utiliser pour éviter une grossesse ? (Permettre la formulation et la communication d'une stratégie personnelle pour réaliser cet objectif.)
- Dans quelle mesure êtes-vous sûr(e) de pouvoir utiliser cette méthode sans aucun problème ? (Envisager d'adapter le choix de la méthode à sa situation personnelle.)
- Reconnaître que les projets des personnes peuvent changer. Est-il possible que vous ou votre partenaire décidiez un jour d'être parent ? (Transmettre le message que les projets peuvent

changer et que dans cette situation, il est souhaitable d'en parler au professionnel de santé pour se préparer au mieux.)

– Conclure en encourageant la personne à réfléchir à un éventuel projet conceptionnel et à ne pas hésiter à en parler à un professionnel de santé.

Que la personne ait ou non un projet conceptionnel, il lui est ensuite proposé une évaluation et une démarche d'amélioration de la santé physique, mentale, des habitudes de vie, et tout particulièrement des facteurs en faveur de la fertilité.

Évaluation de l'intérêt de la démarche

La recherche documentaire a identifié peu d'études qui ont évalué l'intérêt d'une démarche de type « *Reproductive Life Plan* » visant à révéler ou à initier une réflexion sur une intention de conception et son délai de concrétisation chez les personnes en âge de procréer.

Concernant les démarches destinées aux femmes en âge de procréer, une étude randomisée publiée en 2016 et une revue de synthèse de la littérature publiée en 2019 ont été identifiées.

Une démarche de type RPL a été implantée en Suède sur le modèle américain des CDC et une évaluation de ses effets a été réalisée auprès de 299 jeunes femmes d'une université {Tydén, 2016 #287}. Le groupe témoin bénéficiait du contenu habituel d'une consultation de contraception. Dans le groupe intervention, la démarche a été introduite au cours de consultations de contraception gratuites délivrées principalement par des sage-femmes. La consultation permettait, au cours d'un entretien semi-structuré, de susciter une réflexion sur le projet de grossesse et d'aborder la fertilité. Un livret est remis aux femmes à l'issue de la consultation avec des informations sur la fenêtre d'ovulation, les habitudes de vie favorables à la conception et à la grossesse et la prise d'acide folique. La question posée est de savoir si le RLP permettait de réfléchir à une intention de conception, au nombre d'enfants souhaité ou à la manière d'éviter une grossesse non souhaitée et de rechercher des pistes pour parvenir aux objectifs personnels de vie reproductive. Au bout de deux mois, les interviews menés par téléphone dans les deux groupes ont montré que les femmes du groupe intervention avaient une meilleure connaissance des mécanismes de la reproduction par rapport au groupe témoin, et elles déclaraient souhaiter avoir leur premier enfant plus tôt dans la vie. Neuf sur dix considéraient également comme plutôt ou très positif que la sage-femme ait initié la discussion sur le RLP, et une proportion équivalente estimait que les sage-femmes devraient discuter régulièrement du RLP avec leurs patientes. L'expérience a été poursuivie en population générale par des sage-femmes exerçant dans diverses régions de Suède. Après trois mois de mise en œuvre, 68 % des sage-femmes avaient utilisé le RLP (n = 53/68 dans 16 lieux de soins). Un livret d'information était utilisé soit au cours de la consultation ou remis à la femme pour compléter les informations reçues. Les 22 interviews menées ont révélé une expérience positive pour les sage-femmes tout en soulignant que cette approche nécessite tact et professionnalisme. Les sage-femmes ont considéré que le RLP représentait une réelle plus-value à la consultation de contraception grâce à la promotion d'actions favorables à la santé et à la motivation des femmes. Elles ont identifié un réel besoin d'informations sur la fertilité et considèrent que la consultation de contraception est une réelle opportunité de discussion du RPL. Cependant, les sage-femmes ont reconnu que le RLP ne pouvait pas toujours être priorisé dans la pratique clinique, et sa pertinence pour toutes les femmes pouvait se discuter. L'élargissement de la consultation au partenaire permettrait d'aider les couples à formuler ensemble leur projet conceptionnel, et à rechercher les moyens d'atteindre leurs objectifs en veillant à n'exercer ni pression, ni conformité aux attentes du professionnel de santé ou de la société.

Une revue de synthèse de la littérature a inclus 12 études publiées entre 2006 et 2017 afin d'évaluer les perceptions et l'acceptabilité du RLP par les femmes, l'amélioration de leurs connaissances et les modifications des comportements de santé après l'intervention {Hipp, 2019 #149}. Les résultats ont montré une réception positive du RLP, mais les données étaient limitées en ce qui concerne l'évolution des connaissances ou l'initiation des changements dans les comportements, ce qui ne permettait pas de conclure. Il est à souligner que les études sélectionnées variaient considérablement en termes de protocole, de taille des échantillons, de modalités de mesure des résultats. Deux études étaient des essais contrôlés randomisés, trois étaient des études quasi expérimentales, deux étaient des études transversales quantitatives, deux étaient des études à méthodes mixtes.

Concernant les hommes, une étude contrôlée randomisée publiée en 2018 a évalué si le RLP (plan de vie reproductive) utilisé dans le cadre d'une consultation de santé sexuelle en Suède pouvait accroître la sensibilisation des hommes à la fertilité {Bodin, 2018 #104}. Les hommes (n = 201 âgés de 18 à 50 ans) ont été inclus au cours de consultations pour des tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles entre 2014 et 2016. Tous les hommes ont reçu des soins standards, et les hommes du groupe d'intervention ont également reçu en face à face des informations orales et écrites sur le mode de vie et la fertilité (en particulier, le déclin de la fertilité avec l'âge chez la femme et la fréquence de l'infécondité involontaire causée par un facteur masculin). La connaissance de la fertilité et celle des facteurs liés au mode de vie étaient les principaux critères de jugement, mesurés au moyen d'un questionnaire avant l'intervention et d'une enquête téléphonique après trois mois. La perception des échanges a également été évaluée lors du suivi. Les résultats ont montré que la majorité des hommes (71 %) souhaitaient avoir des enfants dans l'avenir. La sensibilisation générale à la fertilité est passée d'un score moyen de 4,6 à 5,5 sur 12 ($p = 0,004$) dans le groupe intervention, ainsi que le nombre moyen de facteurs de mode de vie précis (qui pourraient affecter la fertilité) mentionnés est passé de 3,6 à 4,4 ($p < 0,001$). Il n'y a pas eu d'amélioration dans le groupe témoin. Parmi les hommes du groupe intervention, 76 % ont eu une expérience positive des échanges et 77 % ont reçu de nouvelles connaissances. Dans les deux groupes et en particulier dans le groupe témoin, plusieurs hommes ont commencé à parler de fertilité et de conception à des amis ou à des partenaires simplement après avoir rempli le questionnaire de base. Cette étude a montré qu'une intervention brève basée sur le RLP lors d'une visite de santé sexuelle peut sensibiliser les hommes à la santé reproductive et à la fertilité et rendre les hommes conscients de leurs intentions procréatives, mais aucune conclusion ne peut être tirée concernant les effets sur le comportement en faveur de la protection ou l'amélioration de la fertilité.

Le fait d'introduire une question sur l'intention de conception donne aux femmes et surtout aux hommes en âge de procréer l'occasion d'échanger sur leurs intentions et de recevoir des informations sur la fertilité, au cours notamment de consultations de santé sexuelle et reproductive (dépistage des infections sexuellement transmissibles, contraception).

1.17.1.3. Démarche PATH

La démarche PATH (*Parenthood/Pregnancy Attitude, Timing, and How important is pregnancy prevention*) est centrée sur la personne et conçue pour aider les professionnels de santé à engager des échanges avec les personnes sur leur santé sexuelle et reproductive. Elle peut être utilisée avec toutes les personnes, quelles que soient leurs caractéristiques socioculturelles.

Développée de manière itérative depuis la fin des années 2000 aux États-Unis, la démarche PATH est fondée sur les retours de nombreuses personnes concernées et de professionnels de santé[72] qui ont

[72] Client-Centered Reproductive Goals & Counseling Flow Chart

fait évoluer le modèle (dernière version actualisée datant de mars 2025). Nous n'avons pas retrouvé d'études mesurant l'efficacité de cette démarche.

Cette approche propose aux professionnels :

- d'utiliser une série de trois questions initiales pour engager le dialogue sur le projet conceptionnel, son délai de concrétisation, l'importance de prévenir une grossesse jusqu'au moment de la prise de décision :
  1. « Pensez-vous que vous pourriez vouloir avoir un enfant (ou plus d'enfants) à un moment donné ? »
  2. « Quand pensez-vous que cela pourrait être ? »
  3. « Quelle importance cela a-t-il pour vous de prévenir une grossesse (jusqu'à ce moment-là) ? » ;
- d'orienter la consultation en fonction des réponses de la personne concernée : répondre à toutes les questions sur la conception, la manière de se préparer pour une grossesse en bonne santé, discuter des options et du choix d'une méthode de contraception.

La démarche s'appuie sur des conseils concrets pour permettre aux professionnels de santé de mener les échanges, faciliter l'écoute, interagir de manière efficace avec toute personne en âge de procréer et mettre au premier plan leurs demandes et préférences. Elle soutient l'autonomie des personnes concernées et respecte leur décision concernant le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants ou d'être indécis.

Des questions pour les consultations de suivi sont également proposées :

- « Puisque vous avez dit _____, aimeriez-vous parler des façons de se préparer à une grossesse en bonne santé ? » ; « Comment cela se passerait-il pour vous ? » ; « Est-ce que cela vous est déjà arrivé auparavant ? » ; « Comment avez-vous vécu cela ? » ;
- « Avez-vous une idée de ce qui est important pour vous en matière de contraception ? »

La démarche PATH encourage également une évaluation réflexive chez les professionnels de santé en les encourageant à réfléchir à leurs propres représentations et attitudes.

Une démarche centrée sur l'acceptabilité d'une question centrale sur l'intention de conception introduite au cours de consultations de routine (tout motif) a été évaluée auprès d'une population de femmes âgées de plus de 16 ans et des professionnels de santé en Écosse {Brough, 2025 #251}. La question sur l'intention de conception a été posée à 56 femmes entre octobre et décembre 2024 et 68 % ont accepté de confier leurs opinions. À la fin de l'intervention à 3 mois, 6/9 professionnels de santé enrôlés (médecins généralistes, infirmiers, infirmier en pratique avancée) ont été interviewés. La plupart des femmes (92 %) ont estimé facile de discuter de l'intention de conception, se sont senties écoutées et soutenues (94 %). Les 6 professionnels ont estimé facile d'ouvrir la discussion sur le projet conceptionnel et de l'associer à la contraception mais ils ne savaient pas toujours à quel moment de la consultation introduire le sujet.

1.17.2. Démarches autonomes pour faciliter la réflexion sur l'intention de conception

En parallèle des démarches des sociétés savantes ou de groupes de professionnels de santé, plusieurs outils, destinés plutôt aux femmes, ont été développés, remis ou proposés en ligne sur internet, pour leur permettre de réfléchir, de se projeter dans un projet conceptionnel et d'aborder le sujet avec les professionnels de santé. Ces outils sont conçus pour une utilisation autonome, mais ils peuvent nécessiter une guidance par un professionnel de santé ou une association d'usagers.

L'***American College of Nurse-Midwives*** a proposé dès 2011 un document permettant principalement aux femmes de développer leur projet conceptionnel et l'a actualisé en 2023 {American College of Nurse-Midwives, 2023 #102}. Ce document s'appuie sur le *Reproductive Life Plan* (RLP) des CDC.

L'outil proposé définit le RLP comme un guide pour décider si et quand envisager librement de fonder une famille. Il précise son intérêt, que la personne veuille ou non un ou des enfants : se maintenir ou améliorer sa santé au cas où une grossesse serait souhaitée même dans le futur, envisager une contraception sûre si la personne n'est pas prête pour avoir un enfant. Il définit les étapes pour élaborer un RLP avec, en premier lieu, la clarification de la décision d'avoir des enfants ou de ne pas en avoir, puis deux listes de questions sont proposées en fonction de la décision. L'étape suivante est d'en parler avec son partenaire, sa famille, puis avec un professionnel de santé.

La structure du document est reprise ci-dessous.

Pourquoi est-il important de réfléchir à avoir ou ne pas avoir des enfants ?

Planifier à l'avance peut vous aider à éviter une grossesse lorsque vous ne souhaitez pas être enceinte et aussi à être en bonne santé si et quand vous décidez d'être enceinte. De nombreuses femmes ont au moins une grossesse dans leur vie, même si elle n'était pas planifiée. En fait, environ la moitié de toutes les grossesses ne sont pas planifiées. Être enceinte sans l'avoir prévu peut poser un problème, ou peut se transformer en un évènement heureux. Planifier une grossesse conduit à un meilleur déroulement des grossesses, à une meilleure santé pour les mères, l'enfant, le couple.

Je veux avoir des enfants. Quelles questions m'aideront à planifier cela ?

Voici des questions importantes à se poser si vous souhaitez avoir des enfants :

- Si j'ai des rapports sexuels ou lorsque je commence à en avoir, ai-je un plan pour prévenir une grossesse jusqu'à ce que je sois prêt(e) à avoir un bébé ? Suis-je capable de parler à quelqu'un des options de contraception ? À qui puis-je parler ?
- Combien d'enfants ai-je envie d'avoir ?
- Quand aimerais-je commencer à avoir des enfants ?
- Ai-je un partenaire et cette personne souhaite-t-elle avoir des enfants ? À quel âge veux-je avoir mon premier enfant ?
- Si je veux plus d'un enfant, à combien d'années d'intervalle souhaiterais-je que mes enfants naissent ?
- Si je veux essayer d'être enceinte bientôt, des problèmes de santé ou une prise de médicaments pourraient-ils m'affecter moi ou mon bébé ?
- Ai-je des antécédents familiaux de maladies ou de malformations congénitales dont je devrais parler avec mon professionnel de santé avant d'être enceinte ?
- Y a-t-il quelque chose dans ma vie qui rendrait ma grossesse stressante ?
- Ma vie est-elle stable et soutient-elle mon désir d'avoir des enfants ? Dois-je apporter des changements dans mes finances, mon emploi, mes relations ou toute autre chose qui m'aiderait à me préparer à être parent ?
- Si je suis enceinte avant d'être prête, que ferai-je ?

Je ne veux pas avoir d'enfants. Quelles questions pourraient m'aider à planifier cela ?

Voici quelques questions importantes à se poser si vous ne voulez pas avoir d'enfants :

- Si j'ai des rapports sexuels ou lorsque je commencerai à en avoir, ai-je un plan en place pour prévenir une grossesse ?
- Suis-je en mesure de parler avec quelqu'un des options de contraception ? Qui ?

– Si je suis enceinte, que ferai-je ? Que devrai-je faire ensuite ?

Après avoir réfléchi à ces questions importantes, parlez plus en détail de vos projets d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants avec votre partenaire, votre famille et votre professionnel de santé.

Un projet de vie reproductive est important et peut vous aider à avoir un bébé en bonne santé et une grossesse moins stressante si vous souhaitez avoir des enfants. Il peut aussi vous aider à éviter une grossesse non désirée si vous ne voulez pas avoir d'enfants.

Un autre outil inspiré du *Reproductive Life Plan* développé par les CDC aux États-Unis est cité à titre d'exemple. Non explicitement soutenu par une société savante, il a été développé par un centre de ressources intitulé *Best start* et repris par de nombreux États aux États-Unis et au Canada : AHS-Reproductive-Life-Plan-FINAL.pdf. Cet outil reprend les mêmes thèmes que ceux du RLP développé par les CDC. Il propose une question ouverte : « Avoir des enfants fait-il partie de vos objectifs de vie ? », qui renvoie ensuite vers des informations complémentaires et une orientation vers une consultation spécifique :

– « Je ne prévois pas d'enfants » : renvoi vers une information sur les méthodes de contraception ;
– « Je suis prête à avoir des enfants maintenant » : renvoi vers des informations sur la consultation préconceptionnelle et des informations sur la santé de la femme avant la grossesse, et sur la fertilité, notamment pour les hommes ;
– « Je prévois d'avoir des enfants un jour mais pas maintenant » : invitation à se questionner sur la santé physique, mentale, les habitudes de vie, l'état de santé actuel et sa prise en compte dans un projet futur de grossesse (facteurs de risque, maladie chronique, prise de médicaments), la santé sexuelle (prévention des IST, dépistage, traitements antérieurs), les facteurs susceptibles d'altérer la fertilité et la manière de la protéger.

1.17.3. Recommandations

Des démarches et des outils, proposés principalement aux femmes, permettant de poser une question clé pour aborder le projet conceptionnel ont été développés depuis les années 2000, principalement aux États-Unis. Quelques études ont montré qu'aborder ce sujet était acceptable du point de vue des personnes concernées et des professionnels, faisable en consultation. De l'avis du groupe de travail, ces démarches et outils, dont certains sont accessibles de manière autonome à toute personne en âge de procréer, femmes comme hommes, peuvent permettre au professionnel de santé d'ouvrir le dialogue sur le projet conceptionnel et son délai de concrétisation au moment le plus adéquat d'une consultation. Le professionnel de santé peut ensuite orienter la personne ou le couple vers une consultation dédiée dont le contenu dépend de la réponse à la question sur l'intention de conception.

Le fait d'introduire une question sur l'intention de conception donne aux femmes et aux hommes en âge de procréer l'occasion d'échanger sur leurs intentions, de recevoir des informations sur la fertilité et de pouvoir en parler avec leur partenaire. Une piste de recherche consistera à évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de telles démarches sur le territoire.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Poser une question clé aux hommes comme aux femmes pour aborder le projet conceptionnel

R 12. Après avoir recueilli l'accord de la ou les personnes concernées, l'intention conceptionnelle est abordée par une question clé dont la formulation peut être adaptée. Par exemple : « ***Pensez-vous vouloir un ou des enfants à un moment donné ?*** ».

Des questions complémentaires, dont la formulation peut être adaptée, permettent de personnaliser les échanges et d'orienter les personnes vers une consultation dédiée.

- « *Quand pensez-vous que cela pourrait être ? »*
- *« Est-ce important pour vous d'éviter la survenue d'une grossesse (jusqu'à ce moment-là) ? »*
- *« Avez-vous des questions sur votre fertilité ou des préoccupations dans ce domaine ? »*
- *« Avez-vous des difficultés à concevoir ? »*
- *« Avez-vous des questions ou des préoccupations sur votre santé en général ?* »

R 13. En fonction des réponses de la personne, le professionnel de santé oriente l'entretien vers une consultation dédiée et adaptée à sa situation (cf. Figure) :

- « santé sexuelle et contraception » : en l'absence de projet conceptionnel ou de projet différé ;
- « fertilité et santé globale » : en cas d'indécision ou de projet conceptionnel différé pouvant aussi donner suite à une consultation de contraception, jusqu'au moment de la mise en œuvre du projet conceptionnel ;
- « préconceptionnelle » : en cas de projet conceptionnel à court terme ;
- « exploration de difficultés à concevoir » : en cas de troubles sexuels ou de suspicion d'une infertilité.

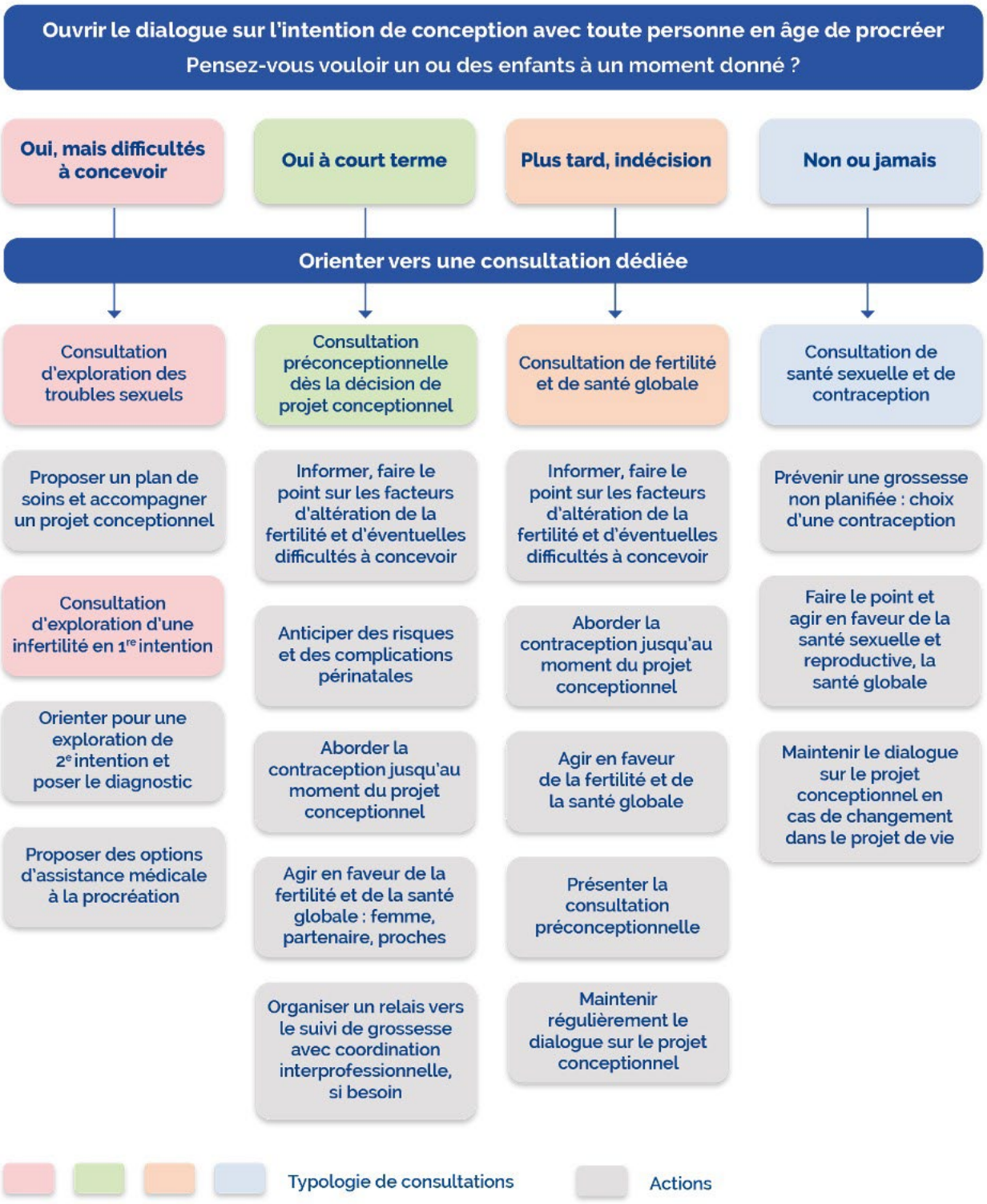

Figure 1. Orientation vers les différents types de consultations possibles à la suite d'un questionnement sur l'éventualité d'un projet conceptionnel

1.18. Quel contenu pour les consultations de santé reproductive ?

1.18.1. Consultation de santé sexuelle et de contraception en l'absence de projet conceptionnel ou de projet différé

Plusieurs recommandations internationales abordent la prévention d'une grossesse non planifiée et plus largement les facteurs modifiables en faveur de la santé périnatale et globale.

1.18.1.1. Contenu

En Afrique du Sud, une recommandation intitulée « *For Safe Conception and Infertility* », actualisée en 2020 par le *Department of Health, Government of South African* {*South African National Department of Health*, 2020 #59}, comprend un chapitre concernant la santé reproductive, les chapitres suivants sont consacrés à l'infertilité. Cette recommandation s'intéresse principalement aux femmes. Elle reconnaît l'importance de protéger la fertilité ainsi que de fournir des soins préconceptionnels, quelle que soit la décision concernant un projet conceptionnel.

Les femmes devraient être conseillées non seulement sur la prévention d'une grossesse non planifiée, mais aussi sur la manière de prévenir et d'intervenir sur les causes évitables de l'infertilité. Les professionnels de santé devraient profiter de chaque occasion pour identifier le risque d'infertilité chez les femmes et accompagner cette situation de manière appropriée. L'accompagnement spécifique des personnes ou couples séropositifs est précisé.

En Australie, des recommandations intitulées « *Pre-pregnancy Counselling* » ont été publiées en 2024 par le *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* (RANZCOG) et ont pour objectif principal de proposer aux femmes en âge de procréer des conseils de promotion de la santé, des dépistages des facteurs qui peuvent être modifiables avant la conception et des interventions de santé afin de réduire les facteurs de risque pouvant affecter les futures grossesses. Les recommandations précisent que les projets de vie et de carrière sont mieux établis avec la connaissance de l'impact de l'âge maternel sur les futurs projets conceptionnels {*Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2024 #153}. Le contenu proposé pour une consultation est le suivant :

- l'histoire reproductive : grossesses antérieures et tout évènement survenu ;
- l'exposition passée ou actuelle à des agents chimiques, une prise de médicaments tératogènes ;
- la nutrition, vitamines et minéraux, l'histoire pondérale passée et actuelle (obésité, maigreur et répercussions sur la santé) ;
- l'histoire personnelle et familiale, les caractéristiques génétiques : recherche de maladies héréditaires familiales à évaluer avant la grossesse, de mort-né inexpliqué, de consanguinité, origine de la personne et risques connus de transmission de maladies à l'enfant ;
- en cas de situation de migration : prévoir une évaluation complète de la situation et des antécédents, un examen physique et de l'état nutritionnel, un dépistage des maladies endémiques dans le pays d'origine et les pays traversés ;
- la consommation de substances psychoactives incluant l'alcool, le tabac, l'état buccodentaire ;
- les maladies chroniques et leurs traitements ;
- l'histoire psychologique et sociale : évaluation de tout trouble psychique et dépistage d'une situation de violence intrafamiliale ;
- l'immunisation, la mise à jour des vaccinations, le dépistage des IST ;

– une information sur la nécessité de prévoir une consultation dès que le projet conceptionnel se précise pour discuter de l'optimisation de la santé avant la grossesse et offrir des conseils au bon moment.

Au Canada, l'Agence de la santé publique a publié en 2017 des recommandations nationales pour les femmes qui ne prévoient pas de projet conceptionnel dans l'immédiat {Agence de la santé publique du Canada, 2019 #271}. Selon ces recommandations :

– toute personne en âge de procréer devrait bénéficier d'un accompagnement de son projet conceptionnel, qu'elle ait l'intention d'avoir des enfants ou non, ainsi que d'un accès facile aux informations et aux conseils sur la santé sexuelle et en matière de contraception, sensibiliser à la prise d'un supplément d'acide folique, conseils pour l'adoption d'un mode de vie sain avant la conception ;
– les femmes devraient connaître les options qui s'offrent à elles en ce qui concerne les méthodes efficaces de contraception (y compris de contraception orale d'urgence) et l'interruption volontaire de grossesse.

Aux États-Unis, l'*American Academy of Family Physician* (AAFP) a publié une mise au point toujours en vigueur (consultation du site internet en septembre 2025) {Wilkes, 2016 #95} qui insiste sur la nécessité d'aborder le projet conceptionnel avec les personnes en âge de procréer même si elles n'ont pas de projet conceptionnel sûr, et de réitérer la discussion car leur projet peut évoluer. Ces échanges sont l'occasion de prescrire de l'acide folique, d'aborder les problèmes de santé chez les hommes, comme le diabète, la dysfonction érectile et les affections testiculaires, qui peuvent affecter la fertilité, ainsi que les facteurs liés au mode de vie, y compris le tabagisme et les infections sexuellement transmissibles, qui peuvent avoir un impact direct sur la grossesse de leur partenaire.

Deux séries de recommandations portent spécifiquement sur les interventions à proposer en période préconceptionnelle d'une part chez les femmes, d'autre part chez les hommes.

– **Chez les femmes** : dépistage et optimisation des traitements pour d'éventuelles maladies chroniques : hypertension, diabète, dépression, anxiété ; prise de médicaments tératogènes ; en cas d'absence de projet conceptionnel à court terme, aborder la santé sexuelle et les méthodes de contraception, évaluation des antécédents familiaux, santé et génétique : âge maternel, santé du partenaire, histoire de la reproduction, prise d'acide folique à un dosage adapté, évaluation annuelle de l'immunisation, évaluation de la violence intrafamiliale passée ou présente, des consommations à risque (alcool, tabac, drogues), des infections sexuellement transmissibles, mesure de l'IMC et évaluation de la courbe pondérale (obésité, maigreur).
– **Chez les hommes** : méthodes de contraception utilisées dans le couple en cas d'absence de projet conceptionnel, évaluation des antécédents familiaux, santé et génétique, violence intrafamiliale débutée le cas échéant à l'adolescence : impact sur les relations sexuelles contraintes, le consentement, le respect au cours des relations sexuelles dans le couple, la compréhension des mécanismes de la reproduction et de la notion de projet conceptionnel, et en cas de projet conceptionnel, mener un entretien et réaliser un examen clinique à la recherche de facteurs susceptibles d'altérer la fertilité : évaluation des consommations à risque (alcool, tabac, drogues), des infections sexuellement transmissibles.

1.18.1.2. Recommandations

Les recommandations de bonne pratique internationales analysées préconisent de rechercher les préférences et celles du partenaire pour une méthode de contraception si la personne n'exprime n'avoir aucun projet conceptionnel dans l'immédiat et/ou dans le futur. Promouvoir à cette occasion la santé sexuelle et la santé globale est également souligné dans les recommandations, après évaluation des facteurs susceptibles d'altérer la fertilité et/ou la santé globale tant chez la femme que chez l'homme.

De l'avis du groupe de travail, les consultations de santé sexuelle et de contraception permettraient de répondre aux personnes ou couples qui n'ont pas de projet conceptionnel, tout en ouvrant un espace de dialogue sur l'intention de conception et la consultation préconceptionnelle le cas échéant (cf. volet 3). Cette intention pourrait être abordée à nouveau au moment du suivi et du renouvellement de la prescription d'une contraception, le projet de vie pouvant changer.

Il est proposé de demander à la personne concernée comment elle prévient une grossesse non planifiée et de lui proposer d'aborder les méthodes de contraception en s'appuyant sur les recommandations de la HAS « Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et interruption volontaire de grossesse[73] »).

Le groupe de travail souligne que le majeur protégé doit recevoir l'information, d'une manière adaptée à ses facultés de discernement, lui permettant de participer ainsi à la prise de décision le concernant[74]. Son consentement doit systématiquement être recherché[75] sur le choix de la méthode de contraception.

Cette recommandation élargit la consultation de contraception à d'autres thématiques et permet :

- de faire le point et d'agir en faveur de la santé sexuelle et de la santé globale ;
- de maintenir le dialogue sur un éventuel projet conceptionnel ;
- d'expliquer les objectifs de la consultation préconceptionnelle dès qu'un projet conceptionnel se précise (cf. Volet 3).

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Contenu pour la consultation de santé sexuelle et de contraception en l'absence de projet conceptionnel ou de projet différé

Prévenir une grossesse non planifiée

R 14. Si la personne n'a aucun projet conceptionnel ou diffère son projet, il est recommandé de proposer une consultation de santé sexuelle et de contraception pour aborder la prévention d'une grossesse non planifiée, ses préférences pour une méthode de contraception[76] le cas échéant.

- L'entretien recherche les antécédents personnels, familiaux et médicaux, les traitements en cours pour anticiper de possibles interactions médicamenteuses, l'historique de la contraception, et orienter le choix du mode de contraception. L'examen clinique et biologique permet de rechercher d'éventuelles contre-indications aux méthodes de contraception.
- La méthode de contraception choisie, réversible ou définitive, est celle qui est la plus adaptée à la situation de la personne.
- Le majeur protégé doit recevoir l'information, d'une manière adaptée à ses facultés de discernement, lui permettant de participer ainsi à la prise de décision le concernant[77]. Son consentement doit systématiquement être recherché[78] sur le choix de la méthode de contraception.
- Les consultations de suivi permettent de s'assurer de la pertinence de la méthode choisie et de la réévaluer.

Faire le point et agir en faveur de la santé sexuelle et de la santé globale

[73] Haute Autorité de santé – Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG)
[74] Article L. 1111-2 du Code de la santé publique.
[75] Article L. 1111-4 du Code de la santé publique.
[76] Haute Autorité de santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG)
[77] Article L 1111-2 du Code de la santé publique
[78] Article L 1111-4 du Code de la santé publique

R 15. Cette consultation permet d'aborder et d'accompagner la santé sexuelle : satisfaction ou difficultés dans la vie sexuelle et relationnelle, les situations de violences et de contraintes sexuelles, les troubles ou dysfonctionnements sexuels, le dépistage, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), la prévention des cancers du sein et du col de l'utérus [frottis cervico-utérin (FCU) avec examen cytologique ou test HPV et la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)].

R 16. Cette consultation permet également d'engager un dialogue sur la santé globale, et de programmer le cas échéant d'autres rendez-vous pour :

- évaluer de manière plus approfondie un sujet choisi conjointement (alimentation, activité physique, sédentarité, statut pondéral, trouble du comportement alimentaire, sommeil et rythmes de vie, santé psychique, stress, tabac, alcool et autres substances psychoactives, exposition à des facteurs environnementaux et/ou domestiques) ;
- valoriser les comportements en faveur de la santé reproductive et la santé globale et encourager leur maintien ou coconstruire le cas échéant un projet de soins préconceptionnels, mettre en œuvre des actions concrètes visant à modifier les comportements, proposer une orientation spécialisée si nécessaire ;
- proposer des ressources d'information (brochures, sites internet) fiables en lien avec les besoins et les attentes.

Maintenir le dialogue sur un éventuel projet conceptionnel

R 17. Il est préconisé de se montrer disponible pour maintenir le dialogue, encourager la ou les personnes concernées à échanger spontanément sur son/leur éventuelle intention de conception à l'occasion d'une prochaine consultation, son/leur projet de vie pouvant changer, de nouvelles questions ou nouveaux besoins d'accompagnement pouvant émerger.

R 18. L'intention de concevoir est réabordée régulièrement en utilisant la communication brève en santé sexuelle (CBS)[79]-[80]. Elle permet dans un temps de consultation limité :

- de demander : « Depuis la dernière consultation, « *avez-vous pu réfléchir à un projet de grossesse ?* » ou « Votre projet d'avoir ou non un enfant a-t-il changé ? » « *Avez-vous des questions sur votre fertilité ou des préoccupations dans ce domaine ?* » ;
- d'expliquer l'intérêt de planifier une consultation préconceptionnelle dès qu'un éventuel projet conceptionnel[81] se précise et/ou un souhait d'arrêt de la méthode de contraception ;
- de proposer des informations sur les options possibles de reproduction notamment l'autoconservation des gamètes non médicale si la personne concernée le souhaite (cf. Encadré 3).

Encadré 3. Autoconservation non médicale des gamètes

Depuis 2022, après une prise en charge médicale par l'équipe clinico-biologique pluridisciplinaire, une personne majeure peut bénéficier du recueil, du prélèvement et de la conservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la reproduction (AMP) (article L. 2141-12 du CSP).

Les conditions d'âge requises pour en bénéficier sont les suivantes :

[79]OMS. Communication brève relative à la sexualité (CBS). 2025. content

[80]Guide pratique. Aborder la santé sexuelle en médecine générale. Collège de la médecine générale. 2025. Kit-sante-sexuelle-Aborder-la-sante-sexuelle-en-consultation.pdf

[81]Renvoi vers la recommandation de bonne pratiques « Consultation préconceptionnelle » (volet 3, en cours d'élaboration)

– du 29e au 37e anniversaire pour les ovocytes ;
– et du 29e au 45e anniversaire pour les spermatozoïdes (article. R. 2141-37 du CSP).

Les gamètes autoconservés pourront être utilisés :

– jusqu'au 45e anniversaire pour la femme qui a vocation à porter l'enfant ;
– jusqu'au 60e anniversaire pour l'homme.

La personne concernée sera régulièrement consultée sur le devenir des gamètes conservés, à son bénéfice (article R. 2141-12 du CSP).

Des informations complémentaires et fiables, destinées aux usagères et usagers du système de santé, sont disponibles sur le site de l'Agence de la biomédecine (ABM) https://www.procreation-medicale.fr/

1.18.2. Consultation de fertilité et de santé globale en cas d'indécision ou de projet conceptionnel différé

Les recommandations internationales de bonne pratique n'abordent pas spécifiquement la période se situant en amont du projet de grossesse. Elles proposent une consultation préconceptionnelle qui comprend globalement le même contenu que celle proposée par la HAS en 2009. Mais cette consultation prend place dès qu'une personne ou un couple a pris la décision de conception, alors que l'entretien de fertilité et de santé globale, situé en amont d'un projet conceptionnel, permettrait de délivrer des informations et des messages de prévention personnalisés et d'agir précocement en faveur de la fertilité et de la santé globale.

1.18.2.1. Contenu

Cet entretien de fertilité et de santé globale n'est pas un bilan de fertilité qui estimerait les chances de grossesse naturelle.

L'analyse des recommandations de bonne pratique n'a pas permis de retrouver de propositions sur un éventuel bilan de fertilité à proposer en routine à des personnes en âge de procréer et en bonne santé, s'inquiétant de leur capacité à concevoir ou dans le but de planifier un éventuel projet conceptionnel.

Dans deux études prospectives, danoise {Hvidman, 2015 #117} et française {Abdennebi, 2022 #14}, les examens complémentaires représentaient un moyen pour les personnes en âge de procréer, avec ou sans projet conceptionnel immédiat, d'obtenir des informations, des conseils sur la fertilité et un traitement si nécessaire.

L'équipe danoise a mis en place en 2015 une offre gratuite dispensée par des médecins spécialistes de la reproduction, d'évaluation clinique complétée de manière expérimentale d'une mesure de l'hormone anti-müllérienne sérique et d'une échographie ovarienne et pelvienne chez les femmes, de l'analyse du sperme chez les hommes. Une évaluation des facteurs de risque pour la reproduction chez les femmes et les hommes et des conseils en matière de fertilité naturelle étaient également proposés (informations sur la fertilité, la durée de vie reproductive de la femme, conseils en faveur de la fertilité). Les femmes célibataires en particulier s'adressaient à cette équipe à un âge où leur fertilité était déjà en baisse {Hvidman, 2015 #117}. Du point de vue des auteurs, la première limite est de savoir avec quelle précision ce bilan de fertilité, réalisé à un moment donné, peut permettre de prévoir des difficultés ou des problèmes futurs de reproduction. La seconde limite réside dans le fait d'induire chez les personnes ou les couples une anxiété inutile par le biais de prédictions faussement positives et éventuellement une surprescription d'examens ou de traitement contraires au but initial qui est d'apporter

des conseils sur la fertilité. Des résultats faussement négatifs peuvent créer une fausse réassurance des personnes et entraîner le report des conceptions. Les auteurs soulignent qu'une prudence s'impose pour estimer la fertilité d'un homme à partir d'une seule analyse de sperme.

Fausse réassurance et anxiété sont également évoquées par les auteurs de l'étude française expérimentale qui a évalué l'intérêt d'un bilan de la fertilité féminine uniquement, fondé sur l'utilisation d'un examen d'imagerie échographique proposé à toutes les femmes, y compris celles qui n'ont pas de projets immédiats de grossesse. Les bénéfices pour toutes les femmes d'un bilan de fertilité ne sont pas clairement établis {Abdennebi, 2022 #14}.

L'entretien de fertilité et de santé globale permet de faire le point sur le manque de fiabilité des méthodes de prédiction de la période de fertilité et de la date d'ovulation.

Analyse des méthodes de prédiction de la période de fertilité et de la date d'ovulation

Aux États-Unis, un consensus d'experts issus du *Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) et du *Practice Committee of the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility* a publié en 2022 une actualisation des recommandations de 2013 visant à évaluer des pratiques qui peuvent améliorer la fertilité naturelle des hommes et des femmes qui n'ont pas d'histoire d'infertilité connue {Penzias, 2022 #273}. Les auteurs concluent qu'aucune méthode de prédiction de la fenêtre de fertilité (définie comme la période de 5 jours avant l'ovulation présumée et le jour de l'ovulation), voire de la date d'ovulation, n'est fiable. Le critère de jugement utilisé dans les études est la survenue d'une grossesse dans 80 % des cas dans les 6 mois suivant des relations sexuelles régulières et non protégées guidées par ces méthodes de prédiction.

Les méthodes de détection de la période de fertilité et de la date de l'ovulation et donc du moment approprié pour les relations sexuelles incluent diverses méthodes (changements dans la glaire cervicale, suivi de la courbe de température, test urinaire) dont aucune ne montre de supériorité par rapport à une autre pour la prédiction de l'intervalle de fécondité. Une étude publiée en 2006 et reprise par le consensus de l'ASRM {Colombo, 2006 #280} a suggéré que les rapports sexuels le jour où le volume de la glaire cervicale atteint son pic (décrite comme glissante et claire) auraient la plus forte probabilité d'aboutir à une grossesse, et les chances pourraient être bien plus faibles la veille et le lendemain de ce pic. Le volume du mucus cervical augmentait avec les concentrations plasmatiques d'œstrogènes au cours des 5 à 6 jours précédant l'ovulation et atteignait son pic entre 2 et 3 jours avant l'ovulation. Mais ce pic de glaire cervicale n'était pas une condition préalable à la survenue d'une grossesse.

Ce consensus américain {Penzias, 2022 #273} précise que l'âge a un impact sur le déclin de la fertilité mais n'a pas d'influence sur la fenêtre de fertilité (période d'ovulation). Il souligne également que les études concernant la fréquence des relations sexuelles sur les résultats en termes de grossesse étaient contradictoires. Certaines études montraient que des rapports sexuels quotidiens durant la fenêtre de fertilité confèrent un léger avantage en termes de conception, alors que d'autres études montraient que la fécondité était similaire en cas de relations sexuelles quotidiennes, ou tous les deux ou tous les trois jours dans la fenêtre de fertilité, mais était supérieure avec un seul rapport sexuel sur la période d'ovulation. En outre, la fenêtre de fertilité varie beaucoup d'une femme à l'autre, même en cas de cycles réguliers.

Les auteurs précisent que :

- la méthode du suivi de la courbe des températures avec ou sans application mobile est dépendante de la longueur du cycle et de sa variabilité naturelle. Elle ne peut pas être considérée comme fiable pour déterminer la fenêtre de fertilité. Cette méthode, tout comme l'observation de la glaire cervicale, peut cependant permettre à la femme de mieux connaître les caractéristiques de son propre cycle ;

- le recours à des méthodes de détection de la période de fertilité et de la date de l'ovulation peut être contraignant, représenter une source de stress pour les couples, voire *in fine* diminuer la satisfaction des relations sexuelles et leur fréquence ;
- le recours à des dispositifs de détection de l'ovulation au moyen de test dans les urines était corrélé à la diminution du délai de survenue d'une grossesse mais avec 7 % de faux positifs {Gibbons, 2023 #99} ;
- des idées reçues concernant des pratiques postcoïtales favorisant la fécondation sont sans fondement scientifique (position spécifique pour faciliter le transport du sperme ou éviter l'écoulement du sperme hors du vagin). L'utilisation de lubrifiants peut diminuer la fécondation par inhibition de la mobilité des spermatozoïdes. Les toilettes vaginales sont déconseillées.

La recommandation de bonne pratique « *Pre-pregnancy counselling* », publiée par le *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists* (RANZCOG) et actualisée en 2024 {*Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2024 #153}, ne recommande pas la détection d'une ovulation selon plusieurs méthodes chez une femme de moins de 40 ans : données insuffisantes dans la littérature pour recommander le suivi de la température corporelle ou l'observation des changements de la glaire cervicale (faible niveau de preuve) ; résultats contradictoires concernant l'utilisation de tests urinaires de détection de l'ovulation. Cette recommandation de bonne pratique fondée sur un consensus d'experts s'appuie sur une revue de synthèse de la littérature publiée en 2023 par la *Cochrane Library* {Gibbons, 2023 #99} qui avait pour objectif d'évaluer les avantages et les inconvénients des méthodes de prédiction de l'ovulation.

La revue de synthèse de la littérature avec méta-analyse et analyse en sous-groupes publiée par la *Cochrane Library* est une mise à jour d'une publication précédente {Gibbons, 2023 #99}. Sept études contrôlées randomisées ont inclus 2 464 participants : femmes ou couples essayant de concevoir et non diagnostiqués infertiles selon la définition de l'OMS, couples avec un diagnostic d'infertilité inexpliquée. Quatre des cinq études de la revue précédente ont été analysées dans cette mise à jour de janvier 2023, et trois nouvelles études ont été ajoutées.

Différentes méthodes de prédiction de l'ovulation pouvant être associées à des rapports sexuels programmés ont été évaluées dans cette revue : la mesure des hormones urinaires (hormone lutéinisante (LH) et œstrogène) grâce à des kits utilisables à domicile, les méthodes basées sur la formation (ou la sensibilisation) à la conscience de la fertilité (FABM – *Fertility Awareness-Based Methods*) avec le suivi de la courbe des températures corporelles de base (avec ou sans application), l'observation des changements de la glaire cervicale.

La qualité méthodologique des études était modérée à très faible, les principales limitations étant l'imprécision de la méthode, notamment l'absence ou le manque d'information sur la mise en aveugle des participants et des évaluateurs, ainsi que l'implication d'industriels dans certaines études. Les critères de jugement principaux étaient l'obtention d'une naissance vivante selon un délai variable et les évènements indésirables (comme la dépression et le stress). Les résultats secondaires comprenaient la grossesse diagnostiquée cliniquement, un test de grossesse urinaire positif non encore confirmé par échographie, le délai de conception et la qualité de vie. Les groupes « intervention » utilisaient soit une méthode de détection de l'ovulation dans les urines, soit la méthode FABS, associées à des rapports sexuels programmés. Les groupes « contrôle » recevaient une information sur la fertilité ou sur la fenêtre d'ovulation, ou poursuivaient les méthodes habituelles de détection de l'ovulation non évaluées dans cette revue. La durée des études variait de 2 à 8 cycles féminins ou de 12 mois.

- Test d'ovulation urinaire *versus* rapports sexuels sans prédiction de l'ovulation

Les résultats ont montré que chez les femmes de moins de 40 ans, qui ont tenté de concevoir pendant moins de 2 mois, l'utilisation de la détection de l'ovulation dans les urines semblait augmenter

légèrement les chances de naissance vivante (RR = 1,36 ; IC à 95 % : 1,02 à 1,81 ; n = 844) : cela signifiait que si les chances de naissance vivante étaient de 16 % sans cette méthode, elles variaient de 16 à 28 % avec son utilisation. La probabilité d'une grossesse clinique ou d'un test de grossesse urinaire positif, sans utilisation de méthodes de prédiction de l'ovulation, était de 18 %, alors que la probabilité après détection de l'ovulation par test urinaire associée à des apports sexuels programmés varierait de 20 % à 28 % avec un nombre de faux positifs de 7 % (RR = 1,28 ; IC à 95 % : 1,09 à 1,50 ; n = 2 202, qualité modérée des études). Les données de très faible qualité méthodologique n'ont pas permis de conclure que les rapports sexuels programmés avec détection urinaire de l'ovulation aient entraîné une différence en termes de stress par rapport à des rapports sexuels sans détection de l'ovulation.

– FABM *versus* rapports sexuels sans prédiction de l'ovulation

Les FABM avaient un très faible impact ou pas d'effet sur le taux de naissances vivantes, et sur le délai de conception. Aucune donnée n'a été fournie dans les études analysées sur le taux de grossesse. Quelles que soient les méthodes évaluées, la qualité de la littérature était de très faible qualité méthodologique. En raison d'une insuffisance de preuves, il n'a pas été possible de conclure à l'intérêt des rapports sexuels guidés par des FABM en comparaison avec des rapports sexuels sans méthode de détection de l'ovulation, en termes de taux de naissances vivantes (RR = 0,95 ; IC à 95 % : 0,76 à 1,20, I^2 = 0 %, 2 études, n = 157, études de faible qualité) ni sur le délai de conception.

L'impact des FABM sur le stress n'a pas pu être démontré DM = - 1,10 ; IC à 95 % : 3,88 à 1,68, 1 ECR, n = 183, étude de très faible qualité). De même, l'effet des rapports sexuels programmés à l'aide de méthodes FABM est incertain sur l'anxiété (DM = 0,5 ; IC à 95 % : 0,52 à 1,52 ; p = 0,33, 1 ECR, n = 183, étude de très faible qualité) ; sur la dépression (DM = 0,4 ; IC à 95 % : - 0,28 à 1,08 ; p = 0,25, 1 ECR, n = 183, étude de très faible qualité) ; ou la dysfonction érectile (DM = 1,2 ; IC à 95 % : - 0,38 à 2,78 ; p = 0,14 ; 1 ECR, n = 183, étude de très faible qualité). Les études étaient de qualité insuffisante pour identifier un bénéfice des rapports sexuels programmés utilisant les FABM sur la grossesse clinique (RR = 1,13 ; IC à 95 % : 0,31 à 4,07, 1 ECR, n = 17, étude de très faible qualité) ou sur les taux de tests de grossesse cliniques ou positifs (RR = 1,08 ; IC à 95 % : 0,89 à 1,30 ; 3 ECR, n = 262, études de très faible qualité). Enfin, il n'y a pas de certitude sur incidence sur le délai de grossesse des rapports sexuels programmés à l'aide des FABM (1 ECR, n = 140, données de faible qualité) ou sur la qualité de vie.

– Aucune étude n'a évalué le recours à des rapports sexuels programmés en comparaison avec l'échographie pelvienne

En synthèse, les nouvelles données présentées dans cette mise à jour de la revue Cochrane montraient que les rapports sexuels programmés à l'aide de tests d'ovulation urinaires pouvaient légèrement améliorer les taux de naissances vivantes et de grossesses (tests de grossesse cliniques ou urinaires positifs mais pas encore confirmés par échographie) chez les femmes de moins de 40 ans essayant de concevoir depuis moins de 12 mois, par rapport aux pratiques de rapports sexuels programmés sans détection urinaire de l'ovulation. Cependant, les données sont insuffisantes pour déterminer les effets des tests d'ovulation urinaires sur les évènements indésirables (stress), la grossesse clinique, le délai de conception et la qualité de vie. De même, en raison de données limitées, l'effet des FABM est incertain sur l'issue de la grossesse, les effets indésirables et la qualité de vie.

Les auteurs soulignaient deux éléments à prendre en compte dans l'analyse des résultats : la qualité globale des études qui était modérée à très faible (avec comme principales limites le petit nombre d'études incluses, la petite taille des effectifs), et le risque de biais, étant donné que de nombreuses études ont été financées par le fabricant du dispositif de prédiction de l'ovulation. Par conséquent, les résultats doivent être interprétés avec prudence, et de futures études sont à promouvoir.

Un manque de fiabilité et des problèmes de protection des données avec les logiciels installés sur les appareils électroniques à usage personnel ont été mis en évidence.

Le comité d'éthique de l'Inserm a montré que les applications (logiciels installés sur des appareils électroniques) manquaient de fiabilité pour prédire la période de fertilité et la date d'ovulation. Elles s'appuient sur le suivi menstruel fondé sur la date d'ovulation 14 jours après le début des règles. Ce paramètre est considéré comme peu fiable, car même les femmes avec des cycles très réguliers ont des jours d'ovulation variables. Des variations de durée de cycle de 7 jours et plus concernent la moitié de la population féminine. Ces applications soulèvent également des problèmes de protection des données personnelles des usagères {Vidal et Merchant, 2022 #296}.

L'entretien de fertilité et de santé globale permet d'aborder également les facteurs en faveur et la promotion de la santé globale

Plusieurs recommandations internationales s'inscrivent dans un objectif de promotion de la santé globale en abordant la fertilité.

Les recommandations « *For Safe Conception and Infertility* », actualisées en 2020 par le *Department of Health, Government of South African* {*South African National Department of Health*, 2020 #59}, proposent une évaluation des facteurs qui altèrent ou risquent d'altérer la fertilité. Des conseils pour les prévenir et améliorer la santé sont délivrés en cas de repérage d'une obésité ou d'une maigreur, de consommation d'alcool, de tabac, de caféine, de drogues illicites, d'exposition à des agents chimiques (pesticides, solvants, etc.). Font également partie des informations délivrées, le rôle de l'âge sur le déclin de la fertilité féminine et masculine, de la consommation de produits stéroïdiens anabolisants sur la fertilité masculine, les options possibles de procréation, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), l'information sur la prise d'acide folique dès le projet de grossesse.

Les recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada « Soins préconception. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales » {Agence de la santé publique du Canada, 2019 #271} proposent, si la personne ou le couple le permettent, un bilan des différents facteurs en lien avec la conception (facteurs individuels ayant des effets positifs ou négatifs sur la conception), ainsi que la recherche en commun de solutions pour protéger la fertilité, limiter le cas échéant les facteurs de risque pour la santé de la femme, du couple ou de l'enfant. Chacun des éléments de ce bilan doit être évalué de façon régulière avec chaque personne en âge de procréer.

Dans toutes les situations, l'Agence de la santé publique du Canada recommande d'informer les femmes en âge de procréer que la fécondité naturelle et les chances de succès de l'assistance médicale à la procréation diminuent avec l'âge.

Si la personne en âge de procréer bénéficie d'un suivi régulier par son médecin, le contenu de la consultation sera adapté en conséquence. En cas de suivi médical irrégulier ou de premier contact avec une femme en âge de procréer, le professionnel de santé lui proposera d'aborder l'ensemble des éléments suivants :

- établir des antécédents de procréation détaillés peut donner des indices sur de potentielles difficultés liées à la fécondité : antécédents menstruels, utilisation de contraceptifs, infections transmissibles sexuellement par le passé ou actuellement, et frottis, avortements spontanés récurrents, affections durant les grossesses précédentes, comme l'hypertension artérielle liée à la grossesse ou le diabète gestationnel, résultats des grossesses précédentes, comme les naissances

prématurées, la prééclampsie, le travail prématuré et le retard de croissance fœtale, antécédents génétiques et familiaux ;
- évaluer les risques environnementaux généraux avec effets sur la reproduction ;
- dépister un surpoids et une obésité, évaluer la nutrition, le niveau d'activité physique, la consommation d'alcool, de tabac, de substances psychoactives, et accompagner les modifications des habitudes de vie pour améliorer la fécondité ;
- discuter du profil d'innocuité des médicaments avec toutes les femmes en âge de procréer ;
- une partie des grossesses n'étant pas planifiée, proposer d'aborder les méthodes de contraception et en cas de maladies chroniques ou de traitement médicamenteux au long cours, envisager la nécessité d'adapter le traitement si une grossesse est prévue ;
- évaluer la santé buccodentaire et traiter parodontopathies et caries ;
- évaluer le statut vaccinal, dépister et traiter les IST ;
- repérer les situations de vulnérabilité, en particulier les violences dans le couple, les abus, la maltraitance ;
- repérer les troubles psychiques actuels ou passés (anxiété, dépression, troubles du comportement alimentaire), le sommeil, les risques d'une prise de médicaments et accompagner ;
- pratiquer un examen clinique, mesurer l'IMC, s'assurer de la réalisation des dépistages des cancers (sein, col de l'utérus), dépister une IST, une excision/mutilation génitale féminine et ses conséquences sur la sexualité (être conscient de la sensibilité physique accrue de la région périnéale ; éviter tout commentaire blessant ou manquant de tact pendant l'examen), mener d'autres examens cliniques ou complémentaires en fonction du jugement clinique.

1.18.2.2. Recommandations

Le groupe de travail suggère de définir l'entretien de fertilité et de santé globale, de le distinguer de la consultation préconceptionnelle dédiée à toute personne ou tout couple qui a un projet de grossesse à court terme, d'expliquer son contenu et l'inutilité des bilans dits de fertilité qui ne permettent pas d'estimer les chances de grossesse.

De l'avis du groupe de travail, un entretien de fertilité et de santé globale est une consultation fondée sur l'écoute et l'échange, la délivrance d'informations et de messages de prévention personnalisés. Elle est proposée aux personnes en âge de procréer, seules ou en couple, qu'elles aient ou non un projet conceptionnel, qu'elles soient indécises ou ambivalentes. Elle doit permettre un premier repérage des préoccupations relatives à la fertilité, des facteurs de risque d'altération de la fertilité et d'éventuelles difficultés à concevoir. Elle peut aussi donner suite à une consultation de contraception jusqu'au moment de la mise en œuvre du projet conceptionnel, ou à une consultation d'exploration d'une infertilité.

Cette consultation de fertilité et de santé globale ne comprend pas de bilans de fertilité hors du contexte d'une infertilité, car ils ne sont pas pertinents et ont des limites.

Le groupe de travail propose que cette consultation puisse être proposée en téléconsultation ou en télésoin pour faciliter son accessibilité. Le professionnel médical peut néanmoins estimer que la téléconsultation ou le télésoin ne sont pas adaptés à la situation clinique. Les consultations suivantes pourront être dispensées à distance, en respectant les critères établis par la HAS pour le déroulement et la conclusion à placer dans le dossier médical partagé (DMP) sous la forme d'une synthèse avec l'accord de la personne concernée.

Les objectifs de la consultation de fertilité et de santé globale définis par le groupe de travail sont les suivants :

- d'informer, faire le point sur les facteurs d'altération de la fertilité ;
- de faire le point sur la compréhension des mécanismes de la reproduction et de la fertilité ;
- d'informer sur les limites des méthodes de prédiction de l'ovulation ;
- de repérer les difficultés en santé sexuelle et les difficultés à concevoir ;
- d'agir en faveur de la fertilité et de la santé globale ;
- de présenter l'intérêt de la consultation préconceptionnelle en cas de projet conceptionnel ;
- de proposer une synthèse et des modalités de suivi ;
- de maintenir le dialogue sur l'intention de conception régulièrement.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Définition et objectifs

R 19. La consultation de fertilité et de santé globale est proposée par un professionnel de santé à toutes les personnes en âge de procréer, seules ou en couple, qu'elles soient déterminées, indécises, ambivalentes sur leur intention de concevoir.

Cette consultation de fertilité et de santé globale peut être demandée spontanément par toute personne en âge de procréer qui exprime :

- des préoccupations sur sa fertilité ou sa capacité à concevoir ;
- un besoin d'informations sur les facteurs en faveur de la fertilité, les facteurs qui l'altèrent ;
- une intention de donner naissance à un enfant à moyen ou long terme ;
- un souhait d'autoconservation non médicale des gamètes (ovocytes ou spermatozoïdes).

R 20. La consultation de fertilité et de santé globale doit permettre un premier repérage des préoccupations relatives à la fertilité, des facteurs de risque d'altération de la fertilité et d'éventuelles difficultés à concevoir. Elle peut aussi orienter vers une consultation de contraception, jusqu'au moment de la mise en œuvre du projet conceptionnel, ou à une consultation d'exploration d'une infertilité.

R 21. Cette consultation est fondée sur l'écoute et l'échange, la délivrance d'informations et de messages de prévention personnalisés.

- Aucun examen n'est requis dans le cadre de cette consultation **:** clinique, gynécologique, andrologique, ni examen complémentaire biologique, ni imagerie médicale.
- En fonction de l'entretien et de l'identification d'antécédents et/ou d'une exposition ou de facteurs de risque pour la fertilité et la santé globale, il est recommandé de proposer un examen clinique à la personne concernée.

Limites et non pertinence des bilans de fertilité hors contexte d'infertilité

R 22. Les bilans « dits de fertilité » comportant des examens biologiques, notamment le dosage de l'hormone anti-müllérienne (AMH), un spermogramme, des examens d'imagerie médicale, ne sont pas recommandés. Ils ne permettent ni de garantir une fertilité assurée dans le temps, ni d'estimer la probabilité de grossesse spontanée. Seule la répétition des tentatives de fécondation naturelle spontanée permet de savoir si les partenaires sont féconds.

- Le résultat de ces examens, valable à un moment donné, peut entraîner une anxiété inutile ou des traitements inappropriés, voire au contraire une fausse réassurance qui conduit à un report du projet conceptionnel sur la base d'un pronostic de chance de grossesse peu fiable. Ces limites doivent être expliquées aux personnes qui en font la demande ou qui en ont connaissance.

– Ces examens ont en revanche leur place dans la recherche des causes d'une infertilité (cf. Recommandation de bonne pratique intitulée « Infertilité : exploration en 1re intention ») ou dans un parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP).

Conditions de mise en œuvre

R 23. Cette consultation longue et dédiée peut être conduite en soins primaires par un professionnel de santé formé à celle-ci.

R 24. La consultation est proposée préférentiellement en présentiel, mais peut être réalisée par téléconsultation[82] ou par télésoin[83].

Le professionnel médical peut néanmoins estimer que la téléconsultation ou le télésoin ne sont pas adaptés à la situation clinique (notamment, relation entre la personne et le professionnel insuffisamment établie, absence de suivi régulier de l'état de santé, examen physique nécessaire, difficultés de la personne à communiquer à distance et à utiliser les outils informatiques).

Les consultations suivantes pourront être dispensées à distance, en respectant les critères établis par la HAS pour le déroulement et la conclusion à placer dans le dossier médical partagé (DMP) sous la forme d'une synthèse avec l'accord de la personne concernée.

Structuration et contenu

Informer, faire le point sur les facteurs d'altération de la fertilité

R 25. Le professionnel de santé informe et échange des informations sur le déclin de la fertilité avec l'âge tant chez l'homme que chez la femme. Il aborde les facteurs susceptibles d'altérer la fertilité masculine et féminine et sur lesquels il est possible d'agir en partant des demandes de la personne concernée (cf. Encadré 4).

Encadré 4. Facteurs individuels susceptibles d'altérer la fertilité (détails dans l'Annexe 1)

L'âge est la première cause du déclin physiologique de la fertilité féminine et masculine

– Avec l'âge, la probabilité de concevoir naturellement diminue et le délai de conception s'allonge.
– Chez la femme : diminution de la réserve ovarienne à partir de 35 ans et davantage après 40 ans, augmentation de la fréquence des aneuploïdies avec l'âge du fait du vieillissement des ovocytes et de l'altération de leur qualité.
– Chez l'homme : diminution du nombre de spermatozoïdes produits, de leur mobilité et apparition de formes anormales dès l'âge de 30 à 35 ans et davantage après 55 ans, augmentation avec l'âge paternel de la fréquence des mutations génétiques de novo dans les cellules reproductrices masculines.

D'autres facteurs individuels sont susceptibles d'altérer la fertilité masculine et/ou féminine ou d'entraîner des complications durant la période périnatale chez la mère et/ou l'enfant

➔ La réversibilité des facteurs individuels d'altération de la fertilité peut être totale, partielle ou absente. Elle dépend des caractéristiques de l'exposition (nature du facteur, intensité, durée de l'exposition) et est variable chez l'homme et la femme.

➔ Il n'existe pas de données fiables qui permettent de définir actuellement le délai de réversibilité après la fin d'une exposition.

[82] Haute Autorité de santé - Téléconsultation et téléexpertise - Guide de bonnes pratiques
[83] Haute Autorité de Santé - Télésoin – Les bonnes pratiques

Facteurs comportementaux

– Consommations à risque : tabac, alcool, substances psychoactives.
– Alimentation : déséquilibrée, sans variété, ultra-transformée.

Facteurs médicaux

– Infections génitales masculines ou féminines sexuellement transmissibles (IST) ou non.
– Surpoids, obésité, maigreur.
– Certains traitements médicamenteux, dont ceux avec un risque gonadotoxique, tératogène ou potentiellement délétère sur le développement de l'embryon, du fœtus ou l'enfant selon la période d'exposition.
– Caractéristiques génétiques individuelles ou familiales.

Facteurs environnementaux dont les expositions domestiques et professionnelles

– Agents physiques, chimiques, métaux.

Facteurs psychosociaux

Sommeil et rythmes de vie, usage des écrans (réduction du temps de sommeil, négligence d'activités de loisirs, conflit avec l'entourage), santé psychique (stress, anxiété, dépression), trouble des comportements alimentaires (TCA), violence, contrainte sexuelle ou reproductive, vulnérabilité sociale, précarité, difficultés d'accès aux soins ou aux droits (difficultés à prendre soin de sa santé).

Faire le point sur la compréhension des mécanismes de la reproduction et de la fertilité

R 26. Le professionnel de santé s'assure de la compréhension et de l'appropriation des mécanismes de la reproduction, des caractéristiques du cycle, du moment où la femme est censée être la plus fertile[84]. Il délivre à la demande de la personne des éléments généraux de compréhension de la physiologie et des mécanismes de la reproduction.

R 27. Les pratiques postcoïtales censées favoriser la fécondation (comme prendre une position spécifique pour faciliter le transport du sperme ou éviter l'écoulement du sperme hors du vagin) sont sans fondement scientifique. L'utilisation de lubrifiants peut diminuer la fécondation par inhibition de la mobilité des spermatozoïdes. Les toilettes vaginales sont déconseillées.

Informer sur les limites des méthodes de prédiction de l'ovulation

R 28. Les méthodes d'identification de la période d'ovulation ou de la date précise de l'ovulation (notamment les tests mesurant la concentration urinaire de l'hormone lutéinisante, le suivi de la température corporelle et les applications qui s'appuient sur le suivi menstruel : logiciels installés sur des appareils électroniques) manquent de fiabilité et ne peuvent pas être recommandées pour prédire l'ovulation et guider les rapports sexuels.

Ces applications soulèvent par ailleurs des problèmes de protection des données personnelles.

Repérer les difficultés en santé sexuelle et les difficultés à concevoir

R 29. Au cours de l'entretien, le professionnel :

[84] Par exemple : Comprendre la conception et la grossesse https://questionsexualite.fr/ - Santé.fr : le site du Service Public d'information en santé https://www.sante.fr/

- recherche des difficultés à vivre des relations sexuelles satisfaisantes et sans contraintes, une situation de violence conjugale ou intrafamiliale[85], une pression familiale, explorer au moyen d'un outil de repérage, proposer en fonction de la situation un accompagnement médical, psychologique, social, judiciaire, juridique[86] (cf. Chapitre 14.4.1 Exploration de troubles ou dysfonctionnement sexuels) ;
- identifie des difficultés à concevoir, une situation ou des facteurs de risque d'infertilité qu'il convient d'explorer (cf. Chapitre 1.4.4.2 Exploration d'une situation d'infertilité en 1re intention).

Agir en faveur de la fertilité et de la santé globale

R 30. Le professionnel de santé propose d'accompagner la personne de manière graduée en fonction des besoins identifiés. Ce professionnel :

- évalue avec la personne ou le couple leur exposition individuelle à des facteurs d'altération de la fertilité (cf. Annexe 1) ;
- valorise les comportements en faveur de la santé reproductive et globale et encourage leur maintien ;
- délivre des messages de prévention personnalisés et envisage avec eux des actions concrètes en faveur de la fertilité et de la santé globale, ainsi que des mesures permettant de limiter les expositions à des facteurs environnementaux (cf. Annexe 1) ;
- explique les modalités d'autoconservation non médicale des gamètes pour une utilisation ultérieure si la personne le souhaite (cf. Encadré 3) ;
- identifie le besoin d'actions éducatives ciblées, coconstruit avec la personne concernée le projet de soins préconceptionnels mis en œuvre par l'équipe de soins primaires ;
- oriente, si besoin, vers un professionnel ou une équipe spécialisée pour approfondir l'évaluation et proposer des interventions adaptées, par exemple : addictologie, soin psychique, parcours de soins pour une situation d'obésité, suivi d'une maladie chronique ;
- oriente si nécessaire vers le service de prévention et de santé au travail, un centre régional de pathologie professionnelle et environnementale (CRPPE), une plateforme PRÉVENIR[87], des ressources mobilisables sur le plan social et matériel, etc.

Présenter l'intérêt de la consultation préconceptionnelle en cas de projet conceptionnel exprimé

R 31. Le professionnel de santé :

- informe sur l'intérêt de la consultation préconceptionnelle et de sa planification dès la décision de projet conceptionnel (cf. 1.4.3 Consultation préconceptionnelle, recommandation en cours d'élaboration) ;
- aborde la prévention d'une grossesse non planifiée (méthode de contraception) jusqu'au moment où la personne, les partenaires seront prêts à concevoir (cf. 1.4.1. Consultation de santé sexuelle et de contraception) ;
- explique le cas échéant les modalités d'autoconservation non médicale des gamètes pour une utilisation ultérieure.

[85] Haute Autorité de santé Haute Autorité de Santé - Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

[86] Haute Autorité de santé outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf

[87] Réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse. Réseau des centres PRÉVENIR – Des experts hospitaliers pour l'amélioration de la santé reproductive

Proposer une synthèse et des modalités de suivi

R 32. Une synthèse est élaborée avec la personne ou le couple, elle comprend les éléments suivants :

- le résultat succinct de l'évaluation des facteurs en faveur de la fertilité et de la santé globale, et de l'exposition à des facteurs susceptibles d'altérer la fertilité ;
- les comportements en faveur de la santé reproductive et la santé globale et l'encouragement de leur maintien ou la co-construction le cas échéant d'un projet de soins préconceptionnels, les actions concrètes coconstruites et priorisées pour agir en faveur de la fertilité et de la santé globale ;
- le besoin d'approfondir l'évaluation en cas de repérage d'un problème de santé, de difficultés à concevoir et l'orientation proposée par le médecin ou la sage-femme ;
- les modalités de suivi envisagées avec la ou les personnes concernées : par le professionnel de santé qui a mené l'entretien ou celui qui suit habituellement leur santé ;
- la remise de documents d'information[88], l'orientation vers des ressources fiables[89] à consulter pour améliorer les connaissances ; susciter ou initier une réflexion sur le projet conceptionnel et son délai de concrétisation et permettre d'en parler avec son partenaire.

Maintenir le dialogue sur l'intention de conception régulièrement

R 33. Le professionnel de santé, notamment le médecin ou la sage-femme qui suit habituellement la personne, se montre disponible pour maintenir le dialogue sur un éventuel projet à l'occasion d'une prochaine consultation, le projet de vie pouvant changer ou de nouvelles questions pouvant émerger. L'intention de concevoir peut être réabordée en utilisant la communication brève en santé sexuelle (CBS)[90] [91] en s'appuyant par exemple sur une question :« Depuis la dernière consultation, « avez-vous pu réfléchir à un projet de grossesse ? » ou « Votre projet d'avoir ou non un enfant a-t-il changé depuis la dernière consultation ? »

1.18.3. Consultation préconceptionnelle dès le projet de grossesse

Si la personne, son ou sa partenaire ont un projet conceptionnel et envisagent une grossesse dans un avenir proche, leur proposer une consultation préconceptionnelle destinée à les placer dans un environnement favorable à leur fertilité et leur santé globale et celle de l'enfant à naître, au déroulement de la grossesse et à la prévention d'éventuelles complications périnatales (cf. Volet 3. Consultation préconceptionnelle en cours d'élaboration).

R 34. Si la personne ou les partenaires ont un projet conceptionnel à court terme, leur proposer une consultation préconceptionnelle destinée à les placer dans les meilleures conditions pour le déroulement de la grossesse et la santé de l'enfant (se reporter au volet 3 des recommandations de bonne pratique intitulé « Consultation préconceptionnelle », en cours d'élaboration).

[88]Haute Autorité de santé. Document pour les usagers et usagères (à paraître en 2026).

[89]Le service public d'information en santé Ma fertilité | Santé.fr

[90] OMS. Communication brève relative à la sexualité (CBS). 2025. content

[91] Guide pratique. Aborder la santé sexuelle en médecine générale. Collège de la médecine générale. 2025. Kit-sante-sexuelle-Aborder-la-sante-sexuelle-en-consultation.pdf

1.18.4. Consultation d'exploration de troubles sexuels ou de suspicion d'une infertilité

1.18.4.1. Repérage

Des difficultés à concevoir peuvent être exprimées par les personnes concernées ou identifiées par les professionnels de santé. Ces difficultés recouvrent diverses situations qui ne doivent pas être confondues avec une situation d'infertilité avant d'être explorées.

Selon la classification internationale des maladies[92], les troubles sexuels ou dysfonctions sexuelles sont des syndromes qui regroupent les différentes difficultés à vivre des relations sexuelles satisfaisantes et non contraintes chez les adultes. La réponse sexuelle est une interaction complexe de processus psychologiques, interpersonnels, sociaux, culturels et physiologiques et un ou plusieurs de ces facteurs peuvent affecter n'importe quelle étape de cette réponse. Pour être considérée comme une dysfonction sexuelle, celle-ci doit : 1) se produire fréquemment, même si elle peut être absente à certaines occasions ; 2) être présente depuis au moins plusieurs mois ; et 3) être associée à une souffrance cliniquement significative.

Des facteurs psychologiques ou relationnels peuvent être à l'origine de difficultés à concevoir. Les troubles sexuels avec douleurs font partie également des affections liées à la santé sexuelle.

L'enquête « Contexte des sexualités en France » (CSF) de 2006 {Rahib et Moreau, 20216#} avait permis d'identifier des troubles sexuels chez les 18-24 ans, où dominaient le manque de désir et les difficultés orgasmiques chez les femmes, ainsi que l'éjaculation prématurée chez les hommes. L'enquête déclarative CSF, menée entre novembre 2022 et novembre 2023, a actualisé les données de prévalence des dysfonctions chez les personnes vivant en France hexagonale (Corse incluse) et sur la manière dont cela affecte la sexualité et la satisfaction sexuelle {ANRS maladies infectieuses émergentes, 2024 #264}.

L'échantillon de l'enquête de 2022-2023 était représentatif et les modalités de sélection étaient explicitées. La population d'étude finale comprenait 9 118/21 259 personnes âgées de 18 à 89 ans et sexuellement actives dans l'année.

Les dysfonctions sexuelles ont été définies à partir d'un ensemble de questions, issues de l'enquête précédente en 2006) explorant les troubles du désir, la dyspareunie et le manque de plaisir chez tous les répondants, ainsi que la sécheresse vaginale chez les femmes et les troubles de l'érection et de l'éjaculation chez les hommes. Des indicateurs sociodémographiques ont été utilisés pour explorer ces dysfonctions. Ne sont rapportés ici que les résultats des analyses stratifiées de 18 à 49 ans.

Les résultats ont montré que les femmes déclaraient globalement davantage de troubles que les hommes, et que ces troubles entraînaient chez elles davantage de détresse. La fréquence des dysfonctions sexuelles déclarées était chez les hommes de 19,1 % chez les 18-29 ans ; 19,3 % chez les 30-39 ans ; 18,2 % chez les 40-49 ans, et chez les femmes de 33,2 % chez les 18-29 ans ; 32,1 % chez les 30-39 ans ; 29,8 % chez les 40-49 ans. Les dysfonctions sexuelles étaient plus souvent source de détresse chez les femmes que chez les hommes, respectivement 20,7 % *versus* 5 % chez les 18-29 ans ; 20,3 % *versus* 7 % chez les 30-39 ans ; et 18,4 % *versus* 10 % chez les 40-49 ans.

- Chez les hommes, les symptômes de dysfonctions sexuelles par fréquence étaient les suivants : difficulté à atteindre l'orgasme (9 % chez les 18-29 ans ; 6 % chez les 30-39 ans ; 8 % chez les 40-49 ans) ; insuffisance de désir (8 % chez les 18-29 ans ; 7 % chez les 30-39 ans ; 10 % chez les 40-49 ans) ; insuffisance de plaisir (6 % chez les 18-29 ans ; 7 % chez les 30-39 ans et les 40-

[92] Classification internationale des maladies ICD-11

49 ans) ; trouble de l'érection (3 % chez les 18-29 ans ; 4 % chez les 30-39 ans ; 7 % chez les 40-49 ans) ; rapports douloureux (3 % chez les 18-29 ans ; 61 % chez les 30-39 ans et les 40-49 ans).

- Chez les femmes, les symptômes de dysfonctions sexuelles par fréquence étaient les suivants : difficulté à atteindre l'orgasme (24 % chez les 18-29 ans ; 21 % chez les 30-39 ans et les 40-49 ans) ; insuffisance de désir (19 % chez les 18-29 ans ; 21 % chez les 30-39 ans et les 40-49 ans) ; rapports douloureux (16 % chez les 18-29 ans ; 10 % chez les 30-39 ans et les 40-49 ans) ; sécheresse vaginale (16 % chez les 18-29 ans ; 27 % chez les 30-39 ans ; 17 % chez les 40-49 ans).

Les auteurs ont souligné que les dysfonctions sexuelles restaient inégalement abordées par les praticiens alors que l'intégration de la prise en charge des dysfonctions sexuelles dans une approche globale de la santé est une nécessité en raison des liens étroits entre santé sexuelle et santé générale.

Selon les recommandations de l'AFU et de la SALF concernant l'évaluation de l'homme infertile, les troubles ou des dysfonctionnements de la fonction et des pratiques sexuelles peuvent être à l'origine de difficultés à concevoir. Dans ces situations, les éléments suivants sont à explorer {Huyghe, 2021 #64} :

- chez les partenaires : le contexte relationnel, l'impact des troubles sexuels sur la relation entre les partenaires, la fréquence et la satisfaction lors des rapports sexuels, les difficultés rencontrées lors des rapports ;
- chez le partenaire masculin : la fonction érectile, les troubles de l'éjaculation, les troubles de l'orgasme, une dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels), des troubles de la libido ;
- chez la partenaire féminine : des dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels, en lien notamment avec l'endométriose), un vaginisme, des troubles du désir, des troubles de lubrification, des troubles de l'orgasme.

1.18.4.2. Recommandations

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

R 35. Les difficultés à concevoir doivent être repérées précocement et explorées à l'occasion des consultations en soins primaires. Ces difficultés peuvent être exprimées sous la forme de tentatives de conception infructueuses, de préoccupations autour d'un délai de conception qui semble long du point de vue des personnes, de difficultés à vivre des relations sexuelles satisfaisantes.

R 36. Une consultation d'exploration de difficultés à concevoir peut orienter vers une consultation d'exploration d'une infertilité en 1re intention.

1.18.4.3. Explorer une dysfonction sexuelle

Toute dysfonction sexuelle masculine et féminine est évaluée avec la ou les personnes concernées afin d'envisager des soins et un accompagnement, adaptés à leur situation et à leurs demandes.

L'expression de difficultés à concevoir nécessite une attention, une écoute et une compréhension approfondies. L'entretien doit être mené avec tact pour explorer la situation.

Les échanges entre le professionnel de santé et la ou les personnes concernées sont primordiaux. Des guides d'entretien peuvent être utilisés en complément de l'entretien, du recueil des antécédents, de la recherche de causes organiques (neurologique, hormonale, cardiovasculaire, fonctionnelle, médicamenteuse) et de l'appréciation du contexte psychosocial (sécurité affective, situation de violence) dans lequel la personne vit sa sexualité, d'un examen clinique ou pour faciliter le dialogue {Giuliano, 2013 #225}.

Des questionnaires ont été développés pour permettre aux médecins d'identifier et de diagnostiquer une dysfonction sexuelle tant masculine que féminine, mais sont également une aide pour la personne concernée afin qu'elle puisse parler de sa sexualité avec un professionnel de santé. Ces questionnaires validés, rédigés en langue anglaise lors de leur conception ont été traduits et validés en français. Ils sont également utilisés pour mesurer les effets des traitements {Giuliano, 2013 #225}.

Chez l'homme, le questionnaire qui a été très largement utilisé est l'*International Index of Erectile Function* (IIEF). Une de ses principales limites est qu'il s'intéresse surtout à la fonction érectile et peu au désir, à l'orgasme et à l'éjaculation. L'IIEF comprend 15 questions qui recouvrent l'exploration de cinq domaines : l'érection (Q1-Q5, Q15), l'orgasme (Q9-10), le désir (Q11,12), la satisfaction vis-à-vis du rapport sexuel (Q6-Q8) et la satisfaction globale (Q13-14). Les réponses à chaque question correspondent à l'expérience du patient durant les quatre dernières semaines utilisant une échelle de Likert à cinq points (1-5), les scores les plus faibles indiquant une dysfonction sexuelle plus sévère. Pour les hommes ayant une relation stable avec une partenaire et ne rapportant aucune activité sexuelle, la valeur « 0 » est attribuée correspondant au degré le plus sévère de dysfonction. Le score d'un domaine érection, orgasme, désir, satisfaction vis-à-vis du rapport sexuel et satisfaction globale est obtenu en additionnant les scores de réponse à chaque question du domaine.

Les recommandations de la HAS « Obésité de l'adulte. Prise en charge médicale » (2024) stipulent que le poids a un impact sur la sexualité des hommes. Chez ceux en situation d'obésité, des dysfonctions érectiles sont rapportées deux fois et demie plus souvent {Haute Autorité de santé et Fédération française de nutrition, 2024 #295}.

Chez la femme, le *Brief Index of Sexual Functioning for Women* (BISF-W) comprend 22 questions permettant d'explorer sept dimensions de la sexualité féminine : le désir, l'excitation, la fréquence de l'activité sexuelle, la réceptivité, le plaisir et l'orgasme, la satisfaction relationnelle, les problèmes eu égard à la sexualité. L'addition des scores de réponses à l'ensemble de ces domaines permet l'obtention d'un score composite. Le *Female Sexual Function Index* (FSFI) est un instrument largement utilisé. Il comporte 19 questions qui recouvrent les domaines suivants : désir (Q1, Q2), excitation (Q3-Q6), lubrification (Q7-Q10), orgasme (Q11-Q13), satisfaction (Q14-Q16), douleur (Q17-Q19). Un score FSFI total de 26,55 a été proposé comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle, le score maximal étant de 36.

1.18.4.4. Accompagner une dysfonction érectile

Les recommandations de l'Association française d'urologie (AFU) et de la Société francophone de médecine sexuelle (SFMS) dans la prise en charge de la dysfonction érectile (2024) actualisent les recommandations antérieures de l'AFU {Huyghe, 2025 #226}. Ces recommandations précisent que la prise en charge de la dysfonction érectile doit être personnalisée et que le mode de vie et l'alimentation font partie intégrante de la prise en charge après une décision partagée avec le patient. Une activité physique régulière améliorerait la fonction érectile, tels que des exercices aérobiques, d'intensité modérée à élevée, pendant 150-180 minutes par semaine (grade B). La fonction érectile serait également améliorée par l'arrêt tabagique, l'arrêt de la consommation excessive d'alcool (grade B) et également l'arrêt du cannabis et l'adoption d'un régime alimentaire méditerranéen (grade C). Ces recommandations placent l'équilibre alimentaire et le changement du mode vie en traitement de première intention dans la prise en charge thérapeutique de la dysfonction érectile, et en complément des traitements médicamenteux, mécaniques et/ou chirurgicaux.

Les recommandations de l'Association européenne d'urologie (EAU) concernant la santé sexuelle et reproductive précisent que le dialogue médecin-patient est essentiel tout au long de la prise en charge de la dysfonction érectile. Ces recommandations soulignent que les changements de mode de vie

peuvent conduire à une amélioration de la dysfonction érectile dans des populations spécifiques et préconisent fortement : d'initier les changements de mode de vie et de modifier les facteurs de risque avant ou en même temps que le traitement de la dysfonction érectile ; d'orienter le patient vers une approche psychologique lorsque cela est indiqué (inclure le partenaire) en la combinant à un traitement médical afin de maximiser les résultats du traitement {*European Association of Urology*, 2024 #63}.

Au total, la fonction érectile peut être améliorée en première intention en complément d'un traitement médicamenteux si indiqué, grâce à un accompagnement visant à améliorer l'équilibre alimentaire, augmenter le niveau d'activité physique, accompagner l'arrêt des consommations à risque (tabac, alcool, substances psychoactives), proposer une approche psychologique (partenaire inclus) si indiqué.

Chez les partenaires, un dépistage précoce de la dépression permet d'identifier les problèmes psychologiques, d'en prévenir l'évolution et d'améliorer l'efficacité thérapeutique. Pour les personnes concernées, il s'agit d'une occasion d'améliorer la qualité de la vie intime et de réduire le stress lié à la dysfonction érectile notamment, aux troubles de la libido.

1.18.4.5. Accompagner une dysfonction sexuelle féminine

Selon l'ACOG {, 2019 #231}, la dysfonction sexuelle féminine englobe diverses conditions caractérisées par une souffrance personnelle signalée dans un ou plusieurs des domaines suivants : désir, excitation, orgasme ou douleur.

Bien que la dysfonction sexuelle féminine soit relativement fréquente, les femmes ont peu de possibilités d'en parler à leurs professionnels de santé à moins qu'on ne leur pose la question. Il semble que de nombreux professionnels de santé se sentent mal à l'aise lorsqu'ils posent la question des pratiques sexuelles pour diverses raisons, notamment un manque de connaissances et de formation adéquates en matière de diagnostic et de prise en charge, un temps clinique insuffisant pour aborder le sujet, et une sous-estimation de la prévalence des dysfonctions sexuelles féminines.

1.18.4.6. Recommandations

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Exploration de troubles ou dysfonctions sexuelles

Selon la classification internationale des maladies (CIM-11)[93], les troubles sexuels ou dysfonctions sexuelles sont des syndromes qui regroupent les différentes difficultés à vivre des relations sexuelles satisfaisantes et sans contraintes chez les adultes. La réponse sexuelle est une interaction complexe de processus psychologiques, interpersonnels, sociaux, culturels et physiologiques, et un ou plusieurs de ces facteurs peuvent affecter n'importe quelle étape de cette réponse.

R 37. Pour poser un diagnostic de troubles sexuels ou dysfonctions sexuelles, il est préconisé d'écouter et de mener avec tact l'entretien avec les partenaires, ensemble s'ils sont d'accord et/ou séparément.

- Pour être considérée comme une dysfonction sexuelle, la CIM-11 précise que celle-ci doit : 1) se produire fréquemment, même si elle peut être absente à certaines occasions ; 2) être présente depuis au moins plusieurs mois ; et 3) être associée à une souffrance cliniquement significative. Des facteurs psychologiques ou relationnels peuvent être à l'origine de difficultés à concevoir. Les troubles sexuels avec douleurs font partie également des affections liées à la santé sexuelle.
- Les informations qu'il est recommandé de recueillir sont précisées dans l'encadré 5.

[93] Classification internationale des maladies ICD-11

– R 38. En cas de besoin d'une exploration plus approfondie des troubles sexuels, orienter vers un praticien spécialisé (androlologue, urologue, gynécologue, endocrinologue, professionnel de santé avec une compétence attestée en sexologie) et mettre en place un plan de soins personnalisé, adapté aux causes identifiées.

Encadré 5. Troubles ou dysfonctions sexuelles : données à recueillir

Chez les partenaires :

– la fréquence et la durée des troubles, les douleurs éventuellement associées aux relations sexuelles, le retentissement psychologique ;
– le contexte relationnel, l'impact des troubles sexuels sur la relation entre les partenaires, la fréquence, la régularité des rapports sexuels et la satisfaction des partenaires, les difficultés rencontrées lors des rapports, la prise de substances psychoactives accompagnant les pratiques sexuelles ;
– les antécédents périnataux (arrêt de grossesse, deuil périnatal, etc.) ;
– les facteurs modifiables en lien avec les troubles sexuels ou les dysfonctions sexuelles : stress professionnel et/ou personnel, troubles anxieux, dépression, troubles du sommeil, insuffisance d'activité physique, déséquilibre de l'alimentation ;
– différentes pathologies pouvant être associées à un trouble ou une dysfonction sexuelle sont à rechercher, notamment : diabète et autres maladies chroniques, obésité, apnée du sommeil, déséquilibres hormonaux, douleurs chroniques, situation de handicap moteur ou neurologique.

Chez l'homme : recueil de données sur la fonction érectile, des troubles de l'éjaculation, des troubles du désir, des troubles de l'orgasme, une dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels), des troubles de la libido, des situations de violence et de contraintes sexuelles.

Chez la femme : recueil de données sur des dyspareunies (pouvant être en lien notamment avec une endométriose), un vaginisme, des troubles du désir, des troubles de lubrification, des troubles de l'orgasme, des situations de violence et de contraintes sexuelles ou reproductives.

R 39. Un accompagnement psychologique doit être proposé en cas de retentissement émotionnel ou à la demande d'un ou des partenaires. Ce besoin d'accompagnement, qui peut être différent entre les partenaires, peut améliorer la qualité de la vie intime et réduire le stress lié aux troubles sexuels, et améliorer la qualité de vie globale.

R 40. Les consultations de suivi doivent permettre de s'assurer de l'amélioration des difficultés, réajuster le plan de soins personnalisé si besoin, et accompagner le projet conceptionnel.

1.18.5. Explorer une infertilité en 1re intention en soins primaires

Si une infertilité est suspectée : se reporter au volet 2 intitulé « Infertilité : exploration en première intention ».

1.19. Porter attention aux situations de vulnérabilité

Le groupe de travail souligne que les situations de vulnérabilité, notamment psychologique, sociale, de précarité, de handicap peuvent placer les personnes concernées dans une difficulté à protéger leur santé, comme décrit aux chapitres 1.6 et 1.7. Une attention toute particulière doit être portée au repérage et à l'accompagnement le plus souvent pluridisciplinaire de ces situations.

1.19.1. Recommandations sur le repérage d'une situation de vulnérabilité

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Les personnes en situation de vulnérabilité, notamment psychologique, sociale ou de précarité, de handicap, peuvent avoir plus de difficultés à protéger leur santé. Les troubles de santé mentale, les antécédents psychiatriques, les épisodes dépressifs ou anxieux, les violences subies, les deuils périnataux sont associés à des difficultés ou des complications en période périnatale.

R 41. Toute situation de vulnérabilité doit être repérée dès la période préconceptionnelle et une proposition d'accompagnement pluridisciplinaire avec des temps d'échanges réguliers dans l'équipe, ainsi qu'une mise en lien avec des associations d'usagers du système de santé dans le champ concerné doivent être faites aux personnes concernées par ces situations.

1.19.2. Recommandations concernant la vulnérabilité psychique

R 42. Le repérage des facteurs de vulnérabilité psychique doit se faire dans un cadre bienveillant, respectueux de l'autonomie et de la subjectivité des personnes. Les consultations proposées dans le cadre du dialogue sur le projet conceptionnel sont des espaces de dialogue permettant d'accueillir les ambivalences, les doutes ou l'absence de projet de grossesse, et d'inscrire les soins préconceptionnels dans une perspective psychique et relationnelle autant que biologique. Il est préconisé :

- d'inclure systématiquement une évaluation succincte de la santé mentale lors des entretiens préconceptionnels (détresse, épisodes dépressifs ou anxieux, antécédents de troubles psychiatriques, violences subies, deuils périnataux antérieurs, isolement social, etc.)[94] [95] ;
- d'identifier les ressources relationnelles (présence d'une famille, d'amis, d'un environnement attentif) dont les personnes disposent ou non ;
- d'encourager le développement de relations de confiance avec les professionnels de santé, nécessitant la délivrance d'informations suffisantes et en retour permettant la possibilité de prendre des décisions éclairées ;
- d'assurer la possibilité, lorsque la situation le nécessite ou à la demande des personnes concernées, d'une orientation vers un professionnel du soin psychique ou un dispositif d'écoute spécialisé (lignes d'écoute nationales thématiques, professionnelles et confidentielles[96], réseau de périnatalité, associations d'usagers) ;
- de promouvoir un travail interdisciplinaire entre médecins, sages-femmes, psychologues et travailleurs sociaux ;
- de renforcer la formation des professionnels de santé sur les vulnérabilités psychiques en période préconceptionnelle.

1.19.3. Recommandations concernant la vulnérabilité sociale, la précarité, les situations de violence, l'accès aux soins

Une intention de conception exprimée par une personne ou un couple se trouvant dans une situation de vulnérabilité doit être soutenue autant que possible. Toute personne devrait pouvoir avoir accès à des conditions de vie en faveur de son projet par un accompagnement adapté.

[94] Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, 2017.
[95] Haute Autorité de santé. 2022. Haute Autorité de santé – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
[95] Haute Autorité de santé. 2022. outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf
[96] Les lignes d'écoute – Psycom – Santé Mentale Info

R 43. Le repérage et l'accompagnement des situations de vulnérabilité doivent tenir compte des singularités de chaque personne ou couple concerné, de ses ressources personnelles, de la qualité des relations entre les partenaires et avec l'entourage, de ses parcours et son histoire de vie. Il est préconisé, dès la période préconceptionnelle avec le support éventuel des travailleurs sociaux :

- de faire appel si nécessaire à un accompagnant ou à un médiateur en santé[97] ou à un interprète[98] ;
- d'évaluer les facteurs de vulnérabilité sociale, de précarité, les situations de violences, de contraintes sexuelles et reproductives sous forme de questions libres ou en s'aidant de grilles de dépistage ou d'auto-questionnaires[99] [100] ;
- de s'assurer que les besoins primaires (hébergement, alimentation, accès à l'eau et hygiène) sont satisfaits ;
- de s'assurer de l'accès aux soins et de l'ouverture des droits sociaux ;
- d'identifier les informations[101] et ressources mobilisables par les personnes concernées sur le plan social (soutien familial et ressources aidantes) et matériel (alimentation, logement décent, expositions environnementale et domestique délétères à la santé, etc.), leurs attentes et demandes ;
- de mobiliser les ressources professionnelles locales et territoriales disponibles en s'appuyant sur les travailleurs sociaux[102] (par exemple, maison des solidarités – MSD territoriales ; associations spécialisées dans l'accompagnement des violences ; associations d'accès à l'alimentation ; associations spécialisées dans le droit des étrangers notamment).

1.20. Projet conceptionnel chez une personne ou un couple en situation de handicap

Le droit commun s'applique à toutes les situations spécifiques développées dans ce travail auxquelles s'ajoutent des dispositifs ou bonnes pratiques spécifiques visant à répondre aux besoins et accompagner les personnes concernées.

Un projet conceptionnel exprimé par toute personne ou tout couple en situation de handicap, que celle-ci concerne l'un ou l'autre des partenaires ou les deux, doit être accueilli et écouté sans préjugés.

Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant (loi n° 2005-102 du 11 février 2005).

Les situations de handicap sont multiples, pas toujours visibles, et peuvent être aussi la conséquence d'une maladie chronique. Plus ou moins sévères, ponctuels, transitoires ou permanents, la loi reconnaît 5 grands types de handicaps qui peuvent parfois se cumuler :

- les handicaps sensoriels sont les plus répandus (déficience auditive et déficience visuelle) ;
- les handicaps moteurs ou les déficiences motrices sont les mieux identifiés. Il faut distinguer les troubles moteurs d'origine neurologique (MNM, BM, CP, autres pathologies neurologiques) et les troubles moteurs par agénésie ou amputation d'un ou des membres inférieurs ou supérieurs ainsi

[97] Haute Autorité de santé – La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins

[98] Haute Autorité de santé – Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé

[99] Haute Autorité de santé. 2024. Recommandations et fiches pratiques Haute Autorité de santé – Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal

[100] Comment prendre en compte la situation sociale des patients en médecine générale ? ISS-CMG-Synthese-octobre-2022.pdf

[101] Centres d'appels et de contact – Annuaire | Service public

[102] Ressources : Centre communal d'action sociale (CCAS) ; Accueil | France services (france-services.gouv.fr) ; Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) Les permanences d'accès aux soins de santé – PASS – Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

que les personnes de petite taille, comme l'achondroplasie nécessitant pour certaines personnes une aide technique, qui contribuent à l'autonomie et à l'amélioration de la qualité de vie, y compris pour répondre à un besoin lié à l'exercice de la parentalité[103] ;

- les troubles du neurodéveloppement (TND) comprennent le trouble du spectre de l'autisme (TSA), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble du développement intellectuel (TDI) ;
- le handicap psychique est la conséquence d'une maladie psychique (phobie, anxiété généralisée, peur panique, agoraphobie, trouble obsessionnel compulsif (TOC), bipolarité...). Il peut être durable ou épisodique ;
- le handicap cognitif n'implique pas forcément de déficience intellectuelle mais entraîne des difficultés à mobiliser ses capacités, notamment en cas de maladies neurologiques ou neuro-évolutives avec des troubles de l'attention, des troubles de la mémoire, des troubles de l'adaptation au changement, des troubles du langage, des troubles des identifications perceptives (gnosies) et des troubles des gestes (praxies).

1.20.1. Avoir des enfants : un droit fondamental

Le droit à la parentalité est un droit fondamental et universel de la personne humaine. La Convention internationale des droits des personnes handicapées, ratifiée par la France, rappelle que les personnes en situation de handicap ont le droit de se marier, de fonder une famille et d'avoir des enfants.

La vie intime, affective et sexuelle (VIAS) est une composante de la dignité humaine qui est une des libertés fondamentales ainsi qu'une dimension essentielle du bien-être et de l'existence humaine, et ce, bien au-delà des questions liées à la reproduction ou aux pratiques sexuelles {Haute Autorité de santé, 2025 #292}.

Le droit et les libertés fondamentales de toute personne en situation de handicap ou avec une littératie faible, qu'il s'agisse de vie intime, affective et sexuelle ou de conception ou de pratiques sexuelles, peuvent parfois être niés, perçus comme inexistants ou associés à des risques ou des dangers pour la personne, le couple, l'enfant.

Cette perception et ces représentations présentes dans la société, mais aussi dans le milieu soignant génèrent des postures, des attitudes et des comportements pouvant restreindre l'expression de l'intention de conception, son accompagnement et son éventuelle concrétisation, l'expression des besoins affectifs et sexuels, la prévention des violences sexistes et sexuelles.

L'accès à l'information, l'expression du consentement et l'autonomie chez les personnes en situation de handicap (PSH) nécessitent des réponses adaptées. Les professionnels peuvent faire état d'un sentiment d'illégitimité à aborder la question de la parentalité ou exprimer un besoin de formation et/ou de mise en lien avec des professionnels et équipes qui ont développé une expertise dans le domaine.

1.20.2. Vécu psychique et projet conceptionnel

Du point de vue des personnes concernées par une situation de handicap, le vécu psychique du handicap influe fortement sur le projet conceptionnel : estime de soi, sentiment de compétence, peur du jugement social. Ces dimensions subjectives nécessitent un accompagnement spécifique, articulant soutien psychologique et soutien à la parentalité.

Importance de différencier incapacité et incompétence parentale

[103] Code de l'action sociale et des familles (art. D. 245-10).

Les termes incompétence et incapacité parentale sont souvent employés de manière interchangeable dans les rapports médicaux, sociaux ou judiciaires. Or, cette confusion produit des effets cliniques et éthiques graves : elle tend à « pathologiser » ou à disqualifier des parents vulnérables sans distinguer les difficultés contextuelles, chroniques, évolutives et symboliques de la parentalité et d'une impossibilité structurelle à exercer la fonction parentale {Bonneville-Baruchel, 2023 #297}.

L'incompétence parentale peut être définie comme une insuffisance dans la mise en œuvre des fonctions parentales, c'est-à-dire des capacités à contenir, symboliser, transmettre, protéger et représenter psychiquement l'enfant. Il s'agit :

- d'un trouble fonctionnel : la fonction parentale est perturbée, entravée ou insuffisamment intégrée ;
- d'un phénomène contextuel : lié à un moment de crise (traumatisme, deuil, dépression, désorganisation de couple, isolement, précarité, handicap…) ;
- d'un processus évolutif : l'incompétence parentale peut être réversible, sous réserve d'un accompagnement adéquat, d'un soutien psychologique, d'un environnement facilitant.

Autrement dit, l'incompétence parentale n'est pas une inaptitude définitive mais un état de désorganisation de la parentalité dans un contexte donné. La reconnaissance de cette incompétence fonctionnelle et transitoire est un levier d'aide, non de stigmatisation : elle permet de penser la suppléance institutionnelle temporaire, le soutien éducatif et thérapeutique et la restauration de la fonction parentale plutôt que sa confiscation.

L'incapacité parentale est quant à elle une impossibilité structurelle, durable et juridiquement reconnue, du fait :

- d'une altération majeure des facultés mentales (psychose grave non stabilisée, déficience intellectuelle profonde, pathologie neuro-évolutive sévère) ;
- ou de conditions de vie qui rendent matériellement impossible l'exercice du soin et de la protection de l'enfant, malgré les aides disponibles.

Sur le plan juridique, l'incapacité parentale peut fonder une mesure de protection de l'enfant (action éducative en milieu ouvert (AEMO), placement, délégation d'autorité parentale, tutelle d'État). Sur le plan clinique, elle se caractérise par l'impossibilité de symboliser la place de l'enfant, de se différencier de l'enfant ou d'assurer la continuité affective minimale nécessaire à son développement.

L'incapacité parentale n'est pas un échec de compétences mais une impossibilité psychique de soutenir la différenciation et la transmission.

Chez les personnes en situation de handicap, cette distinction entre incapacité et incompétence parentale est capitale :

- le handicap, qu'il soit moteur, sensoriel, intellectuel, neurodéveloppemental ou psychique n'implique pas systématiquement une incapacité parentale ;
- certaines situations peuvent relever d'une incompétence parentale contextuelle (fatigabilité, isolement, méconnaissance des besoins du nourrisson), relevant d'un accompagnement renforcé et non d'une exclusion du projet parental ;
- seules les situations où la fonction symbolique parentale est gravement atteinte (absence de différenciation, confusion identitaire, désorganisation psychotique sévère) justifient d'évoquer une incapacité parentale, qui ne sera parfois que transitoire.

1.20.3. Accompagner l'expression d'une intention de conception

L'expression d'une intention de conception exprimée par toute personne ou tout couple en âge de procréer en situation de handicap (l'un ou l'autre des partenaires ou les deux) doit être écoutée sans

jugement, ni disqualification. À cette occasion, l'impact du handicap sur la fécondité doit être abordé avec la ou les personnes concernées, ainsi que les possibilités de concevoir, les représentations du rôle parental et les alternatives de parentalité le cas échéant.

Selon les déficiences, les troubles affectant la fertilité peuvent être :

- primaires avec une atteinte de l'appareil génital ou de la fonction sexuelle avec un problème d'érection, d'éjaculation chez l'homme et d'érection du clitoris, de lubrification vaginale chez la femme ;
- secondaires avec une gêne pour les relations sexuelles, par exemple une spasticité des adducteurs, des tremblements, des troubles urinaires, une dysfonction érectile, des troubles de l'éjaculation, de la lubrification vaginale, surtout dans les atteintes de la moelle épinière, des troubles de la fonction sexuelle en lien avec certains médicaments ;
- tertiaires, de nature psychosociale avec des conséquences sur l'image de soi, la désirabilité, le vécu psychique, des possibilités restreintes de rencontrer l'autre du fait des limitations d'activité ou de vie en société, du regard de jugement, de disqualification, d'infantilisation porté par la société.

Une évaluation approfondie de la situation des personnes blessées médullaires dès l'expression d'une intention de conception

L'ACOG, dans des recommandations intitulées « *Obstetric Management of Patients with Spinal Cord Injuries* » {, 2020 #191}, propose que les femmes blessées médullaires, comme toutes les autres femmes, bénéficient d'une évaluation dès qu'elles expriment un projet de grossesse, afin d'anticiper certaines difficultés sur le plan somatique ou psychique ou des besoins d'adaptation après l'accouchement. La préparation de la grossesse se réalise avec une équipe pluriprofessionnelle.

Chez l'homme blessé médullaire, les possibilités de vie sexuelle et de projet conceptionnel doivent être évoquées très précocement. L'altération de la qualité du sperme est multifactorielle, combinant des perturbations neuro-hormonales, des facteurs locaux et des complications secondaires. Les complications andrologiques des lésions médullaires, dysfonction érectile, troubles de l'éjaculation, affectent la fertilité et nécessitent une prise en charge {Association française d'urologie et Agence de la biomédecine, 2025 #192}.

Un accompagnement des situations de handicap intellectuel pour la prévention des grossesses non planifiées et l'accompagnement de la grossesse

Peu de recommandations ont été publiées à l'international concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap intellectuel. Une recommandation australienne intitulée « *Reproductive health for women with an intellectual disability* », publiée en 2021 en Australie, a été identifiée {*Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2021 #151}. Elle a pour objectif de définir des bonnes pratiques en matière d'aide à la prise de décision chez les femmes en situation de handicap intellectuel (sans précision de son origine) en s'assurant que l'information est présentée de manière à leur permettre de prendre des décisions qui les concernent, notamment :

- le choix d'une méthode contraceptive réversible (implants contraceptifs à action prolongée ou systèmes intra-utérin), et de préférence aux options chirurgicales irréversibles qui sont considérées comme des violences pour toute femme qui n'a pas choisi cette option de manière éclairée ;
- les besoins d'accompagnement par des professionnels ou une équipe expérimentée pour le déroulement d'une éventuelle grossesse, l'accouchement et la période postnatale, ou une interruption de grossesse.

La prévention de l'exposition à des comportements sexuels à risque (rapports non protégés, moindre utilisation de la contraception chez les femmes, faible communication avec le ou la partenaire sur les pratiques à moindre risque) est à accompagner {Houtrow, 2021 #177} {Institut national de la santé et de la recherche médicale et Krebs, 2017 #270}.

En France, le majeur protégé doit recevoir l'information, d'une manière adaptée à ses facultés de discernement, lui permettant de participer ainsi à la prise de décision le concernant[104]. Son consentement doit systématiquement être recherché[105] sur le choix de la méthode de contraception.

Si la situation de handicap survient à la naissance ou dans l'enfance, un accompagnement dès la puberté et lors de la période de transition enfant/adulte est à prévoir pour y aborder la santé sexuelle et reproductive, les méthodes de contraception, la prévention des IST et des situations de violence, le suivi gynécologique ou andrologique.

Du point de vue du groupe de travail, quelle que soit la situation de handicap, une intention de grossesse qui ne peut se concrétiser nécessite une écoute et une compréhension approfondie avec l'aide des professionnels qui suivent habituellement la personne ou le couple et la proposition d'un soutien d'un psychologue si la personne ou le couple l'acceptent.

1.20.4. Utiliser des modalités de communication et des dispositifs adaptés et inclusifs en fonction des besoins

Des supports adaptés facilitent l'information, les échanges, la communication, l'expression des besoins quand ils sont adaptés à la maturité et aux capacités des personnes, par exemple :

- la communication alternative et augmentée (CAA) non assistée (langue des signes française (LSF), expressions faciales, postures corporelles, etc.) ;
- la CAA assistée (pictogrammes, photolangage, PECS[106], FALC[107], synthèse vocale, livre audio, bandes dessinées pour comprendre la santé avec des images et des mots simples[108]) ;
- le braille ;
- la mobilisation des TIC[109] (internet, téléphones portables, etc.) et des plateformes en ligne ;
- des outils pédagogiques variés (PowerPoint, plateformes d'apprentissage ludiques, questionnaires à choix multiples (QCM), podcasts, ateliers collectifs, etc.) ;
- et toute autre modalité jugée pertinente pour rendre accessibles les informations proposées.

Les difficultés d'accès aux soins de suivi gynécologique et obstétrical ont été montrées en France dans un travail sur le parcours de soins gynécologiques de femmes atteintes d'un handicap moteur, sensoriel ou mental publié en 2017 {Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 2017 #256}. Depuis 2006, l'Institut mutualiste Montsouris à Paris a accompagné le projet conceptionnel de plus de 100 femmes en situation de handicap dont la moitié a fait aboutir son projet conceptionnel. Ce dispositif de prise en charge gynécologique et obstétricale a été complété par une consultation gynécologie-handicap. En 2015, une étude descriptive a montré que les motifs de consultation de 96 femmes majoritairement en couple (mariées, pacsées ou avec un partenaire stable) et âgées en moyenne de 37,9 ans concernaient une visite systématique de suivi (27,7 %), le désir d'enfant (25 %), la prescription d'une contraception (17,7 %). Les difficultés recensées concernent l'accessibilité physique du lieu de soins, la communication, l'usage d'un matériel adapté, la connaissance par les femmes des droits sociaux, la connaissance par les professionnels de santé des spécificités de la prise en charge clinique

[104] Article L. 1111-2 du Code de la santé publique.

[105] Article L. 1111-4 du Code de la santé publique.

[106] Le PECS (*Picture Exchange Communication System*) est un système de communication alternatif et augmentatif pouvant être mobilisé auprès de personnes ayant différents types de troubles, cognitifs, physiques, et des difficultés en matière de communication.

[107] Facile à lire et à comprendre. Il s'agit d'une méthode qui a pour but de traduire un langage classique en un langage simplifié plus compréhensible. Le FALC permet de rendre l'information plus simple et plus claire et est ainsi utile à tout le monde, notamment aux personnes en situation de handicap, dyslexiques ou encore maîtrisant insuffisamment la langue française.

[108] SantéBD Accueil

[109] Technologies de l'information et de la communication.

du handicap ou des pathologies sous-jacentes ou associées, ou encore aux spécificités relationnelles liées à l'abord des soins gynécologiques (rapport au corps et à l'intimité, questions relatives à la sexualité, maltraitance).

En plus de ce dispositif unique de prise en charge gynécologique et obstétricale, des dispositifs adaptés et inclusifs continuent à se développer permettant aux personnes en situation de handicap de consulter des professionnels de santé formés progressivement au handicap. Les personnes concernées peuvent tout particulièrement y exprimer des questions en lien avec un projet conceptionnel et échanger, en complément d'une première écoute par le professionnel de santé qui suit habituellement leur santé.

Les droits parentaux, soutenus par des aides spécifiques comme la « prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité », facilitent depuis 2021 l'exercice de la parentalité, selon certaines conditions (https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite).

Les dispositifs et ressources mobilisables par les personnes en situation de handicap et les professionnels de santé sont :

- l'annuaire de l'accessibilité des lieux de consultation et de soins médicaux et paramédicaux libéraux permet un accès géolocalisé à l'offre de soins pour les personnes en situation de handicap, mais aussi aux personnes ayant des besoins spécifiques, tels que ceux liés à la barrière linguistique (Accès aux soins et handicap | Handicap.gouv.fr) ;
- les centres ressources IntimAgir, en cours de déploiement dans toutes les régions du territoire, proposent des espaces (accueil téléphonique, lieu d'accueil et/ou sites internet) où chaque personne en situation de handicap, ou toute personne qui l'accompagne (professionnel de santé, aidant), peut s'informer et être conseillée, orientée pour toutes les questions en lien avec la vie intime, affective, sexuelle, les violences sexistes et sexuelles, le soutien à la parentalité (Accès aux soins et handicap | Handicap.gouv.fr) ;
- les CapParents sont des services d'accompagnement à la parentalité et à la périnatalité auprès des parents ou futurs parents en situation de handicap grâce à une équipe pluridisciplinaire non médicale, composée de puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes, sages-femmes. Ils offrent à tous les parents un accompagnement adapté et personnalisé avant et pendant la grossesse et durant les 12 premiers mois de l'enfant, avec un suivi adapté, en guidant les parents sur les besoins de l'enfant, les soins à lui apporter et son éveil (Les CapParents | Mon Parcours Handicap) ;
- le dispositif Handigynéco, qui se déploie progressivement sur le territoire, mobilise des sages-femmes volontaires formées pour répondre aux besoins spécifiques liés aux différents handicaps. Elles interviennent dans des établissements médico-sociaux, couvrant trois domaines principaux : les soins gynécologiques, la prévention, le dépistage, en ciblant notamment la sexualité, la contraception, l'hygiène et le dépistage des infections sexuellement transmissibles et des cancers ; la vie affective et sexuelle avec un soutien dans la gestion de la vie intime des femmes, incluant la sexualité, l'hygiène, la contraception et les questions liées à la parentalité ; la prévention des violences faites aux femmes (Accès aux soins et handicap | Handicap.gouv.fr) ;
- les plateformes HandiConsult ;
- les services de soins médicaux et de réadaptation ;
- les consultations spécialisées des établissements de santé.

1.20.5. Analyse des recommandations de bonne pratique

Les travaux scientifiques abordant la santé sexuelle et reproductive chez les personnes en situation de handicap ont été recherchés. Ces travaux abordent quelques situations de handicap.

Dans les situations de handicap en lien avec un trouble du développement intellectuel (TDI)

Quatre thématiques concernant la santé reproductive ont été identifiées auprès de femmes, d'adolescentes avec un trouble du développement intellectuel (TDI), de leurs parents ou aidants et de professionnels de santé et rapportées dans une synthèse de la littérature publiée en 2019 : (1) des préoccupations courantes en matière de santé sexuelle et reproductive ; (2) la prévention d'une grossesse non souhaitée, l'accès, le choix des méthodes contraceptives et des préoccupations liées au handicap ; (3) le consentement éclairé et la prise de décision sur la conception ; et (4) les connaissances et la formation des professionnels de santé {Verlenden, 2019 #156}. Parmi les 47 publications analysées, toutes réalisées aux États-Unis et publiées entre 2009 et 2019, 19 étaient des études observationnelles ou qualitatives, ou de cohorte rétrospective, ou des études de cas, ou des études épidémiologiques, et 28 des rapports cliniques, des commentaires et des synthèses.

Les personnes en situation de handicap se disent insuffisamment informées sur la santé sexuelle et reproductive. Une éducation à la santé reproductive adaptée au niveau de développement de la personne peut favoriser une prise de décision responsable, ce qui pourrait réduire les risques de grossesse non planifiée, d'infections sexuellement transmissibles et de coercition sexuelle. Afin de garantir une compréhension adéquate de la santé reproductive et du développement sexuel, les auteurs citent les recommandations de l'*American Academy of Pediatrics* qui proposent aux cliniciens d'aborder volontairement et d'avoir des échanges réguliers sur la santé reproductive (éducation sexuelle complète, contraception, interruption de grossesse, intention de conception) dès l'adolescence et en poursuivant à l'âge adulte à mesure que les jeunes filles et hommes développent leurs compétences et leur savoir-faire, et d'y associer les personnes qui prennent soin d'elles (parents, aidants, soignants) {Houtrow, 2021 #177}.

Pour les adolescents et les jeunes adultes en situation de handicap, une approche de la santé sexuelle et reproductive tout au long du parcours de vie est préconisée au cours des consultations de suivi en routine de la santé et des consultations spécialisées pour le suivi de la situation de handicap et/ou de maladie chronique entraînant un handicap, y compris les visites de préparation à la transition des soins pédiatriques aux soins adultes.

Les préoccupations liées au handicap concernaient l'utilisation de la contraception en général et de certaines méthodes en particulier qui demandent l'adhésion aux prescriptions (pilules contraceptives orales), les effets des thérapies hormonales sur la santé, les interactions médicamenteuses pour les personnes ayant des problèmes de santé associés au handicap, les difficultés d'expression d'un inconfort lors de la pose de dispositifs intra-utérins (DIU), ainsi que les préoccupations sur les modalités de prise de décision et d'expression du consentement.

Les lacunes dans la formation et l'expérience limitée des professionnels de santé sur le handicap peuvent constituer des obstacles à l'accès à des soins de santé reproductive, en particulier lors de la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes. L'utilisation de supports de communication adaptés et un temps de consultation allongé facilitent l'information des personnes et des personnes qui s'occupent d'elles.

➔ Situation de handicap avec ou sans syndrome génétique

Le Collège américain des obstétriciens et gynécologues (ACOG) propose des recommandations pour prendre soin des adolescentes et des femmes en situation de handicap sur le plan de la santé sexuelle et reproductive {, 2019 #165}. L'ACOG rappelle que les adolescentes et les adultes en situation de

handicap avec ou sans syndrome génétique ont des besoins en matière de santé sexuelle, d'éducation à la santé reproductive, et des attentes en matière de fertilité et de relations sexuelles sûres.

Les recommandations soulignent que les femmes ayant un handicap physique ou développemental, ou les deux, sont à un risque accru d'agression sexuelle par rapport à leurs pairs sans besoins particuliers. Les éventuelles situations de violence actuelles doivent être dépistées, comme chez toute patiente, et un antécédent d'agression sexuelle doit être systématiquement recherché. Le dépistage des IST devrait être envisagé systématiquement, s'il y a eu des relations sexuelles, chez cette population qui est plus à risque. L'importance de la contraception pour prévenir les grossesses non planifiées devrait être abordée systématiquement avec les personnes concernées.

L'ACOG propose les recommandations suivantes.

- Certains syndromes génétiques n'entraînent aucune déficience physique ou intellectuelle, d'autres entraînent des déficiences significatives : par conséquent, l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et les soins gynécologiques doivent être adaptés pour accompagner chaque personne dans sa singularité.
- Les obstétriciens-gynécologues doivent respecter l'autonomie des personnes, favoriser les décisions concernant les choix en termes de modalité de contraception, d'activité sexuelle, d'intention de conception et de son délai de concrétisation, sans influencer leurs choix tout en les accompagnant. Les sages-femmes sont également concernées.
- Les examens de routine, de dépistage ou les conseils pour prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST), ou la gestion des menstruations, sont autant d'occasions pour aborder la santé sexuelle et reproductive.
- Les soignants sont encouragés à rechercher des ressources et des expertises supplémentaires lorsqu'ils s'occupent de patients en situation de handicap, tout particulièrement en cas de trouble du développement intellectuel, afin de s'adapter aux difficultés que rencontrent les personnes concernées.

L'ACOG décrit également les implications gynécologiques des principaux syndromes ou maladies génétiques en termes de développement physique, de malformations de l'appareil génital, de perturbations hormonales, de gestion des menstruations, de contraception, de fertilité, de déroulement de la grossesse.

➔ Situation de handicap moteur

Des recommandations françaises sur la préservation de la fertilité chez l'homme blessé médullaire ont été publiées par l'AFU en 2025 {Association française d'urologie et Agence de la biomédecine, 2025 #192}. Elles proposent d'informer précocement les patients de l'impact de cette lésion médullaire sur la fertilité, de l'intérêt d'une préservation de celle-ci et sur les probabilités de succès des différentes techniques de recueil de sperme en fonction du niveau lésionnel et du caractère complet ou incomplet des centres d'éjaculation spinaux.

En cas de projet conceptionnel chez un patient ayant bénéficié ou non d'une préservation de la fertilité, le réflexe éjaculatoire ainsi que les paramètres spermatiques doivent être réévalués afin de décider de la meilleure prise en charge à proposer au couple en prenant en compte les facteurs féminins.

L'ACOG {, 2020 #191} indique que la fertilité des femmes blessées médullaires n'est généralement pas affectée, et le projet conceptionnel devrait être discuté avec chaque femme et couple et des messages de prévention délivrés comme pour toute femme (prévention d'une grossesse non planifiée, des IST, de situation de violence, protection de la santé globale, notamment). De plus, du fait des lésions de la moelle épinière, les complications courantes devraient être prévenues au maximum.

Les complications des lésions de la moelle épinière entraînent chez la plupart des femmes des infections urinaires, notamment en cas de troubles vésico-sphinctériens (vessie neurologique) avec un risque d'accouchement prématuré, des chutes, une pyélonéphrite, une hypertension artérielle, une prééclampsie liées à une hyper-réflexie autonome associée à une lésion de la moelle épinière, une pneumonie {Fondation Garches et Institut fédératif de recherche sur le handicap, 2012 #255} {Le Liepvre, 2017 #258}.

L'ACOG recommande que la grossesse chez les femmes atteintes de lésions de la moelle épinière devrait être prise en charge selon une approche multidisciplinaire impliquant des praticiens spécialistes (obstétricien ayant de l'expérience dans la prise en charge des femmes en situation de handicap, médecin spécialiste en médecine materno-fœtale, anesthésiste, pédiatre et néonatologiste, médecin de médecine physique et de réadaptation), sage-femme, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, consultant en lactation.

1.20.6. Recommandations

Le groupe de travail insiste sur l'accueil et l'écoute sans préjugés d'une intention de conception que ce projet concerne une personne en situation de handicap ou son partenaire, ou les deux.

L'accès à l'information, l'expression du consentement et l'autonomie chez les personnes en situation de handicap nécessitent des réponses adaptées, soutenues par une formation des professionnels de santé et/ou une mise en lien avec des professionnels et équipes qui ont développé une expertise dans le domaine.

La littérature identifiée concernant le projet conceptionnel, son accompagnement dans des situations de handicap est rare. Les recommandations s'appuient sur l'expertise du groupe de travail, les informations échangées avec des professionnels connaissant les problématiques de la parentalité dans une situation de handicap et/ou exerçant dans des structures qui accompagnent les personnes, les couples concernés.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Le droit commun s'applique à toutes les situations spécifiques développées ci-après, auxquelles s'ajoutent des dispositifs ou bonnes pratiques spécifiques visant à répondre aux besoins et à accompagner les personnes concernées.

Projet conceptionnel et situation de handicap

La parentalité est un droit fondamental et universel de la personne humaine.

Qu'il s'agisse de vie intime, affective et sexuelle ou de conception, ce droit et les libertés fondamentales de toute personne en situation de handicap (PSH) peuvent parfois être niés, perçus comme inexistants ou associés à des risques ou des difficultés pour la personne, le couple ou l'enfant.

Cette perception et les représentations présentes dans la société, mais aussi dans le milieu soignant génèrent des postures, des attitudes et des comportements pouvant restreindre l'expression de l'intention de concevoir et son accompagnement. Du point de vue des personnes concernées, le vécu psychique du handicap – estime de soi, sentiment de compétence, peur du jugement social – influence leur projet conceptionnel.

R 44. **Dans un premier temps**, une intention de conception exprimée par toute personne ou tout couple en situation de handicap doit être accueillie et écoutée sans préjugés, que ce projet concerne l'un ou l'autre des partenaires, ou les deux.

– Le projet conceptionnel peut être abordé en échangeant sur leur parcours de vie, leurs expériences, leurs aspirations personnelles, leurs représentations de la parentalité.

- Lorsque la situation de handicap nécessite des adaptations spécifiques et selon la nature du handicap[110], des mesures de compensation doivent être mises en œuvre afin de permettre l'accessibilité des modalités d'organisation des consultations : temps de consultation adapté, aides humaines, présence d'un tiers de confiance, supports de communication adaptés, aménagements matériels, adaptation de l'examen gynécologique et andrologique.
- L'accessibilité des informations échangées, l'expression facilitée des opinions et des préférences personnelles doivent s'appuyer sur des modalités jugées pertinentes par la PSH, le cas échéant par son entourage et le professionnel de santé. Ces modalités peuvent relever, par exemple, de la communication alternative et augmentée (CAA) qui peut être non assistée [langue des signes française (LSF)] ou assistée (pictogrammes, photolangage, FALC[111], des supports visuels, des bandes dessinées pour comprendre la santé avec des images et des mots simples[112]) ; le braille ; etc.
- Lorsque la personne le souhaite, l'entourage, les aidants peuvent être associés aux échanges et soutenir la mise en œuvre du projet conceptionnel, dans le respect de l'autonomie de la personne.

R 45. Le groupe de travail propose de bannir l'usage disqualifiant ou prématuré de la notion d'incapacité parentale, de promouvoir des dispositifs de soutien psychologique et de soutien à la compétence parentale adaptés aux contextes de vulnérabilité ; d'inscrire la réflexion dans une dynamique d'évolution et de suppléance et non de jugement figé.

Chez les personnes en situation de handicap, cette distinction entre incapacité et incompétence parentale est capitale :

- le handicap, qu'il soit moteur, sensoriel, intellectuel, neurodéveloppemental ou psychique, n'implique pas systématiquement une incapacité parentale ;
- certaines situations peuvent relever d'une incompétence parentale contextuelle (fatigabilité, isolement, méconnaissance des besoins du nourrisson), relevant d'un accompagnement renforcé et non d'une exclusion du projet conceptionnel ;
- seules les situations où la fonction symbolique parentale est gravement atteinte (absence de différenciation, confusion identitaire, désorganisation psychotique sévère) justifient d'évoquer une incapacité parentale, qui peut n'être parfois que transitoire.

R 46. En complément d'une première écoute par le professionnel de santé qui a accueilli l'intention de concevoir, une orientation et une mise en lien vers des dispositifs adaptés et inclusifs doivent être proposées pour compléter les services de droit commun (Encadré 6).

Les PSH et les couples pourront y exprimer des questions en lien avec leur projet conceptionnel et leurs représentations du rôle parental. Ils pourront identifier les compétences à développer et les adaptations à mettre en œuvre au quotidien, ainsi que les ressources pouvant être mises à leur disposition et sur quelle durée, les possibilités de mobilisation de tiers (structures, associations, pairs, entourage, etc.) pour un soutien à la parentalité et un soutien psychologique.

R 47. Si un projet conceptionnel ne pouvait pas se concrétiser, il est indispensable de proposer une écoute et une compréhension approfondie avec l'aide des professionnels qui suivent habituellement

[110] Principales situations de handicap : troubles du neurodéveloppement (TND), parmi lesquels figurent le trouble du spectre de l'autisme (TSA), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble du développement intellectuel (TDI), des troubles sensoriels, sensorimoteurs ou psychiques, troubles en lien avec une maladie chronique entraînant une situation de handicap ou des troubles associés.

[111] Facile à lire et à comprendre. Il s'agit d'une méthode qui a pour but de traduire un langage classique en un langage simplifié plus compréhensible. Le FALC permet de rendre l'information plus simple et plus claire et est ainsi utile à tout le monde, notamment aux personnes en situation de handicap, dyslexiques ou encore maîtrisant insuffisamment la langue française.

[112] SantéBD Accueil

la personne et/ou le couple, de proposer un soutien psychologique d'un professionnel du soin psychique si la personne ou le couple l'acceptent.

Encadré 6. Dispositifs adaptés et inclusifs pour compléter les services de droit commun

- L'annuaire de l'accessibilité des lieux de consultation et de soins médicaux et paramédicaux qui permet un accès géolocalisé à l'offre de soins pour les personnes en situation de handicap, mais aussi aux personnes ayant des besoins spécifiques, tels que ceux liés à la barrière linguistique, notamment : Accès aux soins et handicap|Handicap.gouv.fr.
- Les centres ressources IntimAgir, en cours de déploiement dans toutes les régions du territoire proposent des espaces (accueil téléphonique, lieu d'accueil et/ou sites internet) où chaque personne en situation de handicap, ou toute personne qui l'accompagne (professionnel de santé, aidant), peut s'informer et être conseillée, orientée pour toutes les questions en lien avec la vie intime, affective, sexuelle, les violences sexistes et sexuelles, le soutien à la parentalité : Accès aux soins et handicap|Handicap.gouv.fr.
- Les CapParents sont des services d'accompagnement à la parentalité et à la périnatalité auprès des parents ou futurs parents en situation de handicap grâce à une équipe pluridisciplinaire composée de puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes, sages-femmes. Ils offrent à tous les parents un accompagnement adapté et personnalisé avant et pendant la grossesse et durant les 12 premiers mois de l'enfant, avec un suivi adapté, en guidant les parents sur les besoins de l'enfant, les soins à lui apporter et son éveil : Les CapParents | Mon Parcours Handicap.
- Le dispositif Handigynéco, qui se déploie progressivement sur le territoire, mobilise des sage-femmes volontaires formées pour répondre aux besoins spécifiques liés aux différents handicaps. Elles interviennent dans des établissements médico-sociaux, couvrant trois domaines principaux 1) les soins gynécologiques, de prévention et de dépistage ; 2) la vie affective et sexuelle avec un soutien dans la gestion de la vie intime des femmes, incluant la sexualité, l'hygiène, la contraception, et les questions liées à la parentalité ; 3) la prévention des violences faites aux femmes : Accès aux soins et handicap|Handicap.gouv.fr.
- Les plateformes HandiConsult.
- Les consultations des établissements de santé spécialisées dans le suivi gynécologique des personnes en situations de handicap, de la grossesse.

R 48. **Dans un second temps,** il est préconisé d'évaluer les troubles qui affectent la fertilité afin de rechercher des solutions personnalisées.

Selon le type de handicap, les troubles affectant la fertilité peuvent être :

- primaires, avec une atteinte de l'appareil génital ou de la fonction sexuelle avec un problème d'érection, d'éjaculation chez l'homme et de troubles du désir chez la femme ;
- secondaires, avec une gêne pour les relations sexuelles, par exemple une spasticité des adducteurs, des tremblements, des troubles urinaires, une dysfonction érectile, des troubles de l'éjaculation, de la lubrification vaginale, surtout dans les atteintes de la moelle épinière, des troubles de la fonction sexuelle en lien avec certains médicaments ;
- tertiaires, de nature psychosociale avec des conséquences sur l'image de soi, l'autostigmatisation la désirabilité, le vécu psychique, des possibilités restreintes de rencontrer l'autre du fait des limitations d'activité ou de l'environnement de vie en société, du regard de jugement, de disqualification, d'infantilisation, de stigmatisation, portés par la société.

R 49. Comme pour toute personne, les facteurs d'altération de la fertilité liée à l'avancée en âge, à des facteurs modifiables (alimentation, activité physique, comportements sédentaires, consommation à risque d'alcool, de tabac, de substances psychoactives), à des expositions environnementales professionnelles, domestiques, doivent être évalués et accompagnés pour agir en faveur de la fertilité et de la santé globale.

R 50. Si la situation de handicap survient à la naissance ou dans l'enfance, un accompagnement dès le plus jeune âge, à la puberté et lors de la période de transition enfant/adulte, puis tout au long de la vie est à prévoir pour y aborder :

- la santé sexuelle : satisfaction ou difficultés dans la vie sexuelle et relationnelle, les situations de violences et de contraintes sexuelles, les troubles ou dysfonctionnements sexuels ;
- la gestion des menstruations ;
- l'intention de concevoir ;
- la contraception ;
- la prévention des IST, les dépistages, les vaccinations ;
- la prévention de la santé globale, tout particulièrement l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité, le sommeil et les rythmes de vie, la gestion du stress, le tabac, l'alcool, d'autres substances psychoactives, l'exposition à des facteurs environnementaux et domestiques.

R 51. L'autonomie des PSH doit être respectée, les décisions concernant les méthodes de contraception, la planification des grossesses doivent être facilitées, sans influencer les choix reproductifs tout en les accompagnant.

Accompagnement des PSH blessées médullaires

R 52. Tout homme blessé médullaire devrait être informé de l'impact de la lésion médullaire sur la fertilité, de l'intérêt d'une préservation de celle-ci et sur les probabilités de succès des différentes techniques de recueil de sperme en fonction du niveau lésionnel et du caractère complet ou incomplet des centres d'éjaculation spinaux[113].

R 53. La fertilité des femmes blessées médullaires n'est généralement pas affectée, mais du fait des lésions de la moelle épinière, les complications courantes comme les infections urinaires doivent être prévenues au maximum et traitées.

R 54. En cas de projet conceptionnel chez un homme ayant bénéficié ou non d'une préservation de la fertilité, le réflexe éjaculatoire ainsi que les paramètres spermatiques doivent être réévalués afin de décider de la meilleure prise en charge à proposer au couple en prenant en compte les facteurs féminins.

1.21. Projet conceptionnel chez une personne trans ou un couple comportant au moins une personne trans

1.21.1. Dans les recommandations internationales

Le texte proposé est issu des recommandations publiées par la HAS en 2025, intitulées « Transidentité : prise en charge de l'adulte » {Haute Autorité de santé, 2025 #269}.

[113] Association française d'urologie, Agence de la biomédecine. Préservation de la fertilité chez l'homme blessé médullaire. Recommandation de bonne pratique. Paris: AFU; 2025.
https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2025/02/Reco-Fertilite-et-BM_Synthese_Version-validee_13.02.2025.pdf

Une personne trans est une personne vivant ou s'identifiant dans un genre différent de celui qui a été constaté à la naissance. Le questionnement sur le genre peut conduire à s'engager dans un parcours de transition, lequel peut comprendre un questionnement sur un projet conceptionnel.

Accueillir l'expression d'un projet parental sans stigmatisation et proposer un accompagnement adapté

Un projet parental chez les personnes trans est exprimé chez 39 % à 82,1 % des adultes (23,9-27,8 ans) et il est plus important chez les adultes trans lorsque le parcours de transition a été effectué, selon des études rapportées par la HAS {Haute Autorité de santé, 2025 #269}.

L'accueil de ce projet se fait sans jugement ou idée préconçue, dans un environnement bienveillant et adapté, sans différence de traitement des personnes afin d'éviter toute stigmatisation. La reconnaissance pleine et entière du genre exprimé est une condition majeure pour assurer la qualité de l'accompagnement. Les prénom et pronom d'usage sont utilisés dans toutes les communications.

Préservation de la fertilité et alternatives à la parentalité

Différentes options sont disponibles en matière de préservation de la fertilité et sur les possibilités alternatives de parentalité. L'accès à l'AMP au sein d'un couple comportant au moins une personne trans est régi par la loi de bioéthique d'août 2004, révisée en juillet 2011 et août 2021, qui définit notamment l'âge limite à 60 ans pour l'homme (ou le coparent ne portant pas la grossesse) et 45 ans pour la femme. Il est ouvert sans hiérarchisation des demandeurs en fonction de leur statut marital, orientation sexuelle ou identité de genre. L'AMP est prise en charge par l'Assurance maladie à 100 %. La prise en charge peut comporter la cryopréservation de gamètes et de tissus germinaux « lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité ou lorsque la fertilité risque d'être prématurément altérée », en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP (art. L. 2141-11, art. L. 2141-12 du CSP).

À ce jour, en France pour les personnes trans, les possibilités d'accès à la parentalité et à la filiation dépendent de l'identité à l'état civil et de l'identité de genre du partenaire, les différentes situations sont les suivantes : accès à la parentalité et filiation personne transféminine (avec état civil féminin et état civil masculin) ; accès à la parentalité et filiation personne transmasculine (avec état civil masculin et état civil féminin) ; accès à la parentalité et filiation au sein de couples dont les deux partenaires sont trans.

En pratique, il est important que les conditions de réutilisation des gamètes d'une personne trans soient définies en lien avec les capacités physiologiques de procréation et non en lien avec son état civil. Selon les options de parcours, la personne trans peut être orientée vers un médecin de la reproduction et de la préservation de la fertilité.

Les recommandations de la HAS {Haute Autorité de santé, 2025 #269} concernant l'accompagnement du désir d'enfant chez toute personne trans sont fondées sur un accord d'experts et fournissent des repères pour les pratiques. Il s'agit :

- de proposer systématiquement une consultation d'information sur la préservation des gamètes aux personnes trans avant de débuter un traitement hormonal (taux de succès, effets secondaires) ;
- d'informer la personne trans de l'impact des différents traitements sur la fertilité, des différentes options disponibles en matière de préservation des gamètes et sur les possibilités alternatives de parentalité. En complément, l'informer sur les dispositions légales en vigueur concernant le prélèvement, la conservation et l'utilisation des gamètes ;
- de proposer systématiquement une cryopréservation aux personnes trans avant gonadectomie (grade C) et autres chirurgies génitales. L'impact des parcours de transition sur la fertilité future et la place de la cryopréservation ne sont encore que partiellement connus.

D'autres recommandations publiées en 2021 par l'ACOG et intitulées « Soins de santé pour les personnes trans » {, 2021 #166} proposent que :

- les désirs des personnes trans en matière de fertilité et de parentalité doivent être discutés tôt dans le processus de transition, avant le début de l'hormonothérapie ou de la chirurgie ;
- les personnes sexuellement actives avec des gonades conservées qui ne souhaitent pas être enceintes ou entraîner une grossesse chez d'autres personnes doivent être informées de la possibilité d'une grossesse si elles ont une activité sexuelle impliquant des spermatozoïdes et des ovocytes.

1.21.2. Recommandations

➔ Le groupe de travail s'est appuyé sur les recommandations de la HAS {Haute Autorité de santé, 2025 #269} et sur celles de l'ACOG {, 2021 #166} pour élaborer les recommandations suivantes.

L'expression d'un projet conceptionnel par une personne trans doit être accueillie sans stigmatisation[114].

R 55. Lors des entretiens préconceptionnels :

- les options et possibilités alternatives de parentalité sont abordées sur la base des informations échangées au préalable durant le parcours de transition ;
- une méthode de contraception est proposée aux personnes sexuellement actives avec des gonades conservées qui ne souhaitent pas être enceintes ou entraîner une grossesse chez d'autres personnes (préservatifs, contraception féminine) ;
- l'utilisation de la testostérone pour une transition hormonale masculinisante ne doit pas être considérée comme une contraception. Une contraception non hormonale ou progestative peut être proposée ;
- une orientation vers des praticiens ou une équipe spécialisée doit permettre à chaque personne de répondre à ses besoins ;
- une opportunité doit être saisie pour aborder tout changement en faveur de la santé globale, proposer un dépistage et la délivrance de messages de prévention des IST, des conduites addictives.

1.22. Projet conceptionnel en cas de maladie chronique somatique et/ou psychique

1.22.1. Dans les recommandations internationales

Plusieurs recommandations proposent que le niveau de risque en lien avec une maladie chronique soit apprécié le plus précocement possible avant la grossesse dans le cadre du suivi spécialisé dès l'anticipation du projet de grossesse, ou à l'occasion des consultations de suivi gynécologique ou des consultations pour contraception {*International Federation of Obstetrics and Gynaecology*, 2023 #253}.

La HAS préconise dans ses travaux intitulés « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » d'évaluer le risque associé à un diabète et une hypertension chez la femme dès le projet conceptionnel ou à défaut précocement en début de grossesse {Haute Autorité de santé, 2016 #168}.

[114] HAS. Transidentité. Prise en charge de l'adulte. 2025.

L'ACOG préconise également d'évaluer des maladies ou des situations qui peuvent affecter la grossesse, précise les risques associés, la conduite à tenir et les orientations à prévoir (Tableau 1) {, 2019 #141}.

Un élargissement aux maladies ou situations qui peuvent affecter la grossesse au-delà du diabète et de l'hypertension est pertinent au regard du rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles de 2016 à 2018 en France (ENCMM) {Santé publique France, 2024 #158}.

À titre d'illustration, la HAS a publié des recommandations concernant la grossesse dans une situation d'obésité et les conséquences de la chirurgie bariatrique pour le suivi de la grossesse chez la femme {Haute Autorité de santé et Fédération française de nutrition, 2024 #295} {Haute Autorité de santé, 2023 #211}. L'Académie de médecine a publié en 2026 un rapport concernant la maladie rénale {Académie nationale de médecine, 2026 #357}.

Tableau 1. Anticipation d'une intention de grossesse en cas de maladies chroniques chez la mère d'après l'ACOG {, 2019 #141}

Maladies ou situations qui peuvent affecter la grossesse	Risques associés chez la mère et l'enfant	Conduite à tenir Orientation
Diabète prégestationnel de type 1	Anomalies congénitales, complications durant la grossesse	Contrôle glycémique et optimisation glycémique avant la grossesse et durant la grossesse Bilan complet du retentissement du diabète sur la santé Orientation vers un diabétologue pour un bilan approfondi et des propositions thérapeutiques
Hypertension chronique	Prééclampsie et restriction de la croissance intra-utérine Évaluation du risque tératogène des médicaments anti-hypertenseurs	Contrôle de la pression artérielle Bilan du retentissement de l'HTA sur la santé Orientation vers un cardiologue pour un bilan approfondi et des propositions thérapeutiques
Hypothyroïdie non traitée	Fausse couche spontanée, prééclampsie, naissance prématurée, mort fœtale, décollement placentaire	Diagnostiquer et traiter l'hypothyroïdie
Chirurgie bariatrique	La perte de poids rapide dans la période des 12 à 24 premiers mois après l'intervention peut entraîner des effets sur la croissance fœtale	Suivi conjoint gynécologique et nutritionnel Adaptation de la supplémentation en vitamines et minéraux
Troubles de l'humeur	Effets des antidépresseurs et des antipsychotiques sur l'anovulation et la fécondabilité	Prévention des épisodes anxieux et de dépression pendant la grossesse, des rechutes et de la dépression du post-partum Proposer un traitement et/ou des interventions psychologiques, un suivi avant, pendant et après la grossesse
Troubles psychiatriques	Effets de certains traitements sur la fertilité Risque tératogène de certains traitements	Arrêt inapproprié d'un traitement expose à une rechute qui peut entraîner des conséquences graves pour la santé de la mère

		Organiser un suivi concerté entre psychiatre, gynécologue, sage-femme et médecin traitant afin d'ajuster la thérapeutique et d'assurer la continuité du soin psychique avant, pendant et après la conception
Obésité	Dysfonction ovulatoire Risque obstétrical Possible altération de la spermatogenèse	Amélioration de l'alimentation, augmentation de l'activité physique et diminution de la sédentarité Orientation vers un médecin ou une équipe spécialisée dans l'obésité pour une évaluation approfondie de l'étiologie
HIV	Transmission verticale	Information sur la prévention du risque de transmission périnatale Orienter vers un médecin ou une équipe spécialisée pour envisager une prophylaxie
Thrombophilie	Risque de thrombose des veines profondes Embolie pulmonaire	Envisager une prophylaxie pendant la grossesse
Complications lors d'une précédente grossesse	Récurrence lors d'une future grossesse	Évaluation et prévention des risques

1.22.2. Recommandations

Plusieurs recommandations proposent que soit apprécié l'impact de la maladie chronique, somatique et/ou psychique, et/ou des traitements médicamenteux sur la fertilité féminine et masculine, la conception, la grossesse et le risque éventuel de complications périnatales dès l'expression d'une intention de conception et dans le cadre du suivi spécialisé, ou à l'occasion des consultations de suivi gynécologique ou des consultations pour contraception.

Le groupe de travail indique que les situations de maladies chroniques tant somatique que psychique nécessitent une anticipation des conséquences de la grossesse sur la maladie, et inversement de la maladie sur la grossesse, une adaptation des traitements médicamenteux et une orientation vers un médecin ou une équipe spécialisée dans la reproduction en lien avec le médecin spécialiste de la maladie chronique qui suit la santé de la personne.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Projet conceptionnel en cas de maladie chronique somatique et/ou psychique

R 56. Toute personne ayant une maladie chronique souhaitant concrétiser un projet conceptionnel peut souhaiter obtenir des informations sur sa fertilité (féminine ou masculine), l'impact de la maladie et des traitements médicamenteux sur la conception, le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la santé de l'enfant à naître. Il est préconisé :

- d'anticiper les questions sur l'impact de la maladie chronique et des traitements sur la santé sexuelle et reproductive, et de les aborder dès l'entrée à l'âge adulte ou plus précocement en fonction de la demande de la personne concernée ;
- d'être à l'écoute des inquiétudes exprimées ;

- d'évaluer dès le projet de grossesse le risque de complications périnatales, l'aggravation de la maladie chronique ou sa déstabilisation, les effets des traitements médicamenteux[115] sur la santé de la mère et/ou de l'enfant, l'adaptation des traitements, le contenu et la fréquence du suivi, en coordination avec le médecin généraliste et les autres spécialistes ou équipes de soins ;
- d'orienter la ou les personnes concernées vers le praticien ou l'équipe spécialisée qui suit habituellement leur maladie chronique pour un bilan approfondi, une adaptation ou un changement des traitements, des informations sur le suivi de la grossesse et le lieu d'accouchement[116].

1.23. Projet conceptionnel en cas de maladies ou de caractéristiques génétiques individuelles ou familiales connues

1.23.1. Inscription dans le cadre règlementaire français

Le dépistage génétique préconceptionnel en population générale n'est à ce jour pas autorisé en France en dehors de maladies génétiques familiales connues ou de signes d'appel (loi bioéthique n° 2021 1017, promulguée le 2 août 2021).

Dès l'expression d'une intention de conception :

- les personnes en âge de procréer qui ont la connaissance de maladies génétiques dans leurs familles peuvent avoir des questionnements sur une potentielle transmission à leur descendance ;
- l'anamnèse concernant l'histoire familiale permet d'identifier des maladies génétiques familiales ou des caractéristiques génétiques individuelles conférant un surrisque conduisant à orienter vers un conseil génétique. Il pourra être envisagé un suivi plus rapproché pour le déroulement de la grossesse et si nécessaire un lieu d'accouchement adapté.

Une maladie génétique constitutionnelle est transmissible à la descendance et a pu être transmise par un ou des ascendants, mais pas systématiquement car il peut s'agir d'une mutation survenue à cette génération (on parle alors de mutation *de novo*). Dans la situation de la génétique constitutionnelle, l'anomalie génétique est en règle générale présente dans l'ensemble des cellules de l'organisme, y compris les gamètes. La génétique constitutionnelle concerne différentes situations, dont l'identification de mutation ou de réarrangement chromosomique chez des personnes non malades (improprement appelées porteurs sains).

Le texte qui suit s'appuie sur les « Règles de bonnes pratiques en génétique constitutionnelle à des fins médicales (hors diagnostic prénatal) », publiées par la HAS et l'Agence de la biomédecine en 2013 {Haute Autorité de santé et Agence de la biomédecine, 2013 #275}. Ces règles s'intéressent aux consultations, à la prescription, à la réalisation, à l'analyse et au rendu du résultat de tests génétiques, quelle que soit la technique employée (génétique moléculaire ou cytogénétique).

L'existence d'un projet conceptionnel oriente vers une évaluation dont il appartient au médecin prescripteur de juger de l'opportunité clinique.

- Une demande d'avis auprès d'un service de génétique ou de diagnostic prénatal peut être réalisée afin de déterminer si une consultation de conseil génétique ou des investigations génétiques des partenaires sont nécessaires, via un contact direct ou l'accès à des plateformes spécifiques de

[115] Informations disponibles : ANSM. 2022. Médicaments et grossesse. Dossier thématique – Informations pour les professionnels de santé – ANSM ; Réseau français des centres régionaux de pharmacovigilance (RFCRPV) https://www.rfcrpv.fr/contacter-votre-crpv/ ; Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) www.lecrat.fr

[116] Haute Autorité de santé. Recommandations pour la pratique clinique. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Actualisées en 2016.

demande d'avis selon les outils à disposition. Le conseil génétique permettra d'évaluer le risque pour une personne ou un couple d'avoir un enfant atteint d'une maladie génétique.

- Une orientation vers une consultation de génétique ou de conseil génétique doit être proposée dans l'idéal dès l'intention de conception afin de garantir la meilleure prise en charge possible, et d'éviter une perte de chance pour le couple :
  - dépistage génétique du couple, organisation d'investigations familiales (apparentés). Des brochures d'information pourront leur être adressées en même temps que l'information sur les investigations proposées ;
  - et en cas de risque avéré, accès à des techniques de diagnostic prénatal invasif ou non invasif précoce, accès au diagnostic préimplantatoire, discussion des autres options reproductives (don de gamètes, don d'embryon, adoption, devenir famille d'accueil).

En fonction de la situation, le prescripteur d'un examen de génétique peut être : un médecin généticien ; un conseiller en génétique exerçant sous la responsabilité d'un médecin qualifié en génétique ; un médecin non généticien connaissant la situation clinique (maladie, prise en charge thérapeutique) et les conséquences familiales et capable d'en interpréter le résultat.

Le médecin prescripteur doit travailler en relation avec une équipe de génétique clinique. Dans tous les cas, le prescripteur doit être capable de délivrer au demandeur une information préalable, complète et compréhensible. Il vérifie notamment que la personne a compris les conséquences potentielles des résultats à la fois pour lui-même et pour sa famille.

Les tests génétiques ne doivent être prescrits que lorsqu'ils ont une utilité clinique, et qu'ils sont souhaités par la personne. Le seul fait qu'un test soit disponible et réalisable ne justifie ni de sa prescription ni de sa réalisation.

Lorsqu'un test génétique est envisagé, la personne concernée doit bénéficier au préalable d'une information appropriée, adaptée à son degré de maturité et à son niveau de compréhension. L'information doit être délivrée lors d'une consultation individuelle par un praticien connaissant la maladie et ses aspects génétiques, ainsi que les implications familiales et la nécessité de poursuite de l'enquête familiale auprès d'un service de génétique, afin que la personne soit en mesure de donner son consentement, de connaître les modalités de rendu d'un résultat, de prendre une décision éclairée. Si toutes ces conditions ne sont pas réunies, le prescripteur doit adresser la personne au spécialiste compétent.

Des tests génétiques peuvent être prescrits à une personne, symptomatique, asymptomatique, majeure ou mineure, ou majeure sous protection juridique, lorsqu'il existe un intérêt pour sa prise en charge (mesures de prévention, prophylaxie, etc.). Dans ces deux derniers cas, il y a des dispositions particulières. Les consultations doivent être adaptées à la personne et au contexte.

1.23.2. Recommandations

Les recommandations élaborées par le groupe de travail s'appuient sur les « Règles de bonnes pratiques en génétique constitutionnelle à des fins médicales (hors diagnostic prénatal) », publiées par la HAS et l'Agence de la biomédecine en 2013 {Haute Autorité de santé et Agence de la biomédecine, 2013 #275}. Ces règles s'intéressent aux consultations, à la prescription, à la réalisation, à l'analyse et au rendu du résultat de tests génétiques, quelle que soit la technique employée (génétique moléculaire ou cytogénétique). Elles s'appuient également sur l'expertise du groupe de travail concernant les modalités concrètes de demande d'avis.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Le dépistage génétique préconceptionnel n'est pas autorisé en France[117] en dehors de maladies génétiques familiales connues ou de la présence de signes d'appel cliniques ou biologiques.

Les personnes en âge de procréer qui sont elles-mêmes porteuses d'une maladie génétique ou qui ont connaissance de maladies génétiques dans leurs familles peuvent avoir des questionnements sur une potentielle transmission à leur descendance.

R 57. Une demande d'avis auprès d'un service de génétique ou de diagnostic prénatal est nécessaire pour déterminer si un conseil génétique, une consultation de génétique clinique ou des tests génétiques sont nécessaires, via un contact direct ou par téléexpertise[118] en recherchant un correspondant au moyen du ROR[119] ou sur les espaces ou plateformes dédiés des centres hospitaliers universitaires.

R 58. Le médecin généticien, le conseiller en génétique peuvent prescrire des tests génétiques, ainsi que tout médecin (notamment généraliste, gynécologue, endocrinologue, urologue, pédiatre) sous conditions de connaître la situation clinique (maladie, prise en charge thérapeutique), les enjeux pour le conseil génétique familial, le risque d'atteinte de l'enfant, et savoir interpréter le résultat.

R 59. Les tests génétiques sont prescrits lorsqu'ils ont une utilité clinique, et s'ils sont souhaités par la personne une fois informée (cf. *infra*). Le seul fait qu'un test soit disponible et réalisable ne justifie ni de sa prescription ni de sa réalisation.

R 60. Lorsqu'un test génétique est envisagé, la personne concernée doit bénéficier au préalable d'une information appropriée, adaptée à son degré de maturité et à son niveau de compréhension pour donner son consentement, connaître les modalités de rendu d'un résultat et prendre une décision éclairée :

- l'information doit être délivrée lors d'une consultation individuelle par un professionnel de santé connaissant la maladie et ses aspects génétiques ainsi que les implications familiales et la nécessité de poursuite de l'enquête familiale auprès d'un service de génétique ;
- en complément de l'information orale, des documents d'information élaborés par l'Agence de la biomédecine ou d'autres sources d'information fiables (Orphanet, sociétés savantes médicales) peuvent être conseillés aux personnes concernées[120].

R 61. Lorsqu'il existe un risque avéré de pathologie génétique pour la descendance, il est recommandé d'adresser les personnes concernées en consultation auprès d'un professionnel de la génétique (conseiller ou médecin généticien) ou d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN[121]), et de respecter leur choix de refuser une telle consultation.

Les informations sur les différentes possibilités d'accès à la parentalité leur seront détaillées (possibilités de dépistage échographique durant la grossesse, de diagnostic prénatal, de diagnostic préimplantatoire, d'autoconservation de gamètes en amont d'un projet de grossesse, d'un recours au don de gamètes, d'accueil d'embryon, voire d'adoption ou de projet de famille d'accueil).

[117] Loi bioéthique n° 2021 1017, promulguée le 2 août 2021 et article R. 1131-5 du Code de la santé publique qui liste les conditions de prescription d'un test génétique à une personne asymptomatique.

[118] Haute Autorité de santé. 2021. Haute Autorité de santé – Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques

[119] ROR : Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR) Répertoire national de l'offre et des ressources (ROR) | e-santé

[120] Agence de la biomédecine. La génétique pour tous. https://genetique-medicale.fr/

[121] CPDNP. Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal – CPDPN – site officiel

Volet 2. Infertilité : exploration en première intention

1.24. Introduction

La recommandation de bonne pratique **« Infertilité : exploration en première intention »** s'inscrit dans l'axe 2 du plan fertilité « Détecter précocement et mieux diagnostiquer l'infertilité ». Cette recommandation (volet 2) est complétée par deux autres travaux : « Fertilité et santé globale » (Volet 1) et « Consultation préconceptionnelle » (Volet 3 en cours d'actualisation).

Cette recommandation s'appuie sur une approche intégrative et inclusive de la santé sexuelle et reproductive et des droits afférents promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[122] et les Nations-unies[123] comme décrite dans le volet 1 de ce travail : « Fertilité et santé globale ».

Objectifs

Les objectifs de la recommandation sont les suivants :

- explorer une suspicion d'infertilité en 1ère intention ;
- orienter les personnes concernées vers un praticien ou une équipe spécialisée en médecine de la reproduction pour approfondir l'évaluation initiale, identifier l'origine de l'infertilité et envisager des options de traitement.

Cette recommandation de bonne pratique n'aborde :

- ni les explorations de 2e intention qui confirment le diagnostic d'infertilité, les options de traitement, ni l'accompagnement des personnes concernées ;
- ni les consultations et les parcours de préservation de la fertilité en cas de maladie et/ou cancer, l'accès à la conservation des gamètes et tissus germinaux hors raisons médicales et pour raisons médicales, ni le parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP).

1.25. Définition, épidémiologie, étiologies

L'infertilité est définie comme « l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés » (OMS, 2000). Cette définition de l'OMS est admise à l'international.

La notion de rapports sexuels « réguliers » est controversée, les rapports pouvant être réguliers, voire fréquents, mais ne pas coïncider avec la période durant laquelle la femme est la plus fertile.

L'infertilité peut être **primaire** (en l'absence de grossesse préalable) ou **secondaire** lorsque les partenaires ont déjà réussi à concevoir avec le même partenaire ou un autre partenaire {Huyghe, 2021 #64} {*European Association of Urology*, 2025 #63}.

Environ un couple sur six qui arrête ou n'utilise pas de méthode contraceptive sera concerné par une infécondité involontaire à un an au cours de sa vie reproductive

Le rapport intitulé « *Infertility Prevalence Estimates*, 1990-2021 » (un tiers des études proviennent d'Europe et constituent la plus grande source de données analysées) publié par l'OMS indique que l'infertilité concerne environ 17,5 % de la population adulte dans le monde, soit environ une personne sur six {*World Health Organization*, 2025 #236}. La prévalence de l'infertilité au cours de la vie

[122] Organisation mondiale de la santé Santé sexuelle – consulté le 1er décembre 2025

[123] Objectif de développement durable n°3 de l'Agenda 2030. Organisation des Nations unies UN. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES/70/1. New York, NY: United Nations, 2015

concerne autant les pays à revenu élevé (17,8 %) que les pays à faible revenu (16,5 %). Il est à souligner que les estimations de l'infertilité rapportées par les hommes étaient inférieures à celles rapportées par les femmes en raison du peu d'études concernant des participants masculins. Des études complémentaires sont donc nécessaires pour déterminer plus clairement l'origine masculine ou féminine de l'infertilité.

Les deux principales études réalisées en France métropolitaine sont rapportées dans une publication déjà ancienne, en 2012 {Slama, 2012 #116}. Un indicateur d'infertilité a pu être estimé à partir de l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2003 (échantillon de 14 187 femmes venant d'accoucher), ainsi que des données de l'Observatoire épidémiologique de la fertilité en France (Obseff) de 2007-2008 (échantillon aléatoire transversal de 867 couples n'utilisant pas de contraception). Les méthodes de ces deux études étaient différentes : un questionnaire rétrospectif auprès de femmes ayant accouché pour l'ENP et une approche transversale avec échantillonnage et recueil détaillé de données, mais toutes deux sont représentatives. Six mois après le début d'une période sans contraception, près d'un couple sur deux (46 %) n'avait pas obtenu de grossesse, ni repris de contraception (IC à 95 % : 36-56 %). Ces proportions, après 12 mois sans contraception, étaient estimées à 18 % par l'ENP de 2003 (IC à 95 % : 17-18 %) et à 24 % par l'Obseff (IC à 95 % : 19-30 %). Pour l'infécondité involontaire après 24 mois, ces proportions étaient respectivement de 8 % (IC à 95 % : 8-10 %) et 11 % (IC à 95 % : 8-14 %).

La fécondation résulte d'un processus complexe qui fait intervenir de très nombreux facteurs et mécanismes dont l'altération de l'un d'entre eux peut entraîner une infertilité dans un couple

Les situations d'infertilité ont un facteur masculin et féminin combiné pour environ un quart d'entre elles {*European Association of Urology*, 2025 #63}. Un facteur masculin pur peut être identifié dans environ 20 % des situations d'infertilité {*European Association of Urology*, 2024 #63} {*World Health Organization*, 2025 #236} et un facteur féminin dans 30 % des situations {*World Health Organization*, 2025 #236}. Un facteur masculin contribue totalement ou partiellement à 45,1 % des cas d'infertilité {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Une vaste étude réalisée aux États-Unis rapportée par l'EAU a montré que les principales causes d'infertilité en population générale masculine (n = 12 945/10 469 hommes) étaient pour 42,6 % des causes connues comme la varicocèle (14,8 %), la cryptorchidie (8,4 %), l'hypogonadisme (10,1 %), les troubles de l'érection/éjaculation (2,4 %) {*European Association of Urology*, 2024 #63}.

Les causes identifiables les plus courantes de l'infertilité féminine comprenaient les troubles anovulatoires et oligo-ovulatoires (26,1 %), l'endométriose (4,8 %), les adhérences pelviennes (y compris utérines) (14,8 %), l'obstruction tubaire bilatérale (17,7 %), les anomalies tubaires acquises (11,6 %) et l'hyperprolactinémie (6,7 %) {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Si de nombreuses étiologies de l'infertilité sont connues, l'infertilité reste inexpliquée dans environ 10 % des situations, avec chez l'homme des paramètres spermatiques, des examens biologiques, notamment endocriniens, et un examen clinique dans la normale, et chez la femme une évaluation qui se révèle également normale {*European Association of Urology*, 2025 #63} {*World Health Organization*, 2025 #236}. Dans cette situation, l'impact de facteurs environnementaux, génétiques ou épigénétiques est considéré comme une hypothèse plausible {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60}.

La possibilité que plusieurs facteurs contribuent à l'infertilité chez un couple, ainsi que les variations dans la définition, les méthodes de collecte de données et les résultats rapportés dans les études existantes contribuent à des difficultés de mesure et d'interprétation des données. De plus, pour quantifier les causes d'infertilité de manière plus juste, il serait nécessaire de distinguer l'impossibilité à

concevoir, l'impossibilité à mener une grossesse à terme et le décès du nouveau-né, qui contribuent toutes à l'infertilité involontaire, de même que d'autres situations biomédicales (par exemple, l'interruption de grossesse), biopsychosociales (par exemple, les dysfonctionnements sexuels) pouvant entraver la capacité des individus à avoir des enfants {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Définition et étiologie de l'infertilité retenues par le groupe de travail

La fécondation résulte d'un processus complexe qui fait intervenir de très nombreux facteurs et mécanismes connus dont l'altération de l'un ou plusieurs d'entre eux peut entraîner une situation d'infertilité.

> L'infertilité est définie par l'OMS en 2010 comme « l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés ».

Cette définition inclut la notion de rapports sexuels « réguliers », un critère controversé : des rapports fréquents peuvent ne pas coïncider avec la période d'ovulation. L'enjeu est donc de s'assurer de la survenue de rapports durant la période pendant laquelle la femme est censée être la plus fertile.

En s'appuyant sur différentes sources de données, l'OMS estime qu'environ une personne sur six en âge de procréer dans le monde connaît une situation d'infertilité à un moment de sa vie. L'infertilité peut résulter[124] :

- de la combinaison d'un facteur masculin et féminin dans 26,3 % des situations ;
- de l'identification d'un facteur masculin pur dans 18,7 % des situations et d'un facteur féminin pur dans 30,6 % des cas ;
- de causes inexpliquées dans 10,8 % des situations. L'impact de facteurs environnementaux, génétiques ou épigénétiques est considéré comme une hypothèse plausible.

L'infertilité peut être primaire (en l'absence de grossesse préalable) ou secondaire lorsque les partenaires ont déjà pu concevoir avec le ou la même partenaire ou un autre partenaire.

1.26. Recommandations internationales sur l'exploration d'une infertilité

Les recommandations de bonne pratique françaises ont d'abord été analysées, puis les recommandations européennes et internationales, puis les consensus d'experts.

Ces recommandations concernent la description de la démarche diagnostique de l'infertilité chez l'homme, chez la femme, avec dans certaines recommandations une attention portée au couple. Elles s'adressent à différents professionnels de santé : le gynécologue médical ou obstétricien, l'urologue, l'andrologue, l'endocrinologue, le médecin généraliste, les spécialistes de la reproduction et de l'infertilité, les chirurgiens de la reproduction, les sages-femmes, les infirmiers-sages-femmes, notamment dans les travaux de l'*European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62}.

Les recommandations de bonne pratique françaises

- Association française d'urologie (AFU) et Société d'andrologie de langue française (SALF). Évaluation de l'homme infertile. 2021 {Huyghe, 2021 #64} : cette recommandation s'appuie sur une analyse et une synthèse critique de la littérature scientifique disponible avec gradation par niveau de preuve des études analysées, selon la méthode RPC de la HAS.

[124] Infertility prevalence estimates: 1990-2021.Geneva: World Health Organization; 2023 https://apps.who.int/iris/handle/10665/366700

- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Prise en charge de première intention du couple infertile. 2022 {Sonigo, 2024 #65} : cette recommandation s'appuie sur une analyse et une synthèse critique de la littérature scientifique disponible avec explicitation des limites de la littérature, gradation par niveau de preuve des études analysées, et l'avis d'un groupe de lecture externe (méthode publiée).

Les consensus d'experts

- Société française d'endocrinologie. Infertilité du couple : conduite de la première consultation. 2022 {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.
- *Italian Society of Andrology and Sexual Medicine* (SIAMS). *Management of male factor infertility: position statement*. 2022. *Endorsing Organization: Italian Society of Embryology, Reproduction, and Research* (SIERR) {Ferlin, 2022 #188} : cette recommandation s'appuie sur une analyse critique de la littérature et sur une relecture externe à partir du site de la société savante. Les recommandations ont été gradées à partir du niveau de preuves des études analysées.

Les recommandations de bonne pratique européennes

- *National Institute for Health and Care Excellence. Fertility problems: assessment and treatment*. 2017 {*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017 #67} : cette recommandation s'appuie sur une analyse et une synthèse critique de la littérature scientifique avec explicitation des limites de la littérature, explicitation du niveau de preuve des études analysées, et l'avis d'un groupe de lecture externe (méthode publiée).
- *European Association of Urology* actualisée en 2024. *Unexplained infertility. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embriology* {*European Association of Urology*, 2024 #63} : cette recommandation s'appuie sur une analyse et une synthèse critique de la littérature scientifique disponible avec explicitation des limites de la littérature, gradation par niveau de preuve par un groupe de travail multidisciplinaire, et endossement pas des sociétés savantes de spécialités (méthode publiée).
- *European Society of Human Reproduction and Embriology. Unexplained infertility*. 2022 {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62} et actualisation partielle en 2023 : cette recommandation, élaborée en lien avec le NHRMC, s'appuie sur une analyse et une synthèse critique de la littérature scientifique, un groupe de travail qui a discuté les recommandations et les a gradées par niveau de preuve.
- *Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life. Unexplained Infertility*. 2023 {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} : cette recommandation a été élaborée à partir des recommandations de l'ESHRE (méthode ADAPTE), gradation avec niveau de preuve des études analysées.

Les recommandations de bonne pratique internationales

- Association des urologues du Canada. Évaluation et prise en charge de l'azoospermie {Flannigan, 2023 #61} : cette recommandation s'appuie sur une analyse et une synthèse critique de la littérature scientifique disponible avec explicitation des limites de la littérature, gradation par niveau de preuve, et l'avis d'un groupe de lecture externe.
- *American Urological Association* (AUA)/*American Society for Reproductive Medicine* (ASRM). *Updates to male infertility*. 2024 {Brannigan, 2024 #23} : il s'agit d'une actualisation de la recommandation publiée en 2020, fondée sur une analyse de la littérature et un consensus d'experts, sans méthode détaillée.
- *World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility* {*World Health Organization*, 2025 #236} : cette recommandation s'appuie sur une analyse et une

synthèse critique de la littérature scientifique disponible avec explicitation des limites de la littérature, gradation par niveau de preuve des études analysées, et l'avis d'un groupe de lecture externe (méthode publiée).

Quatre recommandations portent plus spécifiquement sur l'exploration d'une infertilité en soins primaires {Huyghe, 2021 #64} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {Flannigan, 2023 #61} {Ferlin, 2022 #188}.

1.27. Objectifs de l'évaluation initiale d'une situation d'infertilité

1.27.1. Dans les recommandations internationales

En cas de suspicion d'une infertilité, les objectifs de la démarche d'exploration en 1re intention, identifiés dans les recommandations internationales sont les suivants :

- identifier les situations où une conception ne peut être obtenue de manière naturelle et qui amènent à orienter vers un médecin spécialiste de la reproduction ;
- rechercher les facteurs potentiellement modifiables afin d'améliorer les chances de concevoir et amener le couple à concevoir naturellement {Huyghe, 2021 #64} {Flannigan, 2023 #61} ;
- proposer un soutien psychologique et émotionnel approprié tout au long de l'évaluation initiale {*South African National Department of Health*, 2020 #59} {*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017 #67}.

Les objectifs de l'orientation spécialisée relevés dans la littérature sont :

- d'approfondir l'évaluation initiale, d'identifier les causes de l'infertilité ou une infertilité inexpliquée {Flannigan, 2023 #61} ;
- de faciliter le diagnostic et le traitement rapides de l'infertilité, tout en réduisant les facteurs de risque prédisposants afin d'améliorer les chances de parvenir à une grossesse {*World Health Organization*, 2025 #236} ;
- d'identifier les situations faisant courir un risque grave pour la personne (infertilité révélatrice d'une pathologie) {Huyghe, 2021 #64} ;
- d'identifier les anomalies pouvant affecter la santé de l'enfant à naître (génétiques ou autres) {Huyghe, 2021 #64} ;
- de comprendre les objectifs du couple en matière de fertilité et d'adapter la prise en charge en fonction de ce qu'il souhaite {Flannigan, 2023 #61}.

1.27.2. Recommandations

La plupart des recommandations internationales ont été élaborées pour être mises en œuvre en médecine spécialisée (gynécologie, urologie, endocrinologie notamment) autre que la médecine générale.

Le groupe de travail propose de reformuler les objectifs de l'évaluation initiale d'une situation d'infertilité en tenant compte du fait que l'évaluation peut être débutée par tout professionnel de santé en soins primaires qui reçoit le couple ou un des partenaires pour une suspicion d'infertilité.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Définition et étiologie de l'infertilité

La fécondation résulte d'un processus complexe qui fait intervenir de très nombreux facteurs et mécanismes connus dont l'altération de l'un ou plusieurs d'entre eux peut entraîner une situation d'infertilité.

L'infertilité est définie par l'OMS en 2010 comme « l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés ».

Cette définition inclut la notion de rapports sexuels « réguliers », un critère controversé : des rapports fréquents peuvent ne pas coïncider avec la période d'ovulation. L'enjeu est donc de s'assurer de la survenue de rapports durant la période pendant laquelle la femme est censée être la plus fertile.

En s'appuyant sur différentes sources de données, l'OMS estime qu'environ une personne sur six en âge de procréer dans le monde connaît une situation d'infertilité à un moment de sa vie. L'infertilité peut résulter[125] :

- de la combinaison d'un facteur masculin et féminin dans 26,3 % des situations ;
- de l'identification d'un facteur masculin pur dans 18,7 % des situations et d'un facteur féminin pur dans 30,6 % des cas ;
- de causes inexpliquées dans 10,8 % des situations. L'impact de facteurs environnementaux, génétiques ou épigénétiques est considéré comme une hypothèse plausible.

L'infertilité peut être primaire (en l'absence de grossesse préalable) ou secondaire lorsque les partenaires ont déjà pu concevoir avec le ou la même partenaire ou un autre partenaire.

Proposer une démarche d'exploration en première intention

Le début de l'exploration d'une infertilité en 1re intention relève des soins primaires et repose sur un repérage précoce par les médecins et les sage-femmes, avant orientation le cas échéant vers un médecin ou une équipe spécialisée en médecine de la reproduction.

R 1. L'exploration d'une infertilité en 1re intention concerne toute personne ou tout couple qui s'adresse à un médecin ou une sage-femme pour une absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels non protégés.

R 2. Tout professionnel de santé qui suit une personne ayant une maladie chronique ou en situation de handicap ou qui est exposée à un traitement médicamenteux ou à des facteurs de l'environnement pouvant avoir des effets connus sur la fertilité et la grossesse doit en informer la personne et lui proposer des mesures de protection et/ou adapter le traitement afin de prévenir un risque d'infertilité (se reporter au volet 1 des recommandations de bonne pratique intitulé « Fertilité et santé globale »).

R 3. Les objectifs de l'exploration d'une suspicion d'une infertilité en 1re intention concernent les deux partenaires. Il s'agit :

- d'évaluer l'histoire personnelle et familiale, de réaliser un examen clinique gynécologique et andrologique (sauf si suivi régulier et récent) pour guider la prescription d'examens complémentaires ;
- de demander un avis en cas de difficultés à interpréter les résultats des explorations ;
- de porter attention au retentissement émotionnel et relationnel de la situation et de son exploration pour anticiper des moments clés de vulnérabilité et proposer un accompagnement si besoin ;
- d'évaluer les éventuelles expositions à des facteurs qui peuvent altérer la fertilité et accompagner l'adoption de comportements et de mesures en faveur de la santé globale ;
- de prévoir d'adapter l'information délivrée et les modalités d'organisation des consultations et des examens lorsque la situation de handicap le nécessite : supports visuels et/ou audio, documents en langage simplifié, recours à un interprète en langue des signes ; accessibilité des locaux, équipements adaptés, durée adaptée des consultations, organisation des rendez-vous, présence d'un tiers de confiance, mise en lien avec des dispositifs adaptés[126] ;

[125] Infertility prevalence estimates: 1990–2021.Geneva: World Health Organization; 2023 https://apps.who.int/iris/handle/10665/366700

[126] CapParents Les CapParents | Mon Parcours Handicap

– d'orienter vers un praticien ou une équipe spécialisée en médecine de la reproduction, en s'assurant de son accessibilité, quelles que soient les limitations fonctionnelles des personnes, pour approfondir l'évaluation initiale et identifier l'origine de l'infertilité.

  Cette exploration de deuxième intention permet de faire le diagnostic et d'envisager des options de traitement et l'entrée éventuelle dans un parcours d'aide médicale à la procréation.

1.28. Quand débuter une exploration pour infertilité ?

1.28.1. Dans les recommandations internationales

Les recommandations internationales analysées dans ce travail s'appuient sur la définition de l'infertilité de l'OMS pour proposer les préconisations suivantes.

L'exploration d'une infertilité doit être proposée aux personnes en fonction d'un critère de délai de tentative de conception et d'un critère d'âge :

– lorsqu'elles n'ont pas réussi à concevoir après 12 mois de rapports sexuels non protégés et sans contraception, réguliers et/ou ciblés dans la fenêtre d'ovulation, et en l'absence d'antécédent particulier orientant vers une pathologie du système reproductif ou une maladie chronique, ou un traitement reprotoxique {Costello, 2024 #22} {Sonigo, 2024 #65} {Huyghe, 2021 #64} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*European Association of Urology*, 2024 #63} {Flannigan, 2023 #61} {Ferlin, 2022 #188} ;
– lorsque la femme approche de l'âge de 35 ans {Costello, 2024 #22} {Sonigo, 2024 #65} {Huyghe, 2021 #64} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*European Association of Urology*, 2024 #63} {Flannigan, 2023 #61} {Ferlin, 2022 #188} {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62} ;
– lorsque l'homme est âgé de plus de 45 ans, en raison du déclin de la fertilité et du délai allongé pour concevoir (précision apportée par le groupe de travail). La fertilité de l'homme diminue de moitié entre les tranches d'âge 20-35 ans et 55-59 ans et le délai pour concevoir s'allonge avec le temps (6 mois avant 30 ans, 10 mois à 40-44 ans, 19 mois à 45-49 ans et 32 mois à 50 ans et plus) {Costello, 2024 #22} {Sonigo, 2024 #65} {Huyghe, 2021 #64} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*European Association of Urology*, 2024 #63} {Flannigan, 2023 #61} {Ferlin, 2022 #188}.

Le délai d'exploration peut être plus précoce dans certaines conditions {Costello, 2024 #22} {Sonigo, 2024 #65} {Huyghe, 2021 #64} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*European Association of Urology*, 2024 #63} {Flannigan, 2023 #61} {Ferlin, 2022 #188} :

– lorsque la femme est âgée de plus de 35 ans, après 6 mois de rapports sexuels non protégés ;
– lorsque l'homme approche de l'âge limite de 60 ans pour prétendre à une aide médicale à la procréation (proposition du groupe de travail) ;
– en cas de facteur de risque d'hypofertilité chez l'un ou l'autre des partenaires :
  • chez l'homme : un antécédent de cryptorchidie, d'épididymite, de torsion aiguë du cordon spermatique, de traumatisme testiculaire, de cure de hernie inguinale dans l'enfance ; une varicocèle ; une dysfonction sexuelle ; une malformation congénitale de type hypo ou épispadias, ou exstrophie vésicale, une maladie génétique rare comme le syndrome de Klinefelter (aneuploïdie) ; l'âge {Huyghe, 2021 #64}. Les effets délétères de l'obésité sur la fertilité masculine sont multifactoriels, allant au-delà de la perturbation hormonale et de la résistance à l'insuline. L'obésité est maintenant largement reconnue comme une condition d'inflammation

chronique de bas grade. Ces médiateurs pro-inflammatoires interfèrent avec la fonction des cellules de Leydig et l'intégrité de la barrière hémato-testiculaire, altérant la spermatogenèse {Szabó, 2025 #268},

- chez la femme : troubles du cycle, suspicion d'endométriose {*South African National Department of Health*, 2020 #59}, une hypothyroïdie {Haute Autorité de santé, 2023 #211} {Sonigo, 2024 #65}, une obésité et une adiposité abdominale sous-cutanée importante qui ont un impact significatif sur la fertilité et la santé reproductive, avec des effets directs sur l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien, l'ovaire et l'ovocyte, l'endomètre {Haute Autorité de santé et Fédération française de nutrition, 2024 #295} {Schon, 2024 #112}. Cliniquement, les femmes souffrant d'obésité ont fréquemment des règles irrégulières et des perturbations menstruelles {, 2021 #132},
- chez le couple, en présence de maladies qui peuvent affecter la reproduction, d'un antécédent de traitement potentiellement gonadotoxique, en cas d'exposition à un agent reprotoxique, en cas de maladies ou de causes d'origine génétique.

1.28.2. Recommandations

Les recommandations internationales sont cohérentes dans leur abord de l'exploration d'une infertilité. Celle-ci doit être proposée en fonction d'un critère de délai de tentative de conception et d'un critère d'âge. Le délai d'exploration peut être plus précoce dans certaines conditions précises.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Débuter la démarche diagnostique au bon moment

R 4. Dès lors que la femme atteint ses 35 ans et l'homme ses 45 ans, l'exploration en soins primaires doit être proposée lorsqu'une grossesse n'a pu être concrétisée après plus de 12 mois de rapports sexuels non protégés.

R 5. Les médecins et les sage-femmes doivent être attentifs à identifier sans retard les situations d'infertilité et programmer leur exploration de manière priorisée :

- après 12 mois de rapports sexuels non protégés sans grossesse, quel que soit l'âge des personnes ;
- après 6 mois de rapports sexuels non protégés après les 35 ans de la femme et/ou les 45 ans de l'homme lorsqu'une grossesse n'a pu être concrétisée ou lorsque les essais de conception excèdent plusieurs années ;
- à tout âge, en cas de facteur de risque d'hypofertilité ou de maladie déjà connue pouvant entraîner une infertilité chez l'un ou l'autre des partenaires et après 6 mois de rapports sexuels non protégés, ou lorsque les essais de conception excèdent plusieurs années.

R 6. Si les personnes approchent des limites supérieures des conditions d'âge pour prétendre à une aide médicale à la procréation (43 ans pour la femme et 60 ans pour l'homme), et notamment la femme dès l'âge de 40 ans, les médecins et les sage-femmes assurent un repérage sans délai de cette situation et orientent vers un médecin ou une équipe spécialisée en médecine de la reproduction afin d'éviter une perte de chance.

1.29. Coordination de la démarche d'exploration en première intention

Aucune recommandation n'aborde explicitement la coordination de la démarche d'exploration d'une suspicion d'infertilité.

1.29.1. Recommandations

Le groupe de travail propose une organisation permettant d'initier la démarche d'exploration, d'en préciser les objectifs, de conduire l'évaluation simultanée des partenaires, de les informer des résultats des explorations, de porter attention à leur vécu et de les orienter si nécessaire. Il propose de distinguer la responsabilité clinique et décisionnelle de la coordination, de l'organisation (planification des rendez-vous, recueil des comptes-rendus, etc.) qui peut être confiée, dans le cadre d'un exercice coordonné, à un professionnel de santé référent spécifiquement formé en santé reproductive.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Initier et coordonner la démarche en soins primaires

R 7. Le professionnel de santé auquel le couple ou la personne s'adresse en premier recours, médecin ou sage-femme, pour difficultés à concevoir initie le bilan de première intention, qu'il soit spécialiste de la santé des femmes ou de la santé des hommes.

Il recueille les données de l'anamnèse et organise la réalisation du bilan le plus souvent par deux praticiens (pour l'homme et pour la femme) et la coordonne, s'il en a la possibilité.

R 8. Si le professionnel de santé ne peut pas coordonner la démarche, il oriente la personne ou le couple vers un médecin avec lequel les personnes concernées pourront développer une relation de confiance, et lui transmet les informations recueillies avec leur accord.

R 9. La coordination de la démarche diagnostique de 1re intention est essentielle pour :

- permettre l'exploration simultanée de la situation de chaque personne, les accompagner pas à pas, éviter une errance diagnostique et une rupture du parcours de soins ;
- faire la synthèse et interpréter les résultats des investigations proposées à chacun des partenaires ;
- décider de l'orientation vers un médecin spécialisé en médecine de la reproduction et son degré d'urgence ;
- annoncer les résultats du bilan initial et envisager les suites : explorations complémentaires ou orientation vers un médecin ou une équipe spécialisée en reproduction qui assurera la coordination de la démarche diagnostique et thérapeutique ;
- repérer l'apparition et le retentissement d'une souffrance psychologique, émotionnelle ou relationnelle chez l'un des partenaires ou le couple.

R 10. L'exploration d'une situation d'infertilité peut être initiée par un médecin ou une sage-femme, puis conduite par le médecin.

La responsabilité clinique et décisionnelle de la coordination de la démarche diagnostique relève du médecin qui suit la personne ou le couple, ou du médecin spécialisé en médecine de la reproduction.

Une partie des missions d'organisation (planification des rendez-vous, recueil des comptes-rendus, etc.) peut être confiée, dans le cadre d'un exercice coordonné, à un professionnel référent spécifiquement formé en santé reproductive.

Le professionnel référent veille à rester disponible et à repérer les difficultés rencontrées par les personnes et à les partager avec le médecin avec leur accord. Le choix de recontacter les personnes

ayant interrompu leur démarche doit tenir compte du respect de leur autonomie, de la confidentialité de la situation des personnes et du contexte clinique.

1.30. Principes de l'exploration en première intention

1.30.1. Démarche structurée et centrée sur le couple

Les recommandations de la *World Health Organization* intitulées « *Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility* » et publiées en novembre 2025 précisent que l'évaluation d'une situation d'infertilité prend place dans un parcours allant du diagnostic jusqu'à une proposition de traitement de l'infertilité et repose sur des étapes définies {*World Health Organization*, 2025 #236}.

L'exploration d'une situation d'infertilité chez un couple doit suivre une démarche systématique et structurée avec des étapes communes aux couples et des explorations spécifiques à chacun des partenaires. Certaines étapes du bilan initial peuvent être réalisées en soins primaires {Huyghe, 2021 #64} {Flannigan, 2023 #61} {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62}.

Selon la Société française d'endocrinologie, l'évaluation en parallèle des deux membres du couple est indispensable, même en cas de cause évidente chez l'un des deux partenaires, la fertilité d'un couple dépendant de la fécondité de l'un et de l'autre partenaire {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.

L'importance d'une approche centrée sur le couple réside dans le fait de s'assurer qu'aucune personne ne porte seule le fardeau ou la responsabilité des difficultés de conception ou d'une situation d'infertilité. L'accent est mis sur l'égalité des partenaires face à une situation et un engagement qui leur sont communs. Cette inclusivité a un impact positif sur l'ensemble du vécu du parcours des couples, de l'exploration de l'infertilité à son traitement le cas échéant {*South African National Department of Health*, 2020 #59}.

Les partenaires devraient être reçus ensemble lors des consultations, car ils sont concernés par les décisions relatives à l'exploration simultanée d'une infertilité, la recherche des causes et par la suite son traitement {*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017 #67} {*European Association of Urology*, 2024 #63}.

Le couple doit recevoir les mêmes informations au départ de l'exploration d'une infertilité : objectifs de la démarche et ses étapes, accès à une équipe spécialisée en fonction de l'exploration de la situation. Le contenu des informations et ses modalités de délivrance doivent être proposés sous un format accessible à toute personne, quel que soit son niveau de littératie. Le professionnel qui délivre les informations doit s'assurer de leur compréhension par les personnes concernées {*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017 #67}.

1.30.2. Recommandations

De l'avis du groupe de travail, une consultation longue devrait être proposée aux partenaires ensemble, si cela est possible, puis à chaque partenaire. Les informations à recueillir sont nombreuses, l'écoute, l'attention portée aux inquiétudes des personnes quant à leur fertilité, à une anxiété liée à l'attente de la grossesse, aux explications concernant la démarche d'exploration de la situation d'infertilité nécessitent un temps dédié permettant aux personnes de s'engager dans un parcours qui peut parfois être long et difficile sur le plan psychologique et relationnel.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Centrer d'emblée l'approche sur le couple

R 11. Lors d'une consultation longue dédiée au couple et à chaque partenaire, il est préconisé dès le début de la démarche :

- de garantir à chaque personne la confidentialité des échanges et de recueillir l'accord de chaque partenaire avant tout échange ou partage d'informations qui le concerne ;
- d'écouter leurs demandes et leurs attentes ;
- de rechercher systématiquement un retentissement émotionnel et/ou relationnel chez les partenaires et de s'assurer qu'aucune des deux personnes ne porte seule le fardeau ou la responsabilité des difficultés de conception ou d'une situation d'infertilité ;
- de délivrer à chaque personne concernée les mêmes informations sur l'exploration de la situation d'infertilité : les objectifs de la démarche diagnostique, ses étapes, l'utilité, le degré d'urgence, les bénéfices escomptés des explorations, l'orientation dans le système de santé ;
- de proposer (ou développer) des supports d'information adaptés à tout public ou un renvoi vers des sites internet fiables et accessibles (sociétés savantes) en complément de l'information orale ;
- de s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées et de leur permettre de s'engager dans la démarche diagnostique ;
- de délivrer une information sur la possibilité de contacter une association d'usagères et d'usagers orientée vers le soutien à la fertilité ou à la parentalité.

R 12. Si les partenaires ne sont pas reçus ensemble à la première consultation ou sont suivis par des professionnels de santé différents, l'évaluation de leur situation individuelle est initiée en même temps et en concertation, afin :

- d'identifier les éléments en faveur de la fertilité et les causes susceptibles d'entraîner une situation d'infertilité chez l'homme et chez la femme, le plus rapidement possible ;
- de prendre des décisions sur la poursuite et le contenu des explorations, leur degré d'urgence.

R 13. Des moments clés de vulnérabilité sont identifiables et peuvent nécessiter si besoin un accompagnement par un psychologue. Il est préconisé de porter attention :

- avant toute exploration, aux inquiétudes des personnes quant à leur fertilité, à une anxiété liée à l'attente de la grossesse ;
- au début de la démarche d'exploration, à l'éventuelle redistribution de culpabilité et/ou de responsabilité chez les partenaires, aux reproches implicites, à la disqualification de l'un des partenaires ;
- pendant les explorations et l'orientation vers un praticien ou une équipe spécialisée pour une évaluation plus approfondie, à l'épuisement psychique, au sentiment de vivre au rythme médical et à la réduction de la fonction sexuelle à sa stricte fonction procréative.

1.31. Conduire l'exploration en première intention d'une situation d'infertilité

1.31.1. Dans les recommandations internationales

Idéalement, l'évaluation de la situation d'infertilité devrait être débutée en présence de chacun des partenaires. Si cet idéal ne peut être atteint, l'évaluation de la situation des partenaires féminin et masculin est initiée simultanément afin de faire un diagnostic rapide de l'infertilité avant d'envisager une option de traitement {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Les recommandations internationales et françaises publiées dans les cinq dernières années sont consensuelles sur les domaines d'exploration d'une infertilité chez les deux partenaires. Le recueil des antécédents médicaux, reproductifs et sexuels est systématique au cours d'un entretien complété par un examen clinique, et si nécessaire d'un bilan complémentaire {Huyghe, 2021 #64} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {Flannigan, 2023 #61} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*European Association of Urology*, 2024 #63} {Sonigo, 2024 #65} {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Les données d'évaluation identifiées dans les recommandations de bonne pratique comprennent les éléments suivants.

- Absence de grossesse après une durée de plus de 12 mois (6 mois en fonction de l'âge de la femme) de rapports sexuels non protégés {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62}.
- Données démographiques : âge {Flannigan, 2023 #61} {Huyghe, 2021 #64} {*European Association of Urology*, 2025 #63} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.
- Durée de vie commune, avec/sans contraception {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.
- Antécédents reproductifs : fertilité antérieure du couple et des deux partenaires indépendamment [grossesses, naissances vivantes, fausses couches (2 ou plus)] {Huyghe, 2021 #64} {*European Association of Urology*, 2025 #63} {Brannigan, 2024 #23}.
- Caractère primaire ou secondaire de l'infertilité : cet élément a une valeur pronostique et d'orientation, mais ne modifie pas les modalités de l'évaluation initiale {Huyghe, 2021 #64} {*European Association of Urology*, 2025 #63}.
- Durée de l'infertilité {Huyghe, 2021 #64} {*European Association of Urology*, 2025 #63} {Brannigan, 2024 #23}.
- Explorations préalablement réalisées {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.
- Fonction et pratiques sexuelles : libido, fonction érectile, capacité d'éjaculation, mécanique des rapports sexuels, utilisation de lubrifiant {Flannigan, 2023 #61}.
- Fréquence des rapports sexuels, synchronisation avec l'ovulation {Flannigan, 2023 #61} {Huyghe, 2021 #64} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {*European Association of Urology*, 2025 #63} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60}.
- Santé sexuelle : vaccinations, date du dernier frottis, contraception et date d'arrêt de la contraception, infections sexuellement transmissibles passées et traitement {Huyghe, 2021 #64} {Flannigan, 2023 #61} {*European Association of Urology*, 2025 #63}.
- Facteurs d'altération de la fertilité et de la santé globale : consommations à risque (alcool, tabac, cannabis) {Sonigo, 2024 #65} {*European Association of Urology*, 2025 #63} {*World Health Organization*, 2025 #236}.
- Traitements de l'infertilité reçus à ce jour {Flannigan, 2023 #61}.
- Résultats de cycles d'assistance médicale à la procréation {Brannigan, 2024 #23}.

1.31.2. Recommandations

Le groupe de travail souligne que le recueil de l'ensemble des informations fournies par le couple et chacun des partenaires permet de reconstituer l'histoire personnelle et familiale en lien avec la santé sexuelle et reproductive, et plus largement leur santé globale. Ce recueil est essentiel à l'orientation de la prescription d'examens complémentaires afin d'éviter les examens inutiles.

Le contenu du recueil de données concernant les partenaires s'appuie sur les recommandations françaises et internationales qui sont cohérentes entre elles.

Le groupe de travail préconise un recueil initial de données concernant les partenaires si ceux-ci se présentent ensemble à la consultation, puis un recueil de données concernant chacun des partenaires.

Dans l'intervalle avec la prochaine consultation, délivrer des informations et des messages de prévention en faveur de la fertilité et de la santé globale.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Concernant les partenaires

R 14. Les conditions d'une relation de confiance sont mises en place grâce à :

- une attitude d'ouverture et de non-jugement ;
- un temps de consultation dédié au couple préférentiellement et à chaque partenaire ;
- en fonction de la complexité de la situation, la programmation d'une seconde consultation ou d'un temps suffisamment long pour reconstituer l'histoire personnelle et familiale des partenaires ;
- un dialogue fondé sur des questions ouvertes, puis ciblées pour recueillir et échanger des informations.

R 15. Dès le début de l'exploration et avant la prochaine consultation, délivrer des informations et des messages de prévention en faveur de la fertilité. Ils concernent le tabac, l'alcool, les autres substances psychoactives, les expositions domestiques et professionnelles, la sédentarité, l'activité physique, la qualité de l'alimentation, la qualité et quantité de sommeil, le stress. L'utilisation de supports d'information adaptés à tout public est préconisée en complément.

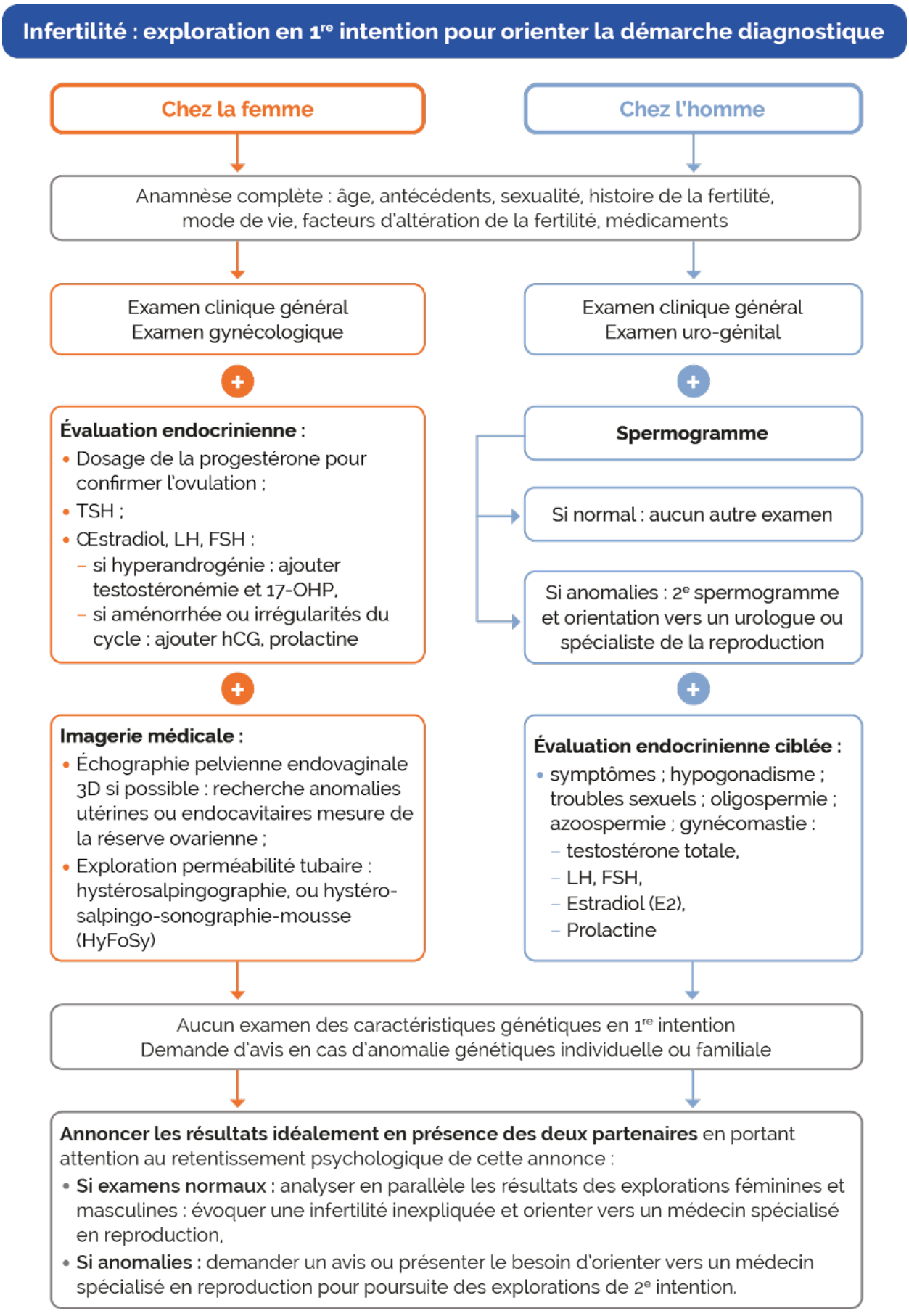

Figure 2. Algorithme d'exploration d'une infertilité en première intention pour orienter la démarche diagnostique chez la femme et l'homme

R 16. Le recueil initial de données recommandé pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité chez les partenaires comprend les éléments listés dans l'encadré 7.

Encadré 7. Anamnèse des partenaires pour l'exploration d'une suspicion d'infertilité

- Demandes du couple, exploration du projet parental et ses significations subjectives (motivations, attentes culturelles et sociales, etc.).
- Informations personnelles : âge de chaque partenaire.
- Durée de l'infertilité/tentative pour concevoir (mois, années).
- Éventuelle stratégie contraceptive utilisée par le passé.
- Fertilité antérieure du couple et des deux partenaires indépendamment : grossesses, naissances vivantes, arrêt(s) de grossesse spontané(s) ou volontaire(s), grossesses extra-utérines, temps écoulé depuis la dernière fécondation.
- Examens antérieurs pour infertilité.
- Traitements antérieurs pour infertilité, cycles d'assistance médicale à la procréation et résultats.
- Activité sexuelle et pratiques : contexte relationnel, satisfaction lors des rapports, difficultés rencontrées, fréquence des rapports sexuels, avec éjaculation intravaginale et en synchronisation avec la période fertile du cycle.
- Tensions conjugales, difficultés sexuelles, contexte social, culturel, familial, cultuel.
- Évaluation systématique du retentissement émotionnel et relationnel.
- Antécédents psychiatriques, traumatiques et consommations à risque.
- Facteurs d'altération de la fertilité et de la santé globale : âge de la femme et de l'homme, tabac, alcool, substances psychoactives, expositions environnementales et professionnelles, médicaments, alimentation, activité physique, sommeil et rythme de vie (cf. Annexe 1).

1.32. Contenu de l'exploration initiale chez l'homme

1.32.1. Dans les recommandations internationales

Les recommandations publiées depuis 2021 proposent une évaluation initiale incluant au minimum les éléments suivants : histoire médicale et reproductive, antécédents médicaux, examen physique, analyse du sperme (en référence aux valeurs de l'OMS) {Huyghe, 2021 #64} {Ferlin, 2022 #188} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*European Association of Urology*, 2025 #63} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {Flannigan, 2023 #61} {Brannigan, 2024 #23} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Le groupe de travail a défini un contenu pour l'exploration initiale chez l'homme à partir de l'analyse des recommandations, avec comme principe l'accessibilité en soins de premier recours.

Histoire médicale et reproductive

Un contenu détaillé est proposé dans les recommandations françaises {Huyghe, 2021 #64}, européennes de l'*European Association of Urology* {*European Association of Urology*, 2025 #63} et celles internationales de l'OMS {*World Health Organization*, 2025 #236}. Les autres recommandations de bonne pratique s'attachent à décrire un contenu minimal : Association canadienne des urologues {Flannigan, 2023 #61}, Société française d'endocrinologie {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}, Société italienne d'andrologie et de médecine sexuelle (SIAMS) {Ferlin, 2022 #188} (Tableau 2).

Tableau 2. Contenu de l'anamnèse pour une exploration en première intention d'une situation d'infertilité chez l'homme élaboré à partir des recommandations de bonne pratique françaises et internationales

Histoire médicale et de la reproduction
Anomalies fonctionnelles : troubles de la libido, de l'érection, de l'éjaculation entraînant des rapports sexuels peu fréquents ou incomplets {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {Ferlin, 2022 #188}
Données plus détaillées {Huyghe, 2021 #64} {*European Association of Urology*, 2024 #63} :
La fréquence des coïts et leur calendrier
La durée d'infertilité et la fertilité antérieure du couple et des deux partenaires
La fécondabilité et l'âge de la partenaire
L'histoire sexuelle incluant les infections sexuellement transmises
Le caractère primaire ou secondaire de l'infertilité masculine : cet élément a une valeur pronostique et d'orientation, mais ne modifie pas les modalités de l'évaluation initiale
Antécédents médicaux et/ou personnels chez l'homme
Infections : épididymite, orchite, maladie systémique récente/fièvre
Anomalies congénitales : testicules non descendus, retard de puberté
Cancers : traitements reçus (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie)
Diabète
Traumatisme, torsion testiculaire
Anosmie (c.-à-d. syndrome de Kallman) – Hémianopsie bitemporale (p. ex., tumeur de l'hypophyse)
Problèmes respiratoires (p. ex., fibrose kystique) {Flannigan, 2023 #61}
Antécédents d'infection testiculaire bilatérale (orchite ourlienne) {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}
Infections sexuellement transmissibles {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}, sinusites et bronchites à répétition (pouvant faire suspecter une mucoviscidose) {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}
Pathologies de l'enfance et l'histoire du développement (cryptorchidie, troubles de la différenciation sexuelle). Pathologies de système (notamment diabète et obésité), cancers, maladies génétiques (chromosomiques, mucoviscidose) et affections respiratoires et ORL {Huyghe, 2021 #64}
Infections urogénitales (orchi-épididymites dans un contexte d'IST, orchite ourlienne, urétrite, prostatite, infections urinaires, tuberculose génitale) {Huyghe, 2021 #64}
Tous les facteurs de risque et les comportements susceptibles d'affecter la fertilité du partenaire masculin, tels que le mode de vie, les antécédents familiaux (y compris le cancer testiculaire), les comorbidités (y compris les maladies systémiques, par exemple l'hypertension, le diabète sucré, l'obésité, le syndrome métabolique, le cancer testiculaire, etc.), les infections génito-urinaires (y compris les infections sexuellement transmissibles), les antécédents de chirurgie testiculaire et tout médicament ou drogue récréative potentiellement gonadotoxique {*European Association of Urology*, 2024 #63}
Antécédents chirurgicaux et traumatismes
Vasectomie, orchidectomie, orchidopexie, hydrocélectomie et spermatocélectomie, correction de varicocèle, chirurgie transurétrale de la prostate, chirurgie rétropéritonéale et pelvienne, réparation d'une hernie inguinale, chirurgie cérébrale/hypophysaire {Flannigan, 2023 #61}
Antécédents de cryptorchidie, de traumatisme testiculaire {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}
Hernie inguinale bilatérale opérée évoquant une lésion chirurgicale des canaux déférents et/ou de la vascularisation testiculaire à l'origine d'une atrophie testiculaire {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}
Antécédents de chirurgie du col vésical ou paraplégie ou un diabète ancien avec neuropathie végétative pouvant entraîner une éjaculation rétrograde dans la vessie {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}
Chirurgies antérieures, notamment chirurgies inguinoscrotales (cryptorchidie, hernie inguinale, varicocèle), torsion du cordon spermatique, traumatisme (bassin, organes génitaux externes, périnée), vasectomie {Huyghe, 2021 #64}
Traitements médicamenteux et radiothérapie (actuels et antérieurs)

Testostérone/hormonothérapie, stéroïdes anabolisants, suppléments pour sportifs – Agents chimiothérapeutiques – Narcotiques – Alpha-bloquants – Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase – Antibiotiques (p. ex., sulfasalazine) – ISRS. Traitements passés ou en cours (chimiothérapie, radiothérapie abdominopelvienne ou hypophysaire) {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}

Données plus détaillées dans les recommandations françaises {Huyghe, 2021 #64} :

Doit être pris en considération tout traitement pouvant avoir potentiellement un impact direct ou indirect sur la spermatogenèse ou perturber l'axe gonadotrope ou interférer avec les réactions sexuelles. Devant tout traitement, il convient de vérifier les RCP et se référer au site du CRAT

Chimiothérapie antimitotique : tous les traitements comprenant des substances antimitotiques altèrent potentiellement la spermatogenèse, mais certaines substances ont un effet majeur, parmi lesquelles les agents alkylants qui sont les plus susceptibles d'entraîner un arrêt définitif de la spermatogenèse avec azoospermie, et les sels de platine

Certains médicaments anti-infectieux pourraient entraîner des altérations quantitatives ou qualitatives de la spermatogenèse, réversibles à l'arrêt du traitement : les nitrofuranes et le kétoconazole

De nombreux médicaments du système nerveux central (les IMAO, les imipraniques, les ISRS, le lithium, les neuroleptiques et apparentés, les anticonvulsifs) peuvent être responsables de troubles sexuels (baisse de la libido, perte de l'éjaculation) et certains de perturbations de la spermatogenèse (oligo-asthéno-térato-zoospermie), ou des deux à la fois. Ces effets sont réversibles après l'arrêt du traitement

Tous les stéroïdes peuvent perturber la spermatogenèse, particulièrement les traitements androgéniques, œstrogéniques ou progestatifs

Certains autres médicaments peuvent être responsables de trouble de la spermatogenèse lors de traitements prolongés (Tagamet® et colchicine) ; les effets sont réversibles après l'arrêt des traitements

Les traitements de l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP) : alpha-bloquants, inhibiteurs de la 5-alpha-réductase

Radiothérapie : il existe un effet-dose. Le fractionnement augmente l'effet délétère

Exposition à des facteurs avec impact négatif pour la spermatogenèse ou les spermatozoïdes

Addictions (alcool, tabac, cannabis, héroïne, sport de compétition – dopage à la testostérone et/ou aux anabolisants) {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {Flannigan, 2023 #61}

Consommation tabagique : nombre de cigarettes par jour ou équivalent, nombre de paquets-année (PA), consommation régulière ou occasionnelle. Le tabac entraîne une altération de la spermatogenèse, une diminution de la mobilité des spermatozoïdes et une diminution significative des chances de succès en AMP {Huyghe, 2021 #64}

Consommation de cannabis et d'autres stupéfiants (colles, crack, héroïne, cocaïne, drogues de synthèse) {Huyghe, 2021 #64}

Consommation de boissons alcoolisées : en quantifiant la consommation (nombre de verres par jour) et en précisant son mode (occasionnel ou régulier) {Huyghe, 2021 #64}

Exposition à la chaleur (bains chauds, sauna, hammam, sous-vêtements serrés, efforts physiques intenses et prolongés, activités sportives, ordinateurs portables installés sur les cuisses) {Huyghe, 2021 #64}

Expositions environnementales et professionnelles

Expositions environnementales (p. ex., chaleur excessive sur les testicules, pesticides, produits chimiques) {Flannigan, 2023 #61}

Exposition aux toxiques, exposition professionnelle (solvants organiques, pesticides, autres perturbateurs endocriniens) {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}

Exposition professionnelle à la chaleur (boulangers, cuisiniers, métallurgie, positions assises prolongées, etc.) {Huyghe, 2021 #64}

Exposition aux produits reprotoxiques : perturbateurs endocriniens (pesticides et solvants produits de nettoyage, peinture dans les métiers de l'agriculture, de l'industrie chimique, de la coiffure, etc.) {Huyghe, 2021 #64}

Consommation de stéroïdes anabolisants {Huyghe, 2021 #64}

Exposition aux radiations ionisantes et aux agents cytotoxiques {Huyghe, 2021 #64}

Stress, travail de nuit, etc. {Huyghe, 2021 #64}

Antécédents familiaux
Données détaillées {Huyghe, 2021 #64} :
Enquête familiale avec constitution éventuellement de l'arbre généalogique
Recherche d'une hypofertilité chez les apparentés (recours à des traitements de l'infertilité chez les parents)
Pathologies de la sphère génito-urinaire (cryptorchidie, cancer du testicule)
Recherche de pathologies génétiques familiales (mucoviscidose, malformations infantiles et handicaps, mortalité périnatale)
Rechercher une consanguinité (chez les parents du patient ou dans le couple)
Prise de médicaments par la mère (diéthylstilbestrol, ou DES)

Examen clinique

Un contenu minimal proposé par la Société canadienne d'urologie {Flannigan, 2023 #61} :

- un examen de l'organisme entier : critères sexuels secondaires, gynécomastie ;
- un examen de l'abdomen : palpation des orifices herniaires, cicatrices abdominales, cicatrices inguinales ou scrotales indiquant une réparation de hernie, une orchidopexie, une cure d'hydrocèle ;
- un examen du scrotum : taille, consistance et position des testicules ; masse testiculaire et au niveau de l'épididyme, canal déférent palpable, présence et grade de la varicocèle ;
- le dépistage d'une obésité.

Une revue de synthèse de la littérature mise à jour en 2023 {Bendarska-Czerwińska, 2022 #259} explique le lien entre l'obésité et la corpulence. Chez les hommes en obésité, des niveaux diminués de testostérone, d'hormones lutéinisantes et de globuline liant les hormones sexuelles sont observés. L'augmentation de la quantité d'adipocytes affecte négativement la qualité et la quantité des spermatozoïdes, et à mesure que l'IMC augmente, le nombre total de spermatozoïdes diminue. Les auteurs rapportent les résultats d'une méta-analyse de 21 études impliquant 13 000 hommes qui a montré une incidence plus élevée d'oligozoospermie et d'azoospermie chez les hommes en obésité.

L'examen clinique andrologique peut également se justifier pour rechercher une varicocèle et une masse testiculaire. La varicocèle est retrouvée chez 15 % à 20 % de la population générale masculine, 35 % des hommes présentant une infertilité primaire et plus de 70 % une infertilité secondaire {Kursh, 1987 #237}. Un risque accru de cancer du testicule chez les hommes infertiles a été montré {Maiolino, 2023 #238} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.

Un contenu plus complet est proposé par plusieurs sociétés savantes et organisations internationales.

Les recommandations européennes d'urologie {*European Association of Urology*, 2024 #63} proposent de rechercher à l'examen clinique :

- la présence de caractéristiques sexuelles secondaires, l'évaluation de la taille, de la texture et de la consistance des testicules ; d'autres altérations physiques, telles que des anomalies du pénis (par exemple, phimosis, frein court, nodules fibreux, épispadias, hypospadias, etc.), une distribution anormale de la pilosité, une gynécomastie ;
- la recherche de signes d'hypogonadisme : caractéristiques sexuelles secondaires anormales, volume et/ou une consistance testiculaire anormaux, masses testiculaires (potentiellement évocatrices d'un cancer), absence de testicules (uni- ou bilatérale) ;

- la présence du canal déférent, le volume de l'épididyme et la présence d'une varicocèle doivent toujours être déterminés. De même, les anomalies palpables du testicule, de l'épididyme et du canal déférent doivent être repérées.

Les recommandations de la Société française d'endocrinologie {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} proposent de rechercher :

- la présence d'un surpoids, d'une obésité : mesure de la taille et du poids pour calculer l'IMC ;
- des signes d'hypoandrisme : faible pilosité, faible masse musculaire, répartition des graisses, adiposité augmentée ;
- des cicatrices de gestes chirurgicaux (plis inguinaux, scrotum, cryptorchidie) ;
- une gynécomastie ;
- un aspect gynoïde, eunuchoïde ;
- d'autres signes : hypospadias, infection du méat, autres anomalies de la verge.

Les recommandations de l'AFU-SALF {Huyghe, 2021 #64} détaillent l'examen clinique comme suit :

- une recherche de symptômes présents ou passés comme :
  - des douleurs au niveau de l'appareil urogénital orientant le plus souvent vers une origine infectieuse ou une varicocèle,
  - des signes digestifs ou respiratoires pouvant orienter vers une mucoviscidose,
  - des dysfonctions sexuelles (troubles du désir, de l'érection, de l'éjaculation) ;
- un examen général avec évaluation des caractères sexuels secondaires (morphotype, pilosité, taille, distribution des graisses, calcul de l'indice de masse corporelle) ;
- un examen des organes génitaux : examen du pénis, avec localisation du méat urétral (hypospadias) ; examen bilatéral et comparatif des testicules, épididymes, et déférents par palpation des testicules : mensuration, estimation de la consistance et recherche systématique d'un nodule testiculaire ; présence et consistance des déférents et épididymes (recherche des signes obstructifs de la voie génitale) ; recherche d'une varicocèle à la palpation (même si l'homme a un spermogramme normal) ;
- le toucher rectal n'est pas systématique.

Les recommandations de la WHO {*World Health Organization*, 2025 #236} proposent :

- un examen général :
  - taille, poids, calcul de l'IMC, mesure de la pression artérielle,
  - signes d'hypo ou hyperandrogénisme, caractères sexuels secondaires ;
- un examen uro-génital : pénis, palpation des testicules des déférents et épididymes (dans le scrotum, dans la région inguinale), volume des testicules (orchidomètre de Prader ou autre), varicocèle, hydrocèle, hernie, état cutané du scrotum ;
- un examen inguinal : recherche d'une adénopathie.

Explorations complémentaires biologiques

Une analyse du sperme est systématique dans le bilan de 1re intention – avec un strict respect des valeurs de référence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les caractéristiques du sperme humain {Flannigan, 2023 #61} {Huyghe, 2021 #64} {Sonigo, 2024 #65} {*European Association of Urology*, 2024 #63} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {Brannigan, 2024 #23} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Les paramètres spermatiques évalués sont :

- physicochimiques du plasma séminal : volume, pH, viscosité ;
- cellulaires : la concentration et la numération totale des spermatozoïdes dans l'éjaculat, la mobilité, la vitalité et la morphologie des spermatozoïdes.

Les modalités du spermogramme sont précisées dans plusieurs recommandations (le recueil par masturbation a lieu au laboratoire, après 2 à 7 jours d'abstinence sexuelle, avec absence de fièvre dans les 3 mois précédant l'examen). Le délai d'abstinence doit être fourni sur le compte-rendu d'examen, et à défaut, précisé par le praticien. Il est également nécessaire de recueillir l'avis du patient sur les éventuelles difficultés lors du prélèvement {Huyghe, 2021 #64} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}. Les modalités du spermogramme doivent être expliquées à l'homme concerné par le prescripteur et par le laboratoire d'analyse. La bonne compréhension des informations doit être vérifiée par reformulation.

L'interprétation du spermogramme et la recherche des anomalies s'effectuent grâce aux normes et à la nomenclature des anomalies du spermogramme de l'OMS (selon les normes du *World Health Organization*. *Manual : WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. July* 27, 2021, pages 35-6 https://www.who.int/publications/i/item/9789240030787) {Huyghe, 2021 #64} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Un spermogramme datant de moins d'un an reste valable en l'absence d'évènements intercurrents.

La SFE souligne que cet examen doit être interprété de façon critique, surtout si les anomalies sont modérées. Les critères de normalité sont difficiles à établir en raison de l'extrême variabilité des paramètres, à la fois inter- et intra-individuelle. Les conditions de recueil doivent être également soigneusement contrôlées, notamment en cas d'affection même bénigne et de courte durée, telle qu'un épisode grippal, qui est susceptible de retentir sur les caractéristiques du sperme émis 2 à 3 mois plus tard, en raison de la durée de 74 jours du cycle de la spermatogenèse. Lorsqu'il apparaît pathologique, le spermogramme doit donc être contrôlé 3 mois plus tard {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.

L'EAU distingue trois niveaux de procédures d'examen du sperme dont certaines relèvent de l'analyse de la situation par un spécialiste de la reproduction {*European Association of Urology*, 2024 #63} :

- en première intention, des examens de base, qui doivent être effectués par chaque laboratoire, à partir des procédures standardisées et des techniques de qualité : numération, mobilité des spermatozoïdes, morphologie ;
- en seconde intention, des analyses étendues sont effectuées à la demande du laboratoire ou à la demande de praticiens spécialisés dans la reproduction ;
- en troisième intention, des examens avancés et des analyses plus complexes (comme les tests de fragmentation de l'ADN du sperme) chez des couples ayant des antécédents d'interruptions spontanées de grossesse récurrentes à la suite d'une conception naturelle ou d'une assistance médicale à la procréation, ainsi que chez les hommes souffrant d'infertilité masculine inexpliquée à la demande de spécialistes de la reproduction.

Les bénéfices d'un second spermogramme ne sont pas démontrés sauf si les modalités de réalisation n'ont pas été respectées {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Si tous les paramètres du spermogramme sont dans les limites de la normale, un seul spermogramme est suffisant. En l'absence de nouveaux éléments évocateurs d'infertilité masculine à l'entretien avec la personne, il n'est pas recommandé de contrôler les résultats du spermogramme chez un couple qui consulte pour un bilan initial d'infertilité {Sonigo, 2024 #65} {Brannigan, 2024 #23}.

Lorsque l'analyse de sperme selon les critères de l'OMS est normale, l'imagerie testiculaire n'est pas recommandée, tout comme la recherche d'anticorps anti-spermatozoïdes, d'une fragmentation de l'ADN, le test de condensation de la chromatine spermatique, le dépistage de l'aneuploïdie des spermatozoïdes, les tests hormonaux sanguins, le test HPV du sperme, les tests microbiologiques {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62}.

- En cas de paramètres spermatiques normaux et si l'évaluation initiale, comportant les 3 éléments (entretien approfondi + examen clinique + 1 spermogramme), ne montre pas d'anomalie : pas de nécessité de réaliser un second spermogramme, ni d'examens complémentaires, sauf en cas d'infertilité inexpliquée (bilan de base féminin et masculin négatif) où une orientation vers un médecin spécialiste de la reproduction est nécessaire {Huyghe, 2021 #64} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*World Health Organization*, 2025 #236}.
- En cas d'anomalie repérée à l'entretien approfondi ou à l'examen clinique ou au premier spermogramme, il est nécessaire {Huyghe, 2021 #64} :
  - de contrôler à nouveau avec le patient les conditions d'examen (délai d'abstinence, conditions de recueil, fièvre dans les 3 mois précédant l'examen) et de faire refaire le spermogramme si les modalités n'ont pas été respectées ;
  - d'orienter vers un urologue ou un autre spécialiste de la reproduction masculine pour rechercher des anomalies urogénitales, prescrire un second spermogramme (au mieux à 3 mois d'intervalle) dès lors qu'il existe une(des) anomalie(s) sur le premier examen et prescrire un complément d'examens à visée diagnostique, pronostique et/ou d'orientation thérapeutique (échographie des voies génitales, échographie scrotale, autres examens spermiologiques notamment).

Autres examens du sperme

La quasi-majorité des recommandations de bonne pratique ne propose aucun autre examen du sperme en première intention.

La spermoculture n'est pas recommandée si les paramètres spermatiques sont normaux et en l'absence de symptômes associés à une infection des voies génito-urinaires {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62} {Huyghe, 2021 #64} {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60}.

Le test post-coïtal ou test de Hühner n'est plus recommandé en évaluation initiale. C'est un examen microscopique du mucus cervical réalisé juste avant la date prévue d'ovulation, quelques heures après un rapport sexuel (sous réserve d'un rapport sexuel avec éjaculation) pour identifier la présence de spermatozoïdes mobiles dans la glaire. Ce test calculant le nombre de spermatozoïdes ayant une aptitude migratoire et une survie normale dans la glaire peut aider à identifier un facteur cervical qui ne serait pas suspecté sur l'historique ou à l'examen clinique et en tenant compte des résultats du spermogramme. Il existe de très grandes variations intra et inter-observateurs {Huyghe, 2021 #64}.

Compte tenu de son caractère contraignant, de sa faible reproductivité et de sa faible valeur prédictive des chances de grossesse spontanée ou en insémination intra-utérine, la réalisation d'un test post-coïtal n'est pas recommandée dans le bilan initial du couple infertile {Sonigo, 2024 #65} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.

Place de l'évaluation endocrinienne dans un bilan d'exploration d'une infertilité masculine

L'évaluation endocrinienne n'est pas systématique en première intention.

Aucune justification n'a été retrouvée dans les recommandations internationales pour soutenir la prescription systématique d'un bilan endocrinien en évaluation de première intention chez les hommes présentant une infertilité, et dont les résultats d'un spermogramme sont dans la norme selon les critères de l'OMS {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62} {*European Association of Urology*, 2024 #63} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

L'évaluation de la fonction thyroïdienne n'est pas recommandée dans le bilan de l'homme infertile en l'absence de signes cliniques de dysthyroïdie {Huyghe, 2021 #64}.

L'évaluation endocrinienne est ciblée dans certaines situations.

Plusieurs maladies endocriniennes ont un impact sur la reproduction masculine {Sengupta, 2021 #300} {Hussain, 2025 #298}. L'évaluation endocrinienne est particulièrement justifiée en cas :

- de symptômes et/ou d'examen clinique suggérant un hypogonadisme (déficience en testostérone), des caractères sexuels anormaux, des volumes testiculaires abaissés {Huyghe, 2021 #64} ;
- de troubles sexuels (baisse de la libido, dysfonction érectile) {Huyghe, 2021 #64}. La prolactine doit être mesurée en cas de troubles de la libido avec dysfonction sexuelle ou bien de gynécomastie non expliquée ou devant toute insuffisance gonadotrope {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} ;
- d'oligospermie inférieure à 10 millions/ml ou d'azoospermie {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {Ferlin, 2022 #188} {*World Health Organization*, 2025 #236}, l'exploration hormonale (testostérone totale, LH, FSH) permet de diagnostiquer un déficit gonadotrope hypothalamo-hypophysaire ou une insuffisance testiculaire primitive.

Explorations complémentaires d'imagerie

Les échographies des voies génitales sont justifiées dans certaines situations

Les échographies ne doivent pas se substituer à l'examen clinique, elles ne sont pas proposées en routine à l'exception de situations bien définies précisées dans les recommandations internationales {Ferlin, 2022 #188} {Flannigan, 2023 #61} {*European Association of Urology*, 2024 #63}.

- L'échographie scrotale n'est pas prescrite en bilan initial, mais peut être envisagée s'il est difficile de procéder à un examen physique (testicule atrophique à l'examen clinique, testicule non retrouvé, absence bilatérale des canaux déférents à l'examen clinique).
- L'échographie scrotale est systématique en cas de masse testiculaire retrouvée à l'examen andrologique {Flannigan, 2023 #61} pour mesurer le volume testiculaire, évaluer l'anatomie et la structure testiculaire, y compris la détection des signes d'obstruction et de dysgénésie testiculaire {*European Association of Urology*, 2024 #63}.
- L'échographie scrotale est systématique en cas de suspicion de cancer testiculaire et s'il existe des facteurs de risque de cancer testiculaire (cryptorchidie, antécédents de cancer du testicule, testicule atrophique) {Ferlin, 2022 #188} {Huyghe, 2021 #64} {*European Association of Urology*, 2024 #63}, ou si l'examen physique suspecte l'absence bilatérale des canaux déférents (ABCD), dans ce cas, l'échographie scrotale est complétée par une échographie pelvienne {Huyghe, 2021 #64}.
- L'échographie transrectale n'est pas prescrite en bilan initial {Ferlin, 2022 #188} {Huyghe, 2021 #64} {*European Association of Urology*, 2024 #63}. Elle est indiquée notamment chez les patients ayant une azoospermie chez lesquels on suspecte une cause excrétoire {Ferlin, 2022 #188} {Huyghe, 2021 #64}.

Examens génétiques non prescrits en évaluation initiale

Aucun examen génétique n'est prescrit systématiquement en bilan de première intention.

Caryotype, recherche des microdélétions du chromosome Y, analyse des mutations du gène CFTR ou (ABCC7) correspondent à des indications précises et ne sont pas prescrits en évaluation initiale {Huyghe, 2021 #64} {Flannigan, 2023 #61}. Un conseil génétique doit être proposé chaque fois qu'une anomalie génétique individuelle ou familiale est détectée ou suspectée chez l'un ou les deux partenaires {Huyghe, 2021 #64}.

Les règles françaises de bonnes pratiques en génétique constitutionnelle à des fins médicales (hors diagnostic prénatal) s'appliquent dans ce contexte {Haute Autorité de santé et Agence de la biomédecine, 2013 #275}.

1.32.2. Recommandations

Les données de l'examen clinique sont cohérentes entre les recommandations de bonne pratique internationales, à l'exception du toucher rectal qui ne devrait pas être systématique, et plutôt réservé en deuxième intention en fonction d'antécédents infectieux ou de signes d'appel.

Le groupe de travail propose d'ajouter à l'examen clinique l'évaluation de la musculature et la répartition des graisses, la recherche de lésions cutanées au niveau du scrotum, la recherche d'une varicocèle et d'une masse testiculaire.

Le groupe de travail indique que l'examen clinique est essentiel dans la démarche diagnostique de l'infertilité. Il complète l'anamnèse et guide la prescription d'examens complémentaires utiles et inutiles. Il propose un examen clinique complet de manière à guider la suite de la démarche diagnostique en s'appuyant sur les recommandations internationales les plus détaillées.

L'examen clinique général doit être systématiquement proposé, son but et ses modalités expliqués pour faciliter son acceptation.

Tout médecin peut pratiquer cet examen clinique et orienter systématiquement vers un urologue en cas de difficultés à réaliser l'examen ou en cas d'identification d'anomalies.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

1.32.2.1. Anamnèse

R 17. Le recueil initial de données recommandé pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité chez le partenaire masculin comprend les éléments listés dans le tableau 3.

Tableau 3. Anamnèse du partenaire masculin pour l'exploration d'une infertilité

Domaines	Contenu
Informations personnelles	Âge du partenaire masculin, âge de la partenaire Profession, parcours professionnel antérieur Travail de nuit ou posté
Histoire de la fertilité	Infertilité primaire ou secondaire Durée de l'infertilité/tentative pour concevoir (mois, années) Stratégie contraceptive utilisée Si infertilité secondaire, temps écoulé depuis la dernière fécondation Examens et/ou traitements antérieurs pour infertilité Pour la partenaire actuelle ou une autre partenaire :

	- Grossesse antérieure obtenue naturellement - Antécédent d'arrêt spontané de grossesse - Antécédent d'interruption volontaire de grossesse, grossesse extra-utérine Traitement de la partenaire pour infertilité, à préciser
Histoire sexuelle	
Activité sexuelle et pratiques	Fréquence des rapports sexuels (régulière, irrégulière, rare) Moment des rapports sexuels : spontané, autour de l'ovulation Dysfonction érectile, de l'éjaculation, douleur pendant les rapports Présence d'anxiété sexuelle, de freins à la pratique sexuelle Utilisation de lubrifiant
Histoire du développement depuis l'enfance	Développement pubertaire : âge au début de la puberté Développement pubertaire normal ou retardé Présence d'une ectopie testiculaire, traitement Pathologie pouvant éventuellement causer des lésions testiculaires : chirurgies inguino-scrotales (cryptorchidie, hernie inguinale, varicocèle) Torsion du cordon spermatique Orchite ourlienne Traumatisme (bassin, organes génitaux externes, périnée) Vasectomie
Histoire médicale	Maladies : diabète, obésité, cancers, maladies ou caractéristiques génétiques (chromosomiques, mucoviscidose, etc.), affections respiratoires et ORL, maladie thyroïdienne, neurologique, auto-immune Situation de handicap
Infections	Infections sexuellement transmissibles (IST), traitements Infections génitales Orchi-épididymites dans un contexte d'IST, urétrite, prostatite, infections urinaires, tuberculose génitale Symptômes d'infection en cours : douleur testiculaire, fièvre
Antécédents chirurgicaux	Chirurgies inguino-scrotales (cryptorchidie, hernie inguinale, varicocèle) Torsion du cordon spermatique Traumatisme pelvien (bassin, organes génitaux externes, périnée) et crânien Vasectomie Chirurgie cérébrale et hypophysaire Chirurgie prostatique et urétrale Chirurgie médullaire
Expositions environnementales et professionnelles, domestiques, de loisirs, artistiques (cf. Annexe 1)	Métiers, durée Exposition dans le cadre professionnel et/ou domestique, lors de travaux de mécanique, de loisirs, de pratiques ou métiers d'art : à la chaleur à des agents chimiques reprotoxiques, cytotoxiques, rayonnements ionisants (stérilité masculine définitive à la dose de 3,5 Gy), à certains métaux (plomb), solvants, pesticides, plastifiants, produits de nettoyage, peinture, etc. Envisager une orientation vers le médecin du travail pour rechercher des expositions professionnelles à risque, ou vers les centres régionaux de pathologie professionnelle et environnementale (CRPPE), ou encore vers les centres PRÉVENIR* : participation à l'évaluation des

	risques professionnels, proposition de mesures de prévention, sensibilisation aux comportements améliorant la santé globale * Réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse. Réseau des centres PRÉVENIR – Des experts hospitaliers pour l'amélioration de la santé reproductive
Traitements médicamenteux	Tout traitement pouvant entraîner un risque tératogène ou un impact sur la spermatogenèse ou perturber l'axe gonadotrope ou entraîner des dysfonctions sexuelles*, en particulier : Chimiothérapie : substances antimitotiques avec altération potentielle de la spermatogenèse, agents alkylants avec arrêt définitif de la spermatogenèse avec azoospermie, les sels de platine Médicaments anti-infectieux pouvant entraîner des altérations quantitatives ou qualitatives de la spermatogenèse : les nitrofuranes et le kétoconazole. De nombreux médicaments du système nerveux central (les IMAO, les imipraminiques, les ISRS, le lithium, les neuroleptiques et apparentés, les anticonvulsifs) peuvent entraîner : troubles sexuels (baisse de la libido, perte de l'éjaculation) ou perturbations de la spermatogenèse, ou les deux à la fois Les stéroïdes anabolisants peuvent perturber la spermatogenèse Les traitements androgéniques dont la supplémentation en testostérone, les traitements œstrogéniques ou progestatifs peuvent impacter la spermatogenèse Certains autres médicaments peuvent être responsables de trouble de la spermatogenèse lors de traitements prolongés (cimétidine et colchicine) Les traitements de l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP) : alpha-bloquants, inhibiteurs de la 5-alpha-réductase peuvent avoir des effets sur la fonction sexuelle Radiothérapie : attention à porter à l'effet-dose * Devant tout traitement pris, rechercher des données de tératogénicité, la réversibilité ou non à l'arrêt du traitement et son délai : vérifier les RCP, consulter le site du Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) www.lecrat.fr, le contacter si information non disponible sur le site internet, ou le site du Réseau français des centres régionaux de pharmacovigilance (RFCRPV) https://www.rfcrpv.fr/contacter-votre-crpv/, le dossier thématique de l'ANSM Dossier thématique – Informations pour les professionnels de santé – ANSM
Exposition à des facteurs du mode de vie	Qualité de l'alimentation : variée, diversifiée, issue de l'agriculture biologique, limitant notamment les produits transformés et ultra-transformés (cf. Annexe 1) Niveau d'activité physique et comportements sédentaires Sommeil (quantité et qualité), régularité des rythmes de vie, usage des écrans Consommation de tabac : nombre de cigarettes par jour ou équivalent, nombre de paquets-année (PA), consommation régulière ou occasionnelle ; vapotage. Le tabac entraîne une altération de la spermatogenèse, une diminution de la mobilité des spermatozoïdes et une diminution significative des chances de succès en AMP Consommation de cannabis et autres stupéfiants ; polyconsommation Consommation de boissons alcoolisées : en quantifiant la consommation (nombre de verres par jour) et en précisant son mode (occasionnel ou régulier) Exposition à la chaleur (bains chauds, sauna, hammam, sous-vêtements serrés, efforts physiques intenses et prolongés, activités sportives, téléphones portables dans les poches de pantalon, ordinateurs portables installés sur les cuisses : augmentation de la température scrotale) Situation de stress : professionnel, familial, changement dans le mode et/ou lieu de vie
Antécédents familiaux	Fratrie Hypofertilité chez les apparentés (recours à des traitements de l'infertilité chez les parents)

	Maladies ou caractéristiques génétiques familiales connues ou suspectées (chromosomiques, mucoviscidose, drépanocytose, malformations infantiles et handicaps, mortalité périnatale, etc.) En cas de doute sur des pathologies ou des caractéristiques génétiques familiales, prendre un contact direct avec un service de génétique ou une plateforme dédiée de demande d'avis Prise de médicaments par la mère : diéthylstilbestrol, ou DES (effets transgénérationnels), et plus largement les perturbateurs endocriniens médicamenteux et non médicamenteux, les médicaments reprotoxiques (père et mère) Décès *in utero*, répétition des arrêts spontanés de grossesse

1.32.2.2. Examen clinique

R 18. L'examen clinique recommandé pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité masculine comprend les éléments listés dans l'encadré 8.

Encadré 8. Examen clinique pour l'exploration d'une infertilité masculine

Examen général :

- taille, poids, calcul de l'IMC, tour de taille, dépistage d'un surpoids, d'une obésité, évolution de la courbe d'IMC ;
- mesure de la pression artérielle ;
- caractères sexuels secondaires : recherche de signes d'hypogonadisme (morphotype, pilosité, taille, musculature et répartition des graisses) ;
- gynécomastie ;
- abdomen : palpation des orifices herniaires, cicatrices abdominales, inguinales et/ou scrotales (réparation de hernie, orchidopexie, cure d'hydrocèle).

Examen uro-génital pour compléter l'anamnèse et orienter la démarche diagnostique. En l'absence d'examen et/ou de consultation de santé sexuelle, et/ou de dépistages récents, proposer l'examen et demander l'accord de l'homme à chaque étape de l'examen. L'examen uro-génital est réalisé par un médecin :

- examen du pénis : localisation du méat urétral (hypo/épispadias), écoulement visible, anomalies de la verge ;
- examen bilatéral et comparatif des testicules (aspect, taille, mensuration, position et palpation) : recherche de signes d'obstruction des voies génitales, dépistage systématique du cancer du testicule, recherche d'une hypotrophie testiculaire uni ou bilatérale, éliminer une varicocèle ;
- palpation : consistance des testicules, recherche d'un nodule testiculaire, présence et consistance des déférents et épididymes, recherche d'une varicocèle (cordons variqueux visibles ou palpés au-dessus des testicules) ;
- signes cliniques évoquant une IST : douleur écoulement, lésions cutanées.

Le toucher rectal n'est pas systématique en 1re intention dans cette indication.

1.32.2.3. Examens biologiques

R 19. L'examen du sperme recommandé pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité masculine comprend les éléments listés dans l'encadré 9. Les résultats de l'anamnèse complétée par l'examen clinique et le spermogramme guident la réalisation d'examens complémentaires.

Encadré 9. Examen du sperme pour l'exploration d'une infertilité masculine

Le spermogramme est le premier examen à prescrire avant tout autre examen biologique.

Une analyse du sperme est systématique dans le bilan de 1re intention : numération, mobilité des spermatozoïdes, morphologie.

➔ Si un spermogramme a déjà été réalisé, il doit dater de moins d'un an.

– Les modalités du spermogramme doivent être expliquées à l'homme concerné par le prescripteur et par le laboratoire d'analyse. La bonne compréhension des informations doit être vérifiée par reformulation : recueil par masturbation au laboratoire, après 2 à 7 jours d'abstinence sexuelle, absence de fièvre dans les 3 mois précédant l'examen.
– Le compte-rendu d'examen précise le délai d'abstinence et les éventuelles difficultés lors du prélèvement.

L'interprétation du spermogramme s'effectue grâce aux normes et à la nomenclature des anomalies du spermogramme de l'OMS, seules en vigueur (révisées en 2021).

Si tous les paramètres du spermogramme sont dans les limites de la normale :

– un seul spermogramme est suffisant. Les bénéfices d'un second spermogramme ne sont pas démontrés sauf si les modalités de réalisation n'ont pas été respectées ;
– la spermoculture et un test urinaire (à la recherche de *chlamydia* et de gonocoque) ne sont pas recommandés, sauf en cas de symptômes associés à une infection des voies génito-urinaires ;
– aucun autre examen complémentaire n'est recommandé : imagerie testiculaire, recherche d'anticorps anti-spermatozoïdes, fragmentation de l'ADN, test de condensation de la chromatine spermatique, dépistage de l'aneuploïdie des spermatozoïdes, tests hormonaux sanguins, ni test HPV du sperme.

En cas d'anomalie repérée à l'entretien approfondi, à l'examen clinique ou au premier spermogramme, il est nécessaire d'orienter vers un urologue ou un médecin spécialiste de la reproduction masculine pour prescrire un second spermogramme et un complément d'examens à visée diagnostique, pronostique et/ou d'orientation thérapeutique.

Le test de migration survie n'est pas recommandé en 1re intention. Cet examen est utile au choix de la technique d'AMP.

Le test post-coïtal ou test de Hühner n'est plus recommandé en évaluation initiale compte tenu de son caractère contraignant, de sa faible reproductivité et de sa faible valeur prédictive des chances de grossesse spontanée.

R 20. Les examens biologiques recommandés pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité masculine comprennent les éléments listés dans l'encadré 10.

Encadré 10. Évaluation endocrinienne pour l'exploration d'une infertilité

L'évaluation endocrinienne n'est pas systématique en 1re intention chez les hommes présentant une infertilité, et dont les résultats d'un spermogramme sont dans la norme selon les critères de l'OMS.

L'évaluation endocrinienne est justifiée en cas de :

– symptômes et/ou examen clinique suggérant un hypogonadisme (déficience en testostérone), des caractères sexuels anormaux, des volumes testiculaires abaissés ;

– troubles sexuels (baisse de la libido, dysfonction érectile), d'oligospermie inférieure à 10 millions/ml ou d'azoospermie ;
– gynécomastie non expliquée.

Dans cette situation, le bilan biologique recommandé comprend les dosages de testostérone totale, LH, FSH, estradiol (E2), prolactine (à réaliser le matin entre 8 h et 11 h).

L'évaluation de la fonction thyroïdienne n'est pas recommandée dans le bilan de l'homme infertile en l'absence de signes cliniques de dysthyroïdie.

Autre examen biologique : en présence de signes évocateurs ou d'une situation à risque de maladie coeliaque, dosage recommandé des IgA anti-transglutaminase couplé au dosage des IgA totales (cf. RBP « Diagnostic de la maladie cœliaque chez l'enfant et l'adulte », à paraître 2026).

1.32.2.4. Examens d'imagerie médicale

R 21. Les examens d'imagerie médicale recommandés pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité masculine comprennent les éléments listés dans l'encadré 11.

Encadré 11. Imagerie médicale dans le bilan d'exploration d'une infertilité

Les examens d'imagerie médicale ne doivent pas se substituer à l'examen clinique.

L'échographie scrotale n'est pas systématique en 1re intention en l'absence de signes d'appel.

L'échographie scrotale doit être réalisée dans des situations spécifiques :

– en cas de suspicion d'un cancer testiculaire ou de facteur de risque de cancer comme une cryptorchidie, des antécédents de cancer du testicule, un testicule atrophique à l'examen clinique, un testicule non retrouvé ;
– en cas d'absence bilatérale des canaux déférents à l'examen clinique.

L'échographie scrotale est prescrite en 2e intention en cas d'anomalies au spermogramme.

L'échographie endorectale (ou IRM) n'est pas systématique en 1re intention, sauf en cas de suspicion d'une cause obstructive des voies séminales.

1.32.2.5. Examens des caractéristiques génétiques

R 22. Aucun examen des caractéristiques génétiques n'est à prescrire systématiquement pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité chez le partenaire masculin (encadré 12).

Encadré 12. Examens des caractéristiques génétiques pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité

Une orientation vers une consultation de génétique peut être proposée :

– si une anomalie génétique individuelle ou familiale (y compris une maladie rare d'origine génétique) est connue chez l'un ou les deux partenaires, selon l'appréciation du médecin afin de proposer à la personne concernée et prescrire un examen des caractéristiques génétiques ;
– si une anomalie génétique est suspectée mais sans diagnostic génétique disponible dans la famille afin de préciser les risques et les mesures pouvant être mises en place dans le cadre du projet de grossesse.

La prescription d'un examen génétique nécessite une information[127] et un consentement de la personne concernée.

Les résultats sont adressés au praticien ayant prescrit l'examen.

Dans les deux situations, une demande d'avis est toujours possible auprès d'une consultation de génétique via un contact direct ou par téléexpertise[128] en recherchant un correspondant au moyen du ROR[129] ou sur les espaces dédiés des centres hospitaliers universitaires.

1.33. Contenu de l'exploration initiale chez la femme

1.33.1. Dans les recommandations internationales

Les recommandations de bonne pratique analysées sont les recommandations publiées après 2022, françaises {Sonigo, 2024 #65} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} et internationales {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Histoire médicale et reproductive

Elle est détaillée dans les recommandations de la Société française d'endocrinologie {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} :

- âge au moment de la consultation ;
- âge de la puberté et des premières règles ;
- caractère régulier des cycles menstruels (25 à 35 jours, 28 ± 2 jours) ou irrégulier en l'absence de tout traitement, douleurs pelviennes au moment des règles ou lors des rapports (évocatrices d'endométriose ou de séquelles infectieuses) ;
- ancienneté de l'infertilité, son caractère primaire ou secondaire : notion d'une grossesse antérieure ou non, avec le même ou un autre partenaire, y compris la recherche de fausses couches spontanées : interruption de grossesses préalablement documentées par un dosage d'hCG (gonadotrophine chorionique humaine) ou une échographie, IVG antérieures à la consultation, grossesse extra-utérine, voie d'accouchement ;
- infections sexuellement transmissibles, infections génitales (salpingites), aspirations utérines (post-partum, post-abortum) ;
- conditions de vie pouvant induire une infertilité : stress, alimentation sélective avec éviction des lipides, régime restrictif et/ou activité sportive intense (compétition, jogging, plus de 6 à 7 heures par semaine ;
- addictions ou consommation à risque : tabac, alcool, cannabis, etc. ;
- antécédents iatrogènes ovariens et pelviens : radiothérapie pelvienne ou hypothalamo-hypophysaire, chimiothérapies gonadotoxiques ;
- antécédents de chirurgie pelvienne, ovarienne, tubaire et/ou utérine, en particulier du col utérin.

Les recommandations de la *World Health Organization* regroupent les données de l'anamnèse en grands domaines structurants {*World Health Organization*, 2025 #236} : informations personnelles,

[127] Agence de la biomédecine. La génétique pour tous. https://genetique-medicale.fr/

[128] Haute Autorité de santé. 2021. Haute Autorité de santé – Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques

[129] ROR : Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR) Répertoire national de l'offre et des ressources (ROR) | e-santé

histoire de l'infertilité, histoire sexuelle : activité sexuelle et pratiques, histoire menstruelle, histoire du développement depuis l'enfance, histoire obstétricale, histoire contraceptive, antécédents médicaux, infections, antécédents chirurgicaux, expositions environnementales et professionnelles, traitements médicamenteux (liste non exhaustive), exposition à des facteurs du mode de vie, histoire familiale.

Examen clinique

L'examen gynécologique n'est pas systématique. Il est proposé en cas de signes d'appel identifiés lors de l'anamnèse, le consentement de la femme doit être recherché. Des recommandations françaises élaborées par un groupe d'experts et des usagers ont défini le contenu de l'examen gynécologique quand il est requis, le groupe de travail s'est appuyé sur ce consensus {Deffieux, 2023 #227}.

Tout médecin et toute sage-femme peuvent pratiquer cet examen clinique et orienter systématiquement vers un gynécologue en cas de difficultés à réaliser l'examen gynécologique ou en cas d'identification d'anomalies.

Seules les recommandations de la Société française d'endocrinologie {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} et celles de la *World Health Organization* {*World Health Organization*, 2025 #236} proposent un contenu pour l'examen clinique qui complète l'anamnèse :

- signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, acné, séborrhée) ;
- aspect de la peau (acanthosis nigricans signant une insulinorésistance) ;
- galactorrhée provoquée évoquant une hyperprolactinémie ;
- dépistage d'un surpoids ou d'une obésité, d'une maigreur : taille et poids, avec le calcul de l'IMC ;
- dépistage d'une hypertension artérielle ;
- examen de la thyroïde : recherche d'un goitre, de nodules.

Concernant la justification du repérage d'une obésité, une revue de synthèse de la littérature mise à jour en 2023 {Bendarska-Czerwińska, 2022 #259} explique le lien entre la corpulence et les troubles du système reproducteur chez les femmes. Chez les femmes en obésité, la diminution de la fertilité résulte notamment d'une diminution des niveaux de LH. Elles présentent une maturation sexuelle accélérée, des troubles menstruels, en particulier un allongement de la phase folliculaire, indiquant des troubles de l'ovulation, ainsi qu'une fréquence plus élevée de complications obstétricales, y compris des arrêts spontanés de grossesse. L'obésité conduit également à une hyperinsulinémie, une hyperlipidémie, une hyperleptinémie et à une inflammation chronique.

Un poids corporel trop faible, un exercice intense, des troubles de malabsorption tels que la maladie cœliaque, l'hyperthyroïdie, et donc des déficits énergétiques entraînent une concentration de LH et de FSH trop faible pour stimuler efficacement les gonades.

Explorations complémentaires biologiques pour explorer une infertilité féminine

Confirmation de l'ovulation chez toutes les femmes

Dans l'exploration d'une infertilité chez les femmes, la recommandation de bonne pratique de la WHO pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infertilité {*World Health Organization*, 2025 #236} préconise de (accord d'experts, niveau de preuve de qualité très faible) :

- confirmer l'ovulation chez les femmes ayant une histoire clinique et un examen normal, que les cycles soient réguliers ou non, par le dosage de la progestérone plasmatique en deuxième partie de cycle plutôt que par échographie (en raison du coût et de la faisabilité du test biologique) ;
- répéter le dosage si le premier test indique l'absence d'ovulation. Un deuxième dosage peut réduire le risque de classer à tort une femme comme anovulatoire (sensibilité du test : 80 % et spécificité :

71 %) et d'induire des investigations supplémentaires ; la progestérone peut fluctuer au cours de la journée, ce qui peut affecter l'interprétation ;

- réserver l'échographie aux situations où la datation du cycle est incertaine ou lorsque les résultats biologiques sont discordants ou pour un besoin d'informations morphologiques/folliculaires. Avec la répétition du dosage de progestérone, 94/100 seraient correctement classées, *versus* 100/100 avec une échographie techniquement bien réalisée.

La Société française d'endocrinologie (SFE) préconise, si les cycles sont réguliers, de chercher à préciser leur caractère ovulatoire par un dosage de progestérone plasmatique, à J22-J23 du cycle (22 ou 23 jours après le début des règles) {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français n'aborde pas l'exploration endocrinienne dans ses recommandations intitulées « Prise en charge de première intention du couple infertile », mises à jour en 2022 {Sonigo, 2024 #65}.

Dosage des hormones reproductives

Les recommandations disponibles sont discordantes sur un dosage ciblé des hormones reproductives en 1re intention.

La recommandation de bonne pratique de la WHO pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infertilité {*World Health Organization*, 2025 #236} préconise en cas de cycles irréguliers (> 35 jours ou < 21 jours) ou en cas de signes cliniques (saignements espacés, rapprochés ou aménorrhée), ou de signes évocateurs d'anovulation ou d'oligo-ovulation, un bilan ciblé des hormones reproductives liées à l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien (HPO) (telles que l'hormone folliculostimulante (FSH) et l'hormone lutéinisante (LH), et dans certains cas cliniques, l'estradiol (E2)). Des tests complémentaires peuvent également être indiqués en fonction de la présentation clinique : testostérone si suspicion d'hyperandrogénie clinique, TSH et/ou prolactine selon symptômes (les dysthyroïdies peuvent entraîner des troubles du cycle, galactorrhée) ; l'estradiol (E2) renseigne sur l'activité œstrogénique et le rétrocontrôle sur la FSH. Ce bilan dépend de l'histoire et de l'examen clinique (accord professionnel fondé sur l'expérience clinique, niveau de preuve des études de qualité très faible).

La WHO conclut qu'en cas d'infertilité avec suspicion clinique d'an/oligo-ovulation (en particulier cycles irréguliers), un bilan hormonal ciblé (FSH, LH ± E2, ± testostérone ; ± TSH et prolactine selon contexte) est justifié car il améliore l'orientation diagnostique, informe sur le pronostic et guide la prise en charge, tout en restant systématique et coût-efficace lorsqu'il est fondé sur l'anamnèse et l'examen clinique. En cas d'aménorrhée, exclure une grossesse dans le cadre d'un bilan d'infertilité est recommandé (accord d'experts fondé sur le bon sens clinique).

Des éléments d'interprétation pratique des résultats des dosages des hormones de la reproduction sont proposés, ils visent ensuite à orienter le traitement de l'infertilité (classification OMS/WHO des troubles ovulatoires, 1973[130]).

Les dosages de FSH/LH ± E2 contribuent à distinguer :

- groupe WHO I (hypogonadotrope) : aménorrhée avec faible activité œstrogénique ; FSH/LH basses ou indosables, E2 bas → évoquer une atteinte hypothalamo-hypophysaire (p. ex., dysfonction hypothalamique, hypopituitarisme) ;

[130] WHO Scientific Group on Agents Stimulating Gonadal Function in the Human & World Health Organization (1973). Stimulants de la fonction gonadique humaine : rapport d'un groupe scientifique de l'OMS [réuni à Genève du 28 août au 1er septembre 1972]. Organisation mondiale de la santé. https://iris.who.int/handle/10665/38266

- groupe WHO II (eugonadotrope) : troubles du cycle avec activité œstrogénique présente ; FSH/LH dans la norme (fluctuantes), anovulation fréquente → évoquer des causes fonctionnelles/métaboliques dont SOPK selon les critères cliniques/écho/biologie ;
- groupe WHO III (hypergonadotrope) : insuffisance ovarienne ; FSH/LH élevées avec E2 bas → compatible avec insuffisance ovarienne primaire (à confirmer/compléter selon le contexte).

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) {, 2019 #72} recommande de rechercher systématiquement un dysfonctionnement ovulatoire (défini comme un antécédent d'oligoménorrhée ou d'aménorrhée, ou comme des niveaux de progestérone lutéale à répétition inférieurs à 3 ng/mL, ou les deux) par le dosage de la progestérone (accord d'experts s'appuyant sur un avis de l'*American Society for Reproductive Medicine* {Colombo, 2006 #280}). En revanche, aucun dosage des hormones de la reproduction n'est recommandé en dehors d'une suspicion de SOPK, de dysthyroïdie (dosage de la TSH) ou de règles irrégulières, ou d'autres signes et symptômes d'hyperprolactinémie (dosage de la prolactine) (accord d'experts s'appuyant sur un avis de l'*American Society for Reproductive Medicine*, sans gradation du niveau de preuve) {Colombo, 2006 #280}).

La Société française d'endocrinologie (SFE) préconise des examens complémentaires orientés pour l'exploration hormonale et morphologique de première intention chez la femme. La conduite à tenir proposée est la suivante (avis d'experts, sans gradation du niveau de preuve) {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} :

- en cas d'aménorrhée ou d'irrégularités menstruelles : chercher d'abord à préciser leur mécanisme. Les dosages indispensables dans un premier temps sont ceux de l'œstradiol (ou estradiol, abrégé « E2 », car il possède deux groupes hydroxyle), de LH, de FSH et de prolactine plasmatiques ;
- si les cycles sont réguliers : chercher à préciser leur caractère ovulatoire par un dosage de progestérone plasmatique, à J22-J23 du cycle (22 ou 23 jours après le début des règles) ;
- le dosage de l'hormone anti-müllérienne (AMH) n'est pas nécessaire dans le bilan d'infertilité et ne donne pas un bon pronostic de la fertilité naturelle.

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) n'aborde pas l'exploration endocrinienne dans ses recommandations intitulées « Prise en charge de première intention du couple infertile », mises à jour en 2022 {Sonigo, 2024 #65}.

Le dosage ciblé de la TSH est recommandé pour rechercher une hypothyroïdie en cas de facteurs de risque : antécédent personnel de dysthyroïdie, de diabète de type 1 ou de maladie auto-immune ; positivité des anticorps anti-TPO connue ; goitre ; antécédent de radiothérapie cervicale ou de chirurgie thyroïdienne ; antécédent familial de dysthyroïdie (1er degré) ; âge de plus de 35 ans ; IMC ≥ 40 kg/m^2 ; traitement par amiodarone, lithium ; antécédents d'accouchement prématuré ; antécédents d'arrêt spontané de grossesse {Haute Autorité de santé, 2023 #211}.

Le lien entre la fonction thyroïdienne, la conception et le bon déroulement de la grossesse est bien établi. Chez les femmes en âge de procréer, un dysfonctionnement thyroïdien et une auto-immunité thyroïdienne sont fréquents et ont été séparément associés à des difficultés de procréation. L'hypothèse selon laquelle l'auto-immunité thyroïdienne, indépendamment d'un dysfonctionnement thyroïdien, puisse être associée à un risque accru d'infertilité est incertaine. Le mécanisme reliant auto-immunité thyroïdienne et hypofertilité idiopathique reste hypothétique. L'équilibre thyroïdien de la femme enceinte est modifié par les changements métaboliques et hormonaux qui accompagnent la grossesse. L'hypothyroïdie avérée, qui touche entre 2 et 4 % des femmes en âge de procréer, a un impact materno-fœtal délétère bien démontré. Chez la mère, l'hypothyroïdie avérée est notamment associée à un risque plus important d'infertilité, de fausse couche, d'hypertension artérielle gravidique. Concernant les complications fœtales de l'hypothyroïdie maternelle, les études mettent en évidence

une augmentation du risque de prématurité, de faible poids de naissance et de troubles d'apprentissage. L'hypothyroïdie fruste est plus répandue chez les femmes en âge de procréer avec une prévalence pouvant atteindre 20 % selon le seuil utilisé. L'impact obstétrical et fœtal de l'hypothyroïdie fruste maternelle est moins bien établi {Haute Autorité de santé, 2023 #211}.

La mesure de la réserve ovarienne n'est pas systématiquement recommandée dans un bilan initial d'une infertilité chez la femme {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62} ou pour évaluer la qualité des ovocytes, ou prédire la probabilité d'une conception spontanée dans les 6 à 12 mois {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62}.

Un avis de la HAS rapporte qu'un dosage sérique de l'AMH est non recommandé dans un bilan d'infertilité pour le pronostic de la fertilité spontanée chez les femmes sans problème de santé ou la prédiction d'une insuffisance ovarienne prématurée {Haute Autorité de santé, 2017 #260}.

Plusieurs recommandations ont entériné cet avis par la suite. Chez la femme en âge de procréer, en dehors d'un traitement ou d'une prise en charge en AMP, il n'est pas recommandé de réaliser un dosage sérique de l'AMH pour prédire les chances de grossesse spontanée donnant lieu à une naissance vivante {Sonigo, 2024 #65}. Le dosage de l'AMH n'est pas nécessaire dans le bilan d'infertilité et ne donne pas un bon pronostic de la fertilité naturelle {Société française d'endocrinologie, 2022 #87}.

Le dosage de l'AMH est pertinent en revanche pour les femmes ayant des pathologies gynécologiques pelviennes (endométriose et kystes ovariens) en substitution du compte de follicules antraux (CFA) et de l'inhibine B {Haute Autorité de santé, 2017 #260}.

Il est à souligner qu'aucune valeur seuil d'AMH n'a été validée pour la caractérisation des ovaires polykystiques morphologiques dans le cadre du diagnostic du syndrome d'ovaires polykystiques quand les performances du CFA sont diminuées chez les femmes en obésité {Haute Autorité de santé, 2017 #260}.

Réalisation d'un test post-coïtal (TPC)

La réalisation d'un test post-coïtal (TPC) n'est plus recommandée dans le bilan initial du couple infertile {Sonigo, 2024 #65} {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62}. Le CNGOF justifie cette recommandation en raison du caractère contraignant du TPC, de sa faible reproductibilité et de sa faible valeur prédictive des chances de grossesse spontanée ou en insémination intra-utérine.

Explorations complémentaires d'imagerie

Exploration de l'utérus par échographie

Dans le bilan d'exploration d'une infertilité, une échographie 3D est recommandée en première intention pour le diagnostic des malformations utérines et le dépistage des anomalies endo-cavitaires, en vue d'une chirurgie améliorant la fertilité {Sonigo, 2024 #65} {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62} {Société française d'endocrinologie, 2022 #87} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

- Si l'échographie est normale, il n'est pas recommandé de réaliser une hystérosonographie, ni une hystéroscopie diagnostique complémentaire en première intention pour l'évaluation de la cavité utérine {Sonigo, 2024 #65}. L'hystéroscopie (± laparoscopie) est une procédure invasive qui peut nécessiter une anesthésie ou une sédation, ce qui la rend inadaptée à l'évaluation diagnostique de routine de la cavité utérine {Sonigo, 2024 #65} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

– Si l'échographie comporte des anomalies, une décision d'explorations complémentaires en seconde intention ou de traitement est proposée {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Pour explorer la perméabilité tubaire d'une femme en situation d'infertilité, la cœlioscopie diagnostique avec épreuve au bleu est considérée comme le *gold standard* de référence pour confirmer une suspicion d'atteinte tubaire, car elle permet la visualisation directe des trompes de Fallope et des tissus pelviens adjacents. Toutefois, il s'agit d'un examen invasif, ce qui le rend inadapté au dépistage diagnostique des pathologies tubaires en routine. Les options alternatives comprennent l'hystérosalpingographie (HSG) et l'hystéro-salpingo-sonographie avec produit de contraste (HyCoSy) {Sonigo, 2024 #65} {*World Health Organization*, 2025 #236}.

Les recommandations du CNGOG et de la WHO proposent de réaliser une hystérosalpingographie en première intention en l'absence d'antécédents qui pourraient faire suspecter une pathologie tubaire ou pelvienne. Les examens de référence sont l'hystérosalpingographie et l'hystéro-salpingo-sonographie-mousse (HyFoSy) (selon disponibilité, formation de l'opérateur) {Sonigo, 2024 #65} {*World Health Organization*, 2025 #236}. Les données disponibles sont de faible niveau de certitude et ne montrent pas de différence claire entre bénéfices et risques des deux examens.

Le choix de l'examen repose principalement sur des considérations de faisabilité, de ressources, de compétences disponibles et de risque allergique. {*World Health Organization*, 2025 #236}.

– Si l'examen est normal, mettre en regard les résultats des explorations féminines et masculines pour envisager des explorations complémentaires ou un traitement après avis ou orientation vers un médecin spécialiste en gynécologie ou en médecine de la reproduction {*World Health Organization*, 2025 #236}.
– Si l'examen montre des anomalies : orienter vers un parcours de traitement {*World Health Organization*, 2025 #236}.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas recommandée comme examen de première intention pour explorer l'utérus {Sonigo, 2024 #65} et plus précisément pour confirmer une structure et une anatomie utérine normales chez les femmes présentant une infertilité inexpliquée {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62}.

L'IRM est un examen de seconde intention pour le diagnostic des anomalies müllériennes et l'endométriose {Sonigo, 2024 #65}.

Examens génétiques non prescrits en évaluation initiale

Aucun examen génétique n'est prescrit en bilan de première intention {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60}.

Caryotype, recherche des microdélétions du chromosome Y, analyse des mutations du gène CFTR ou (ABCC7) correspondent à des indications précises et ne sont pas prescrits en évaluation initiale {Huyghe, 2021 #64} {Flannigan, 2023 #61}.

Un conseil génétique doit être proposé chaque fois qu'une anomalie génétique individuelle et familiale est détectée ou suspectée chez l'un ou les deux partenaires {Huyghe, 2021 #64}.

Les règles de bonnes pratiques en génétique constitutionnelle à des fins médicales (hors diagnostic prénatal) s'appliquent dans ce contexte {Haute Autorité de santé et Agence de la biomédecine, 2013 #275}. Deux situations peuvent être envisagées :

– si une anomalie génétique individuelle ou familiale (y compris une maladie rare d'origine génétique) est connue chez l'un ou les deux partenaires, il appartient au médecin de juger de l'opportunité clinique de proposer et prescrire un examen des caractéristiques génétiques ;

– si une anomalie génétique est suspectée mais sans diagnostic génétique disponible dans la famille, une orientation vers une consultation de génétique peut être proposée afin de préciser les risques et les mesures pouvant être mises en place dans le cadre du projet de grossesse.

Dans les deux situations, une demande d'avis est toujours possible auprès d'une consultation de génétique via un contact direct ou par téléexpertise[131] en recherchant un correspondant au moyen du ROR[132] ou sur les espaces dédiés des centres hospitaliers universitaires.

Explorations complémentaires dans des maladies spécifiques

Les mécanismes physiopathologiques responsables d'infertilité féminine dans le contexte d'auto-immunité restent à préciser (ovocyte moins apte à être fécondé, embryon moins compétent pour se développer, en lien avec la présence d'anticorps antinucléaires (AAN). Aucune recommandation de bonne pratique n'a été publiée à ce jour pour la réalisation d'un bilan auto-immun minimal systématique comme la recherche d'ANN et d'anticorps antiphospholipides (APL) dans le cadre d'une infertilité inexpliquée. Un manque de standardisation des études et l'absence de traitement validé incitent à ne pas réaliser ces examens de manière systématique {Deroux et Hoffmann, 2025 #232}.

Concernant la maladie cœliaque, les recommandations australiennes proposent dans les situations d'infertilité inexpliquée {*Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life*, 2023 #60} d'envisager de tester la maladie cœliaque chez les femmes, mais de ne pas rechercher systématiquement d'autres maladies auto-immunes.

Costello rapporte les résultats d'une revue systématique et d'une méta-analyse (7 études cas-témoins) qui a étudié le lien entre la maladie cœliaque et une infertilité inexpliquée chez 586 femmes et 5 088 témoins sans facteurs de risque. Le rapport de cotes (OR) pour la maladie cœliaque était de 5,06 (IC à 95 % : 2,13-11,35) chez les femmes. Ces travaux sont rapportés également dans les recommandations de bonne pratique en cours d'élaboration à la HAS : diagnostic de la maladie cœliaque[133]. Un test diagnostique de la maladie cœliaque pourrait être proposé face à des symptômes digestifs ou extra-digestifs dans une situation d'infertilité ou d'arrêts de grossesse à répétition chez un couple. Il est à noter que ces propositions reposent sur des études de faible niveau de preuve. Cette recommandation est issue principalement d'une méta-analyse du *National Institute for Health and Care Research* (NIHR) de 2022 qui montrait que la présence d'une « infertilité inexpliquée ou d'arrêt de grossesse à répétition » multipliait par 1,56 la probabilité d'avoir la maladie cœliaque (résultat significatif). Ces résultats sont basés sur 16 études cas-témoins : 6 études sur l'infertilité, 4 études réalisées uniquement chez des femmes et 2 études en population mixte, 4 études sur l'infertilité et 2 études sur l'infertilité « inexpliquée », 9 études sur les arrêts de grossesse (6 études sur les arrêts de grossesse à répétition et 3 études sur la présence d'un antécédent d'arrêts de grossesse), 1 étude mixte « infertilité inexpliquée ou arrêts de grossesse à répétition ». Les travaux de la HAS recommandent {Haute Autorité de santé, 2026 # en cours de publication} de réaliser en première intention un dosage des IgA anti-transglutaminase couplé au dosage des IgA totales chez une personne présentant des signes évocateurs ou une situation à risque de maladie cœliaque (grade C).

[131] Haute Autorité de santé. 2021. Haute Autorité de Santé - Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques

[132] ROR : répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR) Répertoire national de l'Offre et des Ressources (ROR) | e-santé

[133] Haute Autorité de santé. 2024. Diagnostic de la maladie cœliaque chez l'enfant et l'adulte https://www.has-sante.fr/jcms/p_3550669/fr/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-maladie-coeliaque-chez-l-enfant-et-l-adulte-note-de-cadrage

1.33.2. Recommandations

Le groupe de travail indique que l'examen clinique est essentiel dans la démarche diagnostique de l'infertilité. Il complète l'anamnèse et guide la prescription d'examens complémentaires utiles et inutiles. L'évaluation endocrinienne n'est pas abordée dans toutes les recommandations de bonne pratique. Les recommandations formulées ci-dessous s'appuient sur les recommandations de la WHO les plus récentes et les plus argumentées {*World Health Organization*, 2025 #236}.

1.33.2.1. Anamnèse

R 23. Le recueil initial de données recommandé pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité chez la partenaire féminine comprend les éléments listés dans le tableau 4.

Tableau 4. Anamnèse de la partenaire féminine pour l'exploration d'une infertilité

Domaines	Contenu
Informations personnelles	Âge de la partenaire féminine, âge du partenaire masculin Profession et parcours professionnel antérieur Travail de nuit ou posté
Histoire de la fertilité	Suspicion d'infertilité primaire : absence de grossesse Infertilité secondaire : conception possible avec le même partenaire ou un autre partenaire Durée des tentatives pour concevoir (mois, années) Si infertilité secondaire, temps écoulé depuis la dernière fécondation Explorations et traitements antérieurs pour infertilité Stratégie contraceptive utilisée Examens et/ou traitements antérieurs pour infertilité
Histoire sexuelle	
Histoire du développement depuis l'enfance	Développement pubertaire : âge des premières règles Développement pubertaire (avant les premières règles) normal ou retardé Âge du développement mammaire Anomalies congénitales Pathologies ovariennes, tubaires, utérines Autres pathologies altérant la fertilité, notamment les IST Chirurgie pelvienne
Histoire des cycles menstruels	Caractéristiques des cycles menstruels : longueur du cycle, durée des saignements, flux, dysménorrhée, saignement inter-menstruel, écoulements, symptômes prémenstruels
Activité sexuelle et pratiques	Fréquence des rapports sexuels (régulière, irrégulière, rare) Moment des rapports sexuels : spontané, autour de l'ovulation Douleur pendant les rapports (dyspareunie), évocatrice de séquelles infectieuses ou séquelles d'endométriose Pertes post-coïtales Présence d'anxiété sexuelle, de freins à la pratique sexuelle Utilisation de lubrifiant Satisfaction lors des rapports sexuels

	Dysfonction sexuelle passée et/ou actuelle
Dépistages	Date du dernier dépistage du cancer du col de l'utérus, mammographie en cas d'antécédents familiaux
Histoire obstétricale	Nombre de grossesses, de naissances vivantes, d'arrêts spontanés de grossesse, d'enfants mort-nés, de grossesses extra-utérines, d'interruptions médicales de grossesse (médicale ou instrumentale) Accouchement par voie naturelle, par césarienne, curetage, révision utérine Complications durant une précédente grossesse : prééclampsie, diabète gestationnel, maladie de Sheehan, etc.
Histoire contraceptive	Stratégies contraceptives utilisées par le passé ou actuelles : type, durée, contraception d'urgence
Histoire médicale	Maladies : diabète, obésité, cancers, génétiques individuelles ou familiales, affections respiratoires et ORL, dysthyroïdie, maladies neurologiques ou auto-immunes Cancer et traitements (date) Situation de handicap
Infections pelviennes	IST traitées ou non Infections urinaires (fréquence et traitement), infections génitales, vaginose bactérienne
Antécédents chirurgicaux	Chirurgie pelvienne, hernie inguinale (voies d'abord) Laparoscopie diagnostique ou thérapeutique Ligature de trompes (techniques), réversion éventuelle Chirurgie bariatrique Chirurgie cérébrale, médullaire
Expositions environnementales, professionnelles, domestiques, de loisirs, artistiques (cf. Annexe 1)	Métiers, durée Exposition dans le cadre professionnel et/ou domestique, lors de travaux de mécanique, des loisirs, des pratiques ou métiers d'art à : des agents chimiques, reprotoxiques, cytotoxiques, rayonnements ionisants (stérilité féminine à la dose de 2,5 Gy), certains métaux (plomb), solvants, pesticides, plastifiants, produits de nettoyage, peinture, etc. Envisager une orientation vers le médecin du travail pour rechercher des expositions professionnelles à risque, ou vers les centres régionaux de pathologie professionnelle et environnementale (CRPPE), ou encore vers les centres PRÉVENIR* : participation à l'évaluation des risques professionnels, proposition de mesures de prévention, sensibilisation aux comportements améliorant la santé globale * Réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse. Réseau des centres PRÉVENIR – Des experts hospitaliers pour l'amélioration de la santé reproductive
Traitements médicamenteux (liste non exhaustive)	Certains médicaments ont un effet tératogène et fœtotoxique démontré ou supposé et en particulier : devant tout traitement pris, rechercher des données de tératogénicité, la réversibilité ou non à l'arrêt du traitement et son délai : vérifier les RCP, consulter le site du Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) www.lecrat.fr, le contacter si information non disponible sur le site internet, ou le site du Réseau français des centres régionaux de pharmacovigilance (RFCRPV) https://www.rfcrpv.fr/contacter-votre-crpv/, le dossier thématique de l'ANSM Dossier thématique – Informations pour les professionnels de santé – ANSM Porter une attention particulière envers plusieurs traitements : Les médicaments utilisés dans l'acné, l'épilepsie, la sclérose en plaques, etc., par exemple, les rétinoïdes (ex. : Contracné Gé, Isotrétinoine Gé, Curacné Gé, etc.) : risque augmenté de fausses couches

	Le valproate et ses dérivés (ex. : Dépakine, Dépakote, etc.) : risque de malformations, de troubles du développement (intellectuel, moteur) et du comportement chez l'enfant au cours de sa croissance Le mycophénolate provoque des fausses couches dans près de 50 % des situations (ex. : Cellcept, Myfortic, etc.) Le thalidomide utilisé en cancérologie et immunologie : risque d'interruption spontanée de la grossesse, de malformations chez l'enfant Les anti-vitamines K (AVK) en cas de fibrillation auriculaire (trouble du rythme cardiaque), de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire : risque de malformations, de retard de croissance chez l'enfant Certains médicaments contiennent des agents chimiques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) et peuvent exposer le personnel soignant à des risques pour leur santé
Exposition à des facteurs du mode de vie	Qualité de l'alimentation : variée, diversifiée, issue de l'agriculture biologique, limitant notamment les produits transformés et ultra-transformés (cf. Annexe 1) Niveau d'activité physique et comportements sédentaires Sommeil (quantité et qualité), régularité des rythmes de vie Consommation de tabac : nombre de cigarettes par jour ou équivalent, nombre de paquets-année (PA), consommation régulière ou occasionnelle ; vapotage Consommation de boissons alcoolisées et son mode (occasionnel ou régulier) Consommation de cannabis et autres stupéfiants, polyconsommation Situation de stress : professionnel, familial, changement dans le mode et/ou lieu de vie
Antécédents familiaux	Fratrie Hypofertilité chez les apparentés (recours à des traitements de l'infertilité chez les parents) Pathologies ou caractéristiques génétiques familiales connues ou suspectées (mucoviscidose, malformations infantiles et handicaps, mortalité périnatale, etc.) En cas de doute sur des pathologies ou des caractéristiques génétiques familiales, prendre un contact via un contact direct avec un service de génétique ou une plateforme dédiée de demande d'avis

1.33.2.2. Examen clinique

R 24. L'examen clinique recommandé pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité chez la partenaire féminine comprend les éléments listés dans l'encadré 13.

Encadré 13. Examen clinique dans le cadre de l'exploration en 1re intention d'une infertilité féminine

Examen général :

- taille, poids, calcul de l'IMC, tour de taille, dépistage d'un surpoids, d'une obésité, d'une maigreur, évolution de la courbe d'IMC ;
- mesure de la pression artérielle ;
- signes d'hyperandrogénie : hirsutisme, acné, séborrhée ;
- aspect de la peau : acanthosis nigricans signant une insulinorésistance ;
- examen de la thyroïde : goitre, nodule.

Examen gynécologique s'il y a un bénéfice à le réaliser, notamment en l'absence d'examen récent, pour compléter l'anamnèse et orienter la démarche diagnostique et/ou rattraper notamment un

dépistage du cancer du col de l'utérus. Proposer l'examen et demander l'accord de la femme à chaque étape de l'examen :

- palpation mammaire, recherche de galactorrhée à l'anamnèse ou à l'examen clinique ;
- palpation abdominale, examen du périnée et de la vulve avec recherche de cicatrices, de traumatisme ;
- mise en place du spéculum pour l'examen du vagin et du col de l'utérus (recherche de cloison vaginale, nodule d'endométriose, visualisation du col, frottis, test HPV si nécessaire, pertes vaginales, leucorrhées...), puis toucher vaginal (taille, sensibilité de l'utérus, culs-de-sac latéraux et cul-de-sac de Douglas, recherche de signe d'endométriose, etc.).

1.33.2.3. Examens biologiques

R 25. Les examens biologiques recommandés pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité chez la partenaire féminine comprennent les éléments listés dans l'encadré 14.

Encadré 14. Examens biologiques pour l'exploration d'une infertilité féminine

En cas de cycles réguliers sans hyperandrogénie :

- dosage de la progestérone en 2e partie de cycle (J22-J23) pour préciser le caractère ovulatoire des cycles :
  - ovulation confirmée si résultat > 3 ng/ml,
  - répéter le dosage une semaine plus tard si le premier dosage indique l'absence d'ovulation, afin de réduire le risque de classer à tort une femme comme anovulatoire et éviter des investigations supplémentaires ;
- TSH ;
- entre J2 et J4 du cycle (J1 = 1er jour des règles), œstradiol, LH, FSH : intérêt pour la rapidité de mise en œuvre de la stratégie thérapeutique et l'orientation vers un médecin ou une équipe spécialisée en médecine de la reproduction.

En cas de cycles réguliers avec hyperandrogénie :

- dosage de la progestérone en 2e partie de cycle (J22-J23) pour préciser le caractère ovulatoire des cycles :
  - ovulation confirmée si résultat > 3 ng/ml,
  - répéter le dosage une semaine plus tard si le premier dosage indique l'absence d'ovulation ;
- entre J2 et J4 du cycle (J1 = 1er jour des règles), œstradiol, LH, FSH, TSH, testostéronémie et 17-hydroxyprogestérone (17-OHP).

En cas d'aménorrhée ou d'irrégularités des cycles menstruels :

- en cas d'aménorrhée, exclure une grossesse est recommandé : dosage sanguin de l'hCG (hormone gonadotrophine chorionique humaine) ;
- entre J2 et J4 du cycle (J1 = 1er jour des règles), spontanément ou après test aux progestatifs ou à n'importe quel moment chez une femme en aménorrhée : dosage de l'œstradiol, LH, FSH, TSH, prolactine, testostéronémie, 17-hydroxyprogestérone (17-OHP) ;
- le dosage de l'hormone anti-müllérienne (AMH) est à effectuer en cas de perspective de PMA.

Éléments d'interprétation pratique des résultats des dosages des hormones de la reproduction pour orienter le traitement* : les dosages de FSH/LH ± E2 contribuent à distinguer :

WHO I (hypogonadotrope) : aménorrhée avec faible activité œstrogénique ; FSH/LH basses ou indosables, E2 bas

→ évoquer atteinte hypothalamo-hypophysaire (p. ex. : dysfonction hypothalamique, hypopituitarisme).

WHO II (eugonadotrope) : troubles du cycle avec activité œstrogénique présente ; FSH/LH dans la norme (fluctuantes), anovulation fréquente → évoquer causes fonctionnelles/métaboliques dont SOPK selon critères cliniques/écho/biologie.

WHO III (hypergonadotrope) : insuffisance ovarienne ; FSH/LH élevées avec E2 bas → compatible avec insuffisance ovarienne primaire (à confirmer/compléter selon contexte).

Le test post-coïtal ou test de Hühner n'est plus recommandé en évaluation initiale compte tenu de son caractère contraignant, de sa faible reproductivité et de sa faible valeur prédictive des chances de grossesse spontanée.

* WHO Scientific Group on Agents Stimulating Gonadal Function in the Human & World Health Organization (1973). Stimulants de la fonction gonadique humaine https://iris.who.int/handle/10665/38266, in Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. WHO. 2025. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility

Autre examen biologique : en présence de signes évocateurs ou d'une situation à risque de maladie coeliaque, dosage recommandé des IgA anti-transglutaminase couplé au dosage des IgA totales (cf. RBP « Diagnostic de la maladie cœliaque chez l'enfant et l'adulte », à paraître 2026).

1.33.2.4. Examens d'imagerie médicale

R 26. Les examens d'imagerie médicale recommandés pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité chez la partenaire féminine comprennent les éléments listés dans l'encadré 15.

Encadré 15. Imagerie médicale pour l'exploration d'une infertilité féminine

Une échographie pelvienne 3D par voie endovaginale est recommandée en première intention chez toutes les femmes pour le diagnostic des malformations utérines, la recherche de synéchies en cas d'antécédent de curetage, et le dépistage des anomalies endocavitaires, en vue d'une chirurgie potentielle améliorant la fertilité. Elle permet également la mesure de la réserve ovarienne (compte folliculaire antral-CFA).

- ➔ Si l'échographie est normale, aucun autre examen d'imagerie de l'utérus n'est recommandé en 1re intention (notamment hystérosonographie, hystéroscopie diagnostique).
- ➔ Si l'échographie montre des anomalies : prévoir des explorations complémentaires après avis ou orientation vers un médecin spécialiste en gynécologie ou en médecine de la reproduction.

L'exploration de la perméabilité tubaire est indiquée en 1re intention chez toutes les femmes pour lever un doute, notamment à la suite d'antécédents d'IST ou de grossesse extra-utérine.

Les examens de référence sont soit l'hystérosalpingographie, soit l'hystéro-salpingo-sonographie-mousse (HyFoSy) à réaliser en première partie du cycle, après les règles, par un opérateur expérimenté. Le choix de la technique dépend de sa disponibilité et de la formation des professionnels autorisés à la réaliser.

- ➔ Si l'examen montre des anomalies : orienter vers un médecin spécialiste en médecine de la reproduction pour envisager la suite des explorations.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas recommandée en 1re intention pour explorer l'utérus et plus précisément pour confirmer une structure et une anatomie utérines normales chez les femmes présentant une infertilité inexpliquée.

1.33.2.5. Examens des caractéristiques génétiques

R 27. Aucun examen des caractéristiques génétiques n'est à prescrire systématiquement en 1re intention chez la partenaire féminine (encadré 16).

Encadré 16. Examens des caractéristiques génétiques pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité féminine

Une orientation vers une consultation de génétique peut être proposée :

- si une anomalie génétique individuelle ou familiale (y compris une maladie rare d'origine génétique) est connue chez l'un ou les deux partenaires, selon l'appréciation du médecin afin de proposer à la personne concernée et prescrire un examen des caractéristiques génétiques ;
- si une anomalie génétique est suspectée mais sans diagnostic génétique disponible dans la famille afin de préciser les risques et les mesures pouvant être mises en place dans le cadre du projet de grossesse.

La prescription d'un examen génétique nécessite une information[134] et un consentement de la personne concernée.

Les résultats sont adressés au praticien ayant prescrit l'examen.

Dans les deux situations, une demande d'avis est toujours possible auprès d'une consultation de génétique via un contact direct ou par téléexpertise[135] en recherchant un correspondant au moyen du ROR[136] ou sur les espaces dédiés des centres hospitaliers universitaires.

1.34. Annoncer les résultats et envisager les suites de la démarche

Les recommandations de bonne pratique internationales n'abordent pas explicitement l'annonce des résultats des investigations. Le groupe de travail estime que cette étape est indispensable.

1.34.1. Informer régulièrement des résultats des explorations

Le groupe de travail souligne l'importance d'informer régulièrement les personnes concernées des résultats des explorations et de les associer aux décisions pour la suite de la démarche.

1.34.2. Anticiper le retentissement psychologique du parcours d'exploration

Dans les recommandations internationales

L'infertilité et son exploration, son diagnostic peuvent représenter une situation très stressante pour un couple et pour chacun des partenaires, voire un traumatisme psychologique et physique. Celui-ci peut souvent être exacerbé par l'approche multidisciplinaire qu'impliquent les explorations, puis le traitement et sa durée et l'attente des résultats {*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017 #67}.

L'infertilité a un impact sur le bien-être psychologique, physique, social du couple. Des taux plus élevés de dépression, d'anxiété, de suicide, de divorce, de violence entre partenaires et de stigmatisation sociale ont été décrits chez les personnes concernées (sans précision du moment de la démarche où ont été identifiés ces troubles et vulnérabilités). La stigmatisation sociale associée au problème de l'infertilité constitue un obstacle supplémentaire pour les couples, les empêchant de chercher de l'aide {*South African National Department of Health*, 2020 #59}.

---

[134] Agence de la biomédecine. La génétique pour tous. https://genetique-medicale.fr/

[135] Haute Autorité de santé. 2021. Haute Autorité de santé – Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques

[136] ROR : Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR) Répertoire national de l'offre et des ressources (ROR) | e-santé

Le diagnostic et le traitement d'une infertilité sont souvent longs et s'y ajoute le stress psychologique lié aux informations concernant les difficultés, voire l'impossibilité de concevoir naturellement et de ne pas voir aboutir un projet conceptionnel. Certains couples arrêtent prématurément leur parcours de soins à cause du stress, des consultations et investigations répétées. Pour les couples qui réussissent à concevoir, une anxiété peut encore être ressentie tout au long de la grossesse {*South African National Department of Health*, 2020 #59}.

Cette situation reconnue comme stressante nécessite une attention particulière afin d'anticiper les conséquences psychologiques pour chacun des partenaires {*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017 #67}. Le Nice préconise :

- d'informer les partenaires que le stress chez le partenaire masculin et/ou féminin peut affecter la relation du couple et est susceptible de réduire la libido et la fréquence des rapports sexuels, ce qui peut contribuer aux problèmes de fertilité ;
- de les informer de l'utilité de contacter une association d'usagers orientée vers le soutien à la fertilité ;
- de proposer un accompagnement psychologique dès l'étape d'exploration d'une infertilité.

Les recommandations de la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE) proposent des pistes aux professionnels impliqués dans l'exploration et le traitement de l'infertilité pour accompagner les personnes concernées sur le plan psychosocial, avant, pendant et après le traitement {*European Society of Human Reproduction and Embryology*, 2023 #62}. Il s'agit d'évaluer et d'accompagner :

- les besoins relationnels/sociaux : relation avec le/la partenaire, la famille, les amis et le réseau social plus large ;
- les besoins émotionnels : bien-être général, qualité de vie, stress/détresse, anxiété, dépression, troubles psychiatriques, etc. ;
- les besoins cognitifs : connaissances et préoccupations.

Parmi les réponses aux besoins estimés importants ou appréciés des personnes concernées, sont retrouvés : un temps suffisant pour les consultations médicales, la délivrance d'informations qui permet de limiter le niveau d'anxiété et de stress, des soins personnalisés, une continuité des soins, la possibilité d'entrer en contact avec d'autres personnes vivant le même parcours, l'orientation vers des soins spécialisés dès que nécessaire, la proposition d'un accompagnement psychologique et social.

1.34.3. Recommandations

Le groupe de travail indique qu'un parcours d'exploration d'une infertilité peut représenter un facteur de fragilisation du couple dont les partenaires doivent être informés. Un accompagnement psychologique peut s'avérer nécessaire. La possibilité d'entrer en contact avec d'autres personnes qui ont vécu ou vivant le même parcours doit être proposée aux personnes concernées.

➔ Le groupe de travail propose les recommandations suivantes.

Annoncer les résultats et envisager les suites de la démarche

Cette annonce s'inscrit dans la continuité du repérage initial, de l'information et de l'orientation réalisés en soins primaires.

R 28. Une consultation, dédiée et longue, en présence des deux partenaires est souhaitable et doit être proposée lorsque cela est possible et avec leur accord. Elle doit être proposée avec l'accord. Elle permet de faire la synthèse des explorations et d'envisager la suite de la démarche.

R 29. L'annonce des résultats de la démarche d'exploration est faite aux deux partenaires par le médecin qui coordonne la démarche d'exploration. Si le bilan a été réalisé par deux praticiens (pour l'homme, pour la femme), l'annonce peut se faire en deux temps en privilégiant la présence du couple.

R. 30. Cette annonce doit être rendue accessible à toutes les personnes en situation de handicap, quelles que soient les limitations fonctionnelles. Pouvoir si besoin varier les supports de communication permet de faciliter la compréhension de cette annonce.

R 31. Ce temps d'annonce est assorti d'une proposition pour la suite. Il permet de :

- rappeler la demande initiale et les informations déjà connues ;
- faire la synthèse des investigations préalablement pratiquées chez chacun des partenaires ;
- présenter les éléments qui semblent en faveur de la fertilité et ceux qui peuvent être causes de la situation d'infertilité ;
- connaître le ressenti des personnes, répondre aux questions qui les préoccupent et prendre en considération leurs souhaits et leurs projets, identifier de nouveaux besoins.

R 32. Si l'ensemble des investigations est dans les normes après ce premier bilan, l'annoncer et évoquer une situation d'infertilité inexpliquée. Proposer une orientation et faire le lien avec un médecin ou une équipe spécialisée dans la reproduction, en veillant à son accessibilité aux personnes en situation de handicap, pour envisager, s'il y a lieu, des explorations complémentaires de 2e intention et des options d'aide médicale à la procréation (AMP) (cf. annexe 2).

R 33. Si le bilan comporte des anomalies ou oriente vers une ou des causes d'infertilité, ne pas faire d'annonce pronostique sur la fertilité mais expliquer la nécessité d'approfondir l'évaluation initiale avec un médecin ou une équipe spécialisée en médecine de la reproduction.

R 34. Des vulnérabilités psychiques peuvent apparaître dans les suites de l'annonce des résultats de la démarche diagnostique, notamment du diagnostic, lors des traitements de l'infertilité, y compris après l'obtention d'une grossesse. Il est important de rester vigilant, de porter attention au vécu de la démarche d'exploration, de repérer les difficultés et de proposer un accompagnement si besoin :

- au moment de l'annonce d'un diagnostic d'infertilité de l'un ou l'autre partenaire pouvant entraîner une réaction anxieuse, des affects dépressifs, une perte de confiance en soi en tant qu'homme ou femme, des conflits relationnels après un échec répété ou face à un arrêt du parcours, un risque accru de découragement, voire de désespoir, de repli social ou de dépression ;
- pendant une grossesse dont le suivi habituel moins rapproché peut être incompris, face à une anxiété élevée, à la peur d'un arrêt spontané de la grossesse ou à une difficulté à investir le fœtus.

R 35. Les personnes concernées doivent être informées de la possibilité :

- d'être accompagnées par un psychologue, un psychiatre ;
- d'être soutenues et aidées par des professionnels et/ou un réseau de pairs au sein des structures CapParents destinées aux personnes en situation de handicap ;
- de contacter une association de patients orientée vers le soutien à la fertilité ou à la parentalité.

Volet 3. Consultation préconceptionnelle

(En cours d'élaboration)

Méthode

Méthode recommandations pour la pratique clinique (RPC)

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, par : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture) et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (auto-saisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre. Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origines géographiques ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un ou plusieurs chargés de projet sont également désignés par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail. La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée (Annexe 1).

Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP. Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage. Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats. L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Le groupe de lecture, de même composition qualitative que le groupe de travail, comprend 30 à 50 professionnels et des usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail. Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS. En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture.

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique. Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts. Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site unique DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage avec le chef de projet et le(s) chargé(s) de projet.

Elle a été limitée aux publications en langues française et anglaise. La recherche initiale a porté sur la période de janvier 201) à août 2025. Une veille a ensuite été réalisée jusqu'à mai 2026.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données Medline, Embase, Emcare ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites internet publiant des recommandations ;
- les sites internet des sociétés savantes, agences et ministères compétents dans le(s) domaine(s) étudié(s).

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts consultés pour le projet et certaines références citées dans les documents analysés.

Résultats quantitatifs : (à compléter avec le volet 3)

- nombre références identifiées : XX ;
- nombre de références analysées : XX ;
- nombre de références retenues : XX.

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Tableau 1. Stratégie de recherche dans les bases de données Medline, Embase, Emcare (si requis, préciser l'interface)

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
Bilan infertilité			
Recommandations		01/01/2013 – 27/08/2024	134
Étape 1	MESH.EXACT.EXPLODE("Infertility") OR EMB.EXACT.EXPLODE("infertility") OR Ti(infertil*)		

ET			
Étape 2	MESH.EXACT("Infertility, Female -- diagnosis") OR MESH.EXACT("Infertility, Male -- diagnosis") OR EMB.EXACT("female infertility -- diagnosis") OR EMB.EXACT("male infertility -- diagnosis") OR Ti,ab("evaluat*" near "infertil*") OR Ti,ab("assess*" near "infertil*") OR Ti,ab("diagnos*" near "infertil*") OR Ti,ab("investigat*" near "infertil")		

Handicap et santé préconceptionnelle			
Recommandations		01/01/2013 – 06/09/2024	15
Étape 3	MESH.EXACT.EXPLODE("Preconception Care") OR Ti,ab,if("preconception") OR Ti,ab,if("preconception*") OR Ti,ab,if("pre conception*") OR Ti,ab,if("ante conception*") OR Ti,ab,if("prenuptial*") OR Ti,ab,if("prepregnancy") OR Ti,ab,if("pre pregnancy") OR Ti,ab,if("pre gestation") OR Ti,ab,if("pregestation" OR "pre gestational") OR Ti,ab,if("pregestational") OR Ti,ab,if("before pregnancy") OR Ti,ab,if("before conception") OR Ti,ab("pregnancy intention") OR Ti,ab("pregnancy decision") OR Ti,ab("pregnancy desire") OR Ti,ab("reproductive decision") OR Ti,ab("pregnancy plan*")		
ET			
ÉTAPE 4	TI,IF(recommendation[*1]) OR TI,IF(recommandation[*1]) OR TI,IF(guideline[*1]) OR TI,IF(best PRE/0 practice[*1]) OR TI,IF(statement[*1]) OR TI,IF(consensus) OR TI,IF(position PRE/0 paper) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR MJEMB.EXACT(consensus development) OR MJEMB.EXACT(Practice Guideline) OR DTYPE(practice guideline) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(consensus development		

	conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH)		
Méta-analyses			31

Alimentation et fertilité			
Recommandations		01/01/2013 – 24/02/2025	79
ÉTAPE 5	MESH.EXACT.EXPLODE("Fertility") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Infertility, Female") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Infertility, Male") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Infertility") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("female infertility") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("infertility") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("male infertility") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("fertility") OR Ti("fertility") OR Ti("infertility") OR Ti("preconception*")		
ET			
ÉTAPE 6	MESH.EXACT.EXPLODE("Prenatal Nutritional Physiological Phenomena") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Food") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Diet, Food, and Nutrition") OR EMB.EXACT.EXPLODE("nutrition") OR EMB.EXACT.EXPLODE("food") OR EMB.EXACT.EXPLODE("maternal nutrition") OR ti,ab("nutrition*") OR Ti,ab("diet") OR Ti,ab("food")		
Méta-analyses			164
ÉTAPE 5			
ET			
ÉTAPE 7	MJMESH.EXACT.EXPLODE("Prenatal Nutritional Physiological Phenomena") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Food") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Diet, Food, and Nutrition") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("nutrition") OR		

	MJEMB.EXACT.EXPLODE("food") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("maternal nutrition") OR ti("nutrition*") OR Ti("diet") OR Ti("food")		

Santé préconceptionnelle			
Recommandations		01/01/2013 – 06/03/2025	29
ÉTAPE 8	Ti("preconception* care") OR Ti("preconception* health")		
Méta-analyses			47

Consultation préconceptionnelle			
Recommandations		01/01/2013 – 06/03/2024	23
ÉTAPE 9	MESH.EXACT("Preconception Care") OR EMB.EXACT("prepregnancy care") OR Ti,ab("preconception care")		
ET			
ÉTAPE 10	Ti,ab("preconception" near "counsel*") OR Ti,ab("preconception" near "councel*") OR Ti,ab("preconception" near "visit") OR Ti,ab("preconception" near "consult*")		
Méta-analyses			19

Connaissance des patient.e.s en fertilité			
Recommandations		01/01/2013 – 27/03/2025	109
ÉTAPE 11	MJMESH.EXACT("Fertility") OR MJMESH.EXACT("Infertility, Female") OR MJMESH.EXACT("Infertility, Male") OR MJMESH.EXACT("Infertility") OR MJEMB.EXACT("female infertility") OR MJEMB.EXACT("infertility") OR MJEMB.EXACT("male infertility") OR MJEMB.EXACT("fertility") OR Ti("fertility") OR Ti("infertility")		

ET		
ÉTAPE 12	MESH.EXACT.EXPLODE("Male") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Men") OR EMB.EXACT.EXPLODE("male") OR EMB.EXACT.EXPLODE("boy") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Humans") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Female") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Women") OR EMB.EXACT.EXPLODE("human") OR EMB.EXACT.EXPLODE("female") OR EMB.EXACT.EXPLODE("girl") OR Ti,ab("male*") OR Ti,ab("boy*") OR Ti,ab("man") OR Ti,ab("men") OR Ti,ab("woman") OR Ti,ab("women") OR Ti,ab("girl*") OR Ti,ab("couple")	
ET		
ÉTAPE 13	MJMESH.EXACT("Literacy") OR MJMESH.EXACT("Counseling") OR MJMESH.EXACT("Patient Education as Topic") OR MJMESH.EXACT("Health Communication") OR MJMESH.EXACT("Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR MJMESH.EXACT("Reproductive Health -- education") OR MJEMB.EXACT("reproductive health -- prevention") OR MJEMB.EXACT("fertility -- prevention") OR MJEMB.EXACT("attitude to health") OR MJEMB.EXACT("patient education") OR MJEMB.EXACT("counseling") OR MJEMB.EXACT("medical information") OR MJEMB.EXACT("literacy") OR Ti,ab("fertility education") OR Ti,ab("counsel*") OR Ti,ab("literacy") OR Ti,ab("health" near "education") OR Ti,ab("health" near "knowledge") OR Ti,ab("fertilit*" near "education") OR Ti,ab("fetilit*" near "knowledge") OR Ti,ab("reproductive health")	
Méta-analyses		119

Tabac et fertilité		
Recommandations	01/01/2013 – 04/09/2025	4

ÉTAPE 14	MJMESH.EXACT("Fertility") OR MJMESH.EXACT("Infertility, Female") OR MJMESH.EXACT("Infertility, Male") OR MJMESH.EXACT("Infertility") OR MJMESH.EXACT("Reproductive Health") OR MJEMB.EXACT("reproduction") OR MJEMB.EXACT("female infertility") OR MJEMB.EXACT("infertility") OR MJEMB.EXACT("male infertility") OR MJEMB.EXACT("fertility") OR MJEMB.EXACT("reproductive health") OR Ti("fertil*") OR Ti("infertil*") OR Ti("reproductive") OR Ti("reproduction")
ET	
ÉTAPE 15	MJMESH.EXACT("Smoking") OR MJMESH.EXACT("Smoking -- adverse effects") OR MJMESH.EXACT("Nicotine ") OR MJMESH.EXACT("Nicotine -- adverse effects") OR MJMESH.EXACT("Tobacco Smoking") OR MJMESH.EXACT("Tobacco Smoking -- adverse effects") OR MJMESH.EXACT("Cigarette Smoking ") OR MJMESH.EXACT("Cigarette Smoking -- adverse effects") OR MJMESH.EXACT("Tobacco Use ") OR MJMESH.EXACT("Tobacco Use -- adverse effects") OR MJMESH.EXACT("Cigar Smoking") OR MJMESH.EXACT("Cigar Smoking -- adverse effects") OR MESH.EXACT("Tobacco Products") OR MESH.EXACT("Tobacco Products -- adverse effects") OR MJEMB.EXACT("nicotine") OR MJEMB.EXACT("nicotine -- side effect") OR MJEMB.EXACT("nicotine ") OR MJEMB.EXACT("smoking") OR MJEMB.EXACT("smoking -- side effect") OR MJEMB.EXACT("cigar smoking ") OR MJEMB.EXACT("cigar smoking -- side effect") OR MJEMB.EXACT("cigarette smoking ") OR MJEMB.EXACT("cigarette smoking -- side effect") OR MJEMB.EXACT("tobacco") OR MJEMB.EXACT("tobacco -- side effect") OR Ti("tobacco") OR Ti("nicotine") OR Ti("smoke") OR Ti("smoking") OR

	Ti("cigarette") OR MESH.EXACT("Electronic Nicotine Delivery Systems") OR MESH.EXACT("E-Cigarette Vapor") OR EMB.EXACT("electronic cigarette vapor") OR EMB.EXACT("electronic cigarette") OR Ti,ab,if("e-cigar*") OR Ti,ab,if("electr* cigar*") OR Ti,ab,if("ecigar*") OR Ti,ab,if("vape") OR Ti,ab,if("vaper") OR Ti,ab,if("vapes") OR Ti,ab,if("vapers") OR Ti,ab,if("vaping")		
Méta-analyses			24

Cannabis et fertilité			
Recommandations		01/01/2013 – 05/09/2025	2
ÉTAPE 14 ET ÉTAPE 16	MJMESH.EXACT("Cannabis -- adverse effects") OR MJMESH.EXACT("Cannabis") OR MJMESH.EXACT("Marijuana Smoking -- adverse effects") OR MJMESH.EXACT("Marijuana Smoking") OR MJEMB.EXACT("cannabis") OR MJEMB.EXACT("cannabis smoking") OR MJEMB.EXACT("cannabis -- side effect") OR MJEMB.EXACT("cannabis smoking -- side effect") OR Ti("cannabis") OR Ti("marijuana")		
Méta-analyses			7

Santé préconceptionnelle et mode de vie			
Recommandations		01/01/2013 – 04/11/2025	12
ÉTAPE 14 ET ÉTAPE 17	MESH.EXACT.EXPLODE("Diet, Healthy") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol		

	Drinking") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Exercise") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Smoking Cessation") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Life Style") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Weight Loss") OR EMB.EXACT.EXPLODE("healthy diet") OR EMB.EXACT.EXPLODE("lifestyle") OR EMB.EXACT.EXPLODE("smoking cessation") OR EMB.EXACT.EXPLODE("body weight loss") OR EMB.EXACT.EXPLODE("drinking behavior") OR EMB.EXACT.EXPLODE("exercise") OR Ti,ab,if("diet") OR Ti,ab,if("alcohol") OR Ti,ab,if("Exercise") OR Ti,ab,if("physical activit*") OR Ti,ab,if("smoking cessation") OR Ti,ab,if("tobacco") OR Ti,ab,if("cigarette") OR Ti,ab,if("life style") OR Ti,ab,if("weight loss") OR Ti,ab,if("obesity")	
ET		
ÉTAPE 18	MESH.EXACT.EXPLODE("Preconception Care") OR EMB.EXACT.EXPLODE("obstetric procedure") OR Ti,ab,if("preconception care")	
Méta-analyses		47

Santé préconceptionnelle et acide folique			
Recommandations		01/01/2024 – 03/03/2026	23
ÉTAPE 19	MESH.EXACT.EXPLODE("Folic Acid Deficiency") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Folic Acid") OR EMB.EXACT.EXPLODE("folic acid") OR EMB.EXACT.EXPLODE("folate intake") OR Ti,ab,if("folic acid") OR Ti,ab,if("vitamin B9 ") OR Ti,ab,if("folate intake") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Methenyltetrahydrofolate Cyclohydrolase") OR EMB.EXACT.EXPLODE("methenyltetrahydrofolate cyclohydrolase") OR Ti,ab,if ("methylfolate") OR Ti,ab,if("methylated folate") OR Ti,ab,if("5-MTHF") OR Ti,ab,if("5-Methyltetrahydrofolate") OR Ti,ab,if("5, 10-methylenetetrahydrofolate") OR		

	Ti,ab,if("5, 10-Methylene-THF") OR Ti,ab,if("5-methyltetrahydrofolate") OR Ti,ab,if("5-Methyl-THF") OR Ti,ab,if("tetrahydrofolate")	
ET		
ÉTAPE 20	MESH.EXACT.EXPLODE("Preconception Care") OR EMB.EXACT.EXPLODE("prepregnancy care") OR Ti,ab,if("preconception") OR Ti,ab,if("prepregnancy") OR Ti,ab,if("before conception")	
Méta-analyses		35

Santé préconceptionnelle et syphilis			
Recommandations		Pas de date limite	3
ÉTAPE 20			
ET			
ÉTAPE 21	MESH.EXACT.EXPLODE("Syphilis") OR EMB.EXACT.EXPLODE("syphilis") OR Ti("syphiliis")		

Légende : [ti] – TI() : recherche dans le titre ; [mesh] – MESH() : descripteurs ; [MAJR] – MJMESH() : descripteur majoré.

Sites consultés

Date de dernière consultation : JJ/MM/AAAA

Academy of Medicine Singapore – https://www.moh.gov.sg/

American Academy of Family Physicians – https://www.aafp.org/

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – https://www.acog.org/

American College of Radiology – https://www.jacr.org/

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – https://ansm.sante.fr/

Agence nationale de sécurité sanitaire – https://www.anses.fr/fr

American Society for Reproductive Medicine – https://www.asrm.org/

Association française d'urologie (AFU) – https://www.urofrance.org/

BC Mental Health and Substance Use Services – Perinatal Services BC – https://www.bcwomens.ca/

British Fertility Society – https://www.britishfertilitysociety.org.uk/

Centre d'expertise en soins de santé – https://kce.fgov.be/

Centre of Perinatal Excellence – https://www.cope.org.au/

Clinical Excellence Queensland – https://www.health.qld.gov.au/

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) – https://cngof.fr/

European Association of Urology – https://uroweb.org/

European Fertility Society – https://www.europeanfertilitysociety.com/

Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) – https://www.fncgm.com/

Fertility Europe – https://fertilityeurope.eu/

Fertility Society of Australia and New Zealand – https://www.fertilitysociety.com.au/

Haut Conseil de santé publique – https://www.hcsp.fr/

Institute of Obstetricians and Gynaecologists – https://www.rcpi.ie/

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) – https://www.figo.org/fr/

NHS Bristol, North Somerset and South Gloucestershire – https://bnssg.icb.nhs.uk/

NICE – https://www.nice.org.uk/

OMS – https://www.who.int/

Reproductive Health National Training Center – https://rhntc.org/

Royal College of Obstetricians and Gynecologists – https://www.rcog.org.uk/

SIGN – https://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf

Société canadienne de fertilité et d'andrologie – https://cfas.ca/

Société d'andrologie de langue française (SALF) – https://www.salf.fr/

Société française de gynécologie – https://www.sf-gynecologie.fr/

South African National Department of Health – https://sasreg.co.za/

Southern African Society of Reproductive Medicine and Gynaecological Endoscopy – https://sasreg.co.za/

Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF) – https://syngof.fr/

The Unexplained Infertility guideline group – https://www.eshre.eu/

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'en janvier 2026 sur les bases de données Medline, Embase, Emcare en utilisant les équations présentées dans le tableau de stratégie ci-dessus.

Table des annexes

Annexe 1. Facteurs d'altération de la fertilité masculine et féminine, actions en faveur de la santé reproductive et de la santé globale, ressources 178

Annexe 2. Informations sur l'assistance médicale à la procréation (AMP) 186

Annexe 1. Facteurs d'altération de la fertilité masculine et féminine, actions en faveur de la santé reproductive et de la santé globale, ressources

Les données présentées s'appuient sur des recommandations internationales, des rapports de plusieurs agences sanitaires françaises et de la littérature internationale.

L'âge : première cause de la diminution et de l'altération de la fertilité tant chez la femme que chez l'homme

➔ La probabilité de concevoir naturellement diminue avec l'âge et le délai de conception s'allonge avec l'âge.

– Chez la femme : diminution de la réserve ovarienne à partir de 35 ans et encore plus après 40 ans. Augmentation de la fréquence des aneuploïdies chez la femme avec l'âge du fait du vieillissement des ovocytes.
– Chez l'homme : diminution du nombre de spermatozoïdes produits, de leur mobilité et apparition de formes anormales dès l'âge de 30 à 35 ans et davantage encore entre 55-59 ans. Augmentation avec l'âge paternel de la fréquence des mutations génétiques *de novo* dans les cellules reproductrices masculines (apparition de nouvelles mutations génétiques).

➔ Avec l'âge, toute personne a plus de risque d'avoir été exposée à des facteurs de l'environnement avec un accroissement de l'altération de la fertilité.

Ressources pour les usagers :

Santé sexuelle et reproductive

Santé publique France (SPF) Tout savoir sur la sexualité|QuestionSexualité

Santé publique France (SPF) Sexualités, osons en parler ! sexualites-info-sante.fr

Sida Info Service, aujourd'hui SIS-Association Sexualités, osons en parler ! - sexualites-info-sante.fr

Le service public d'information en santé Ma fertilité | Santé.fr

Prévenir les IST|ameli.fr | Assuré

Fertilité

Les conditions physiologiques de la procréation naturelle | Santé.fr

Le service public d'information en santé Ma fertilité | Santé.fr

Portail national. Service public d'information en santé Page d'accueil|Santé.fr avec des décryptages pour lutter contre la désinformation Décryptage | Santé.fr et un espace d'information dédié à la fertilité Ma fertilité | Santé.fr

Les facteurs médicaux

Une infection sexuellement transmissible (IST) non diagnostiquée et non traitée peut affecter la fertilité par un phénomène d'inflammation des organes reproducteurs ou être à l'origine d'une infertilité comme l'infection à Chlamydia trachomatis (CT).

➔ En période préconceptionnelle : proposer un dépistage des IST et un traitement le cas échéant, l'utilisation de préservatifs, la vaccination contre l'hépatite B et les infections à papillomavirus (HPV), promouvoir des comportements sexuels responsables.

Ressources pour les professionnels :

Ministère de la Santé. Calendrier des vaccinations https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal

Ressources pour les usagers :

Prévenir les IST | ameli.fr | Assuré

Vaccination Info Service vaccination-info-service.fr

Haute Autorité de santé. Haute Autorité de Santé - Grossesse : les vaccins recommandés

Vaccination Info Service. La grossesse est-elle une contre-indication à la vaccination ? https://vaccination-info-service.fr/Questions-frequentes/Questions-pratiques/Contre-indications-a-la-vaccination/La-grossesse-est-elle-une-contre-indication-a-la-vaccination

Grossesse. Les vaccins recommandés. Mise à jour 2025. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-04/fu_vaccination_femme_enceinte.pdf

Le surpoids et l'obésité :

- Chez la femme : dysfonction ovulatoire pouvant être compliquée par un syndrome des ovaires polykystiques, irrégularités des cycles
- Chez l'homme : incidence accrue d'oligozoospermie et d'asthénozoospermie, relation inverse entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la testostérone

➔ Dépister un surpoids ou une obésité : calculer l'IMC, suivre l'évolution de la courbe de corpulence

➔ Coconstruire un projet de soins préconceptionnels : améliorer l'alimentation, mettre en œuvre une activité physique régulière et une diminution des comportements sédentaires, améliorer le sommeil et les rythmes de vie, idéalement plusieurs mois avant le projet conceptionnel : stabiliser le poids, puis en cas d'IMC > 30, personnaliser l'objectif de poids en cas de retentissement sur la santé et maintenir dans la durée les modifications des habitudes de vie mises en œuvre avec un accompagnement.

Ressources pour les professionnels :

Haute Autorité de santé – Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte

Haute Autorité de santé – Surpoids et obésité chez la femme : dépistage et accompagnement

Ressources pour les usagers :

Santé publique France (SPF). Manger Bouger https://www.mangerbouger.fr/

Haute Autorité de santé. Document pour les usagers. L'activité physique : votre meilleure alliée. 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385126/fr/l-activite-physique-votre-meilleure-alliee-sante

Santé publique France. Test de niveau d'activité physique et de sédentarité des adultes https://www.mangerbouger.fr/bouger-plus/test-de-niveau-d-activite-physique-et-de-sedentarite-des-adultes

Infographie activités physiques — Adultes | Anses — Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Alimentation : quels besoins et apports nutritionnels ? | Anses — Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

https://www.mangerbouger.fr/content/show/1501/file/Brochure_50_petites_astuces.pdf

Un outil pour consulter la qualité de l'eau du robinet dans chaque commune Consommation d'eau -Un outil pour consulter la qualité de l'eau du robinet dans votre commune | Service public

Des médicaments utilisés dans le traitement de l'acné, de l'épilepsie, ou de la sclérose en plaques, ou d'autres médicaments tels que le valproate et ses dérivés, le mycophénolate, le thalidomide, les anti-vitamines K sont susceptibles de provoquer :

- chez la femme : selon la période d'exposition (préconceptionnelle, conceptionnelle ou pendant la grossesse), des effets sur le développement de l'embryon et du fœtus ou sur l'enfant à naître ;
- chez l'homme : certains médicaments peuvent entraîner une altération des caractéristiques spermatiques et donc une infertilité d'origine masculine. Certains médicaments de ne sont pas tératogènes mais altèrent la quantité et/ou la qualité des spermatozoïdes.

➔ Pour limiter le risque lors de toute primo-prescription médicamenteuse ou de son renouvellement, ou de son adaptation, notamment en cas de maladie chronique : consulter le résumé des caractéristiques du produit (RCP), rechercher des informations complémentaires auprès de l'ANSM, des CRP, du CRAT.

Maladies chroniques et caractéristiques ou maladies génétiques

En fonction du contexte et des modalités prévues par la loi relative à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne, le professionnel de santé doit évoquer, avec la ou les personnes ayant un projet conceptionnel, la possibilité d'accéder à une consultation de conseil génétique, dans l'idéal en période préconceptionnelle, si celles-ci souhaitent bénéficier d'informations quant aux risques de pathologies génétiques pour leur descendance, et le cas échéant, après recueil de leur consentement libre et éclairé, de tests génétiques dont les résultats pourraient impacter la fertilité ou le projet conceptionnel (dépistage d'hétérozygotie, de femmes conductrices, d'anomalies de structure chromosomiques équilibrées notamment).

Ressources pour les professionnels :

ANSM. 2022. Médicaments et grossesse. https://ansm.sante.fr/dossiers — thematiques/medicaments-et-grossesse/informations-pour-les-professionnels-de-santé

Réseau français des centres régionaux de pharmacovigilance (RFCRPV) https://www.rfcrpv.fr/contacter-votre-crpv/

Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) www.lecrat.fr

Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN). Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal – CPDPN – site officiel

Ressources pour les usagers :

Automédication, médicaments

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Enceinte, les médicaments, c'est pas n'importe comment ! https://ansm.sante.fr/page/enceinte-les-medicaments-cest-pas-nimporte-comment

Consultation et examen génétique

Agence de la biomédecine. La génétique pour tous. https://genetique-medicale.fr/

Facteurs comportementaux

La consommation d'alcool altère la fertilité des hommes et des femmes, les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) peuvent aussi résulter de la consommation d'alcool des hommes (via la toxicité de l'alcool transmise par les spermatozoïdes) et non pas uniquement des femmes durant leur grossesse. La consommation d'alcool peut induire :

- chez la femme : des modifications du cycle menstruel et une baisse de la fécondité via des troubles hypothalamo-hypophysaires ;
- chez l'homme : une diminution de la testostérone, une réduction du volume séminal et de la concentration spermatique, une diminution de la mobilité et une altération de la morphologie des spermatozoïdes, une apoptose des cellules de Sertoli, des anomalies nucléaires et des altérations biochimiques et épigénétiques de l'ADN et de l'ARN spermatique.

➔ Le principe de précaution consiste en l'arrêt de toute consommation d'alcool dès l'intention de conception (ou l'arrêt d'une contraception), pour la femme jusqu'à la fin de l'allaitement, et pour l'homme jusqu'au diagnostic de grossesse et au-delà pour soutenir le maintien de l'arrêt chez la femme. À défaut d'y parvenir, tout arrêt ou toute baisse de la consommation d'alcool, à quelque moment que ce soit, est bénéfique.

➔ L'accompagnement se coconstruit avec chaque personne, dès le premier recours, à partir des données du repérage en respectant son autonomie décisionnelle quant à ses objectifs propres et son savoir expérientiel, afin de lui permettre d'agir sur :

- ses motivations, ses ressources internes, ses difficultés, son ambivalence ;
- ses modalités d'usage : la quantité consommée, la fréquence, les habitudes et les rituels de consommation, l'ambiance, l'environnement, l'entourage, le style de vie ;
- les effets recherchés en identifiant des alternatives à l'alcool ;
- les risques liés à ses usages, notamment en sécurisant du mieux possible les alcoolisations importantes et les situations de vulnérabilité ;
- ses besoins et priorités (logement, protection en cas de violences, souffrance, travail, isolement) ;
- ses compétences psycho-sociales, dont la capacité de résolution des problèmes et de gestion des émotions.

Ressources pour les professionnels :

Haute Autorité de santé. 2023. Haute Autorité de santé – Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne

Haute Autorité de santé. 2025. Haute Autorité de santé – Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes

Ressources pour les usagers :

Santé publique France. Alcool Info Service https://www.alcool-info-service.fr

La consommation de tabac entraîne :

- chez l'homme, une altération de la spermatogenèse, une diminution du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes, de leur morphologie, de leur pouvoir fécondant et du volume séminal. Mais les paramètres du sperme restent souvent dans la plage normale ;
- chez la femme, un allongement potentiel du délai de conception, un risque accru de grossesse extra-utérine (GEU) et de survenue d'une insuffisance ovarienne prématurée ; une consommation même faible (1 à 2 cigarettes/jour) avant la grossesse augmente significativement le risque de morbidité chez l'enfant (ventilation assistée après l'accouchement, admission en soins intensifs pour ventilation assistée, infections).

La cigarette électronique, bien que parfois présentée comme une alternative sûre aux cigarettes combustibles traditionnelles, pourrait nuire à la fonction reproductive. Elle contient moins de composants toxiques que les cigarettes traditionnelles, mais leur aérosol contient des métaux (chrome, nickel et plomb) et des carbonyles (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine et glyoxal) pouvant agir comme des perturbateurs endocriniens.

➔ Le principe de prévention consiste en l'arrêt de toute consommation de tabac dès l'intention de conception (ou l'arrêt d'une contraception) et durant la grossesse. À défaut d'y parvenir, tout arrêt ou toute baisse de consommation, à quelque moment que ce soit, est bénéfique.

Ressources pour les professionnels :

Haute Autorité de santé – Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours (actualisation en cours)

La prise en charge du sevrage tabagique | ameli.fr | Médecin

Ressources pour les usagers :

Santé publique France. Tabac Info Service https://www.tabac-info-service.fr/

Le cannabis ainsi que le cannabidiol (CBD) seul semblent entraîner une altération de la fécondité tant masculine que féminine avant et au moment de la conception. Mais les effets sur la régulation hormonale, l'ovulation, la spermatogenèse, la fécondation, la mobilité des spermatozoïdes et leur durée de vie, leur capacité à féconder les ovocytes, l'implantation de l'embryon restent à démontrer plus clairement.

➔ Le principe de précaution consiste à déconseiller la consommation de cannabis dès l'intention de conception (ou l'arrêt d'une contraception) et durant la grossesse.

Ressources pour les usagers :

Santé publique France. Écoute Cannabis https://www.drogues-info-service.fr/Drogues/par-telephone

Guide d'aide à l'arrêt du cannabis pour les usagers. https://www.drogues-info-service.fr/A-lire-a-voir/Notices/Guide-d-aide-a-l-arret-du-cannabis

Les effets cumulés d'une polyconsommation, cannabis associé au tabac et à l'alcool, sur la reproduction humaine ne sont pas connus, mais ces substances altèrent toutes indépendamment la fertilité.

➔ Il est important de dépister chacune de ces substances individuellement.

Ressources pour les usagers :

Santé publique France. Drogues Info Service https://www.drogues-info-service.fr/

Les aliments et les eaux du robinet, les compléments alimentaires

Au cours de la période allant de la conception, à la maturation des gamètes, jusqu'au développement embryonnaire précoce, **l'alimentation des parents** peut entraîner des risques à long terme de maladies cardiovasculaires, métaboliques, immunitaires et neurologiques chez l'enfant (programmation développementale) : une alimentation variée, diversifiée, issue de l'agriculture biologique, limitant notamment les produits transformés et ultra-tranformés est conseillée.

Chez les hommes en âge de procréer, la consommation d'aliments ultra-transformés comparativement à un régime alimentaire non transformé, nuit à la santé métabolique et reproductive.

➔ L'Anses recommande aux hommes et aux femmes en âge de procréer de veiller à leur équilibre alimentaire et tout particulièrement aux femmes sans attendre d'être enceintes, afin d'assurer dès la conception un statut nutritionnel satisfaisant et compatible avec les besoins du fœtus et de la mère.

Les eaux potables du robinet destinées à la consommation humaine : boisson, cuisson, préparation d'aliments ou autres usages domestiques peuvent contenir des pesticides, des nitrates, du plomb, des PFAS notamment.

➔ L'eau du robinet fait l'objet d'un suivi sanitaire permanent par les agences régionales de santé (ARS). Il est possible de visualiser les résultats des contrôles sanitaires grâce à un outil proposé par le ministère de la Santé Consommation d'eau – Un outil pour consulter la qualité de l'eau du robinet dans votre commune | Service public

Les isoflavones (soja) consommées en trop grande quantité peuvent avoir des effets nocifs sur la santé, en particulier sur le système reproducteur. Le soja est la principale source d'isoflavones naturellement présentes dans certains végétaux (légumes secs, aussi appelés légumineuses, et dans les légumes), mais leur teneur est particulièrement élevée dans certains aliments élaborés à partir de soja (par exemple, biscuits apéritifs à base de soja, sauce soja, etc.). L'Anses conseille de diversifier les aliments d'origine végétale, en consommant des légumes secs moins riches en isoflavones que le soja.

Le mercure : les personnes sont exposées au MeHg principalement par la consommation de poissons contaminés, en particulier les espèces de poissons prédateurs. La toxicité chez l'enfant est essentiellement neurologique. Le dépistage systématique de toutes les femmes en âge de procréer ne se justifie pas ,sauf chez les femmes ayant un projet de grossesse consommatrices de poissons plus de deux fois par semaine. La prévention passe par une évaluation alimentaire et l'évitement de la consommation des poissons les plus contaminés, plusieurs mois avant le début des grossesses (pour prendre en compte la cinétique d'élimination du MeHg) et assurer une exposition minimale de l'enfant.

- ➔ Évaluer la qualité et la variété de l'alimentation, la consommation de compléments alimentaires ou d'aliments avec des conséquences sur le système reproducteur ou la fertilité
- ➔ L'Anses recommande aux femmes en âge de procréer de veiller à leur équilibre alimentaire sans attendre d'être enceintes, afin d'assurer dès la conception un statut nutritionnel satisfaisant et compatible avec les besoins du fœtus et de la mère.

La caféine consommée au-delà de 400mg/j peut entraîner des effets sur la fertilité masculine (4 tasses d'expresso quantité maximale recommandée pour un adulte en bonne santé). La caféine se trouve également dans d'autres produits comme le thé, le chocolat et certaines boissons énergisantes. Mais les effets de la caféine diffèrent entre les individus en fonction du patrimoine génétique, de l'état de santé, de la consommation avec d'autres produits : tabac, alcool, certains médicaments et certains compléments alimentaires. Ces différences entre les individus rendent difficilement quantifiables les doses journalières à ne pas dépasser pour protéger la santé.

L'usage de stéroïdes anabolisants androgènes (substances dopantes), parfois consommés dans un objectif de performance par des sportifs amateurs ou professionnels (le plus souvent dans les disciplines suivantes : culturisme, force athlétique, haltérophilie, boxe et kickboxing), ou de modification de la composition corporelle (prise de muscle, perte de masse grasse), peut entraîner une infertilité masculine et féminine.

Certains compléments alimentaires contenant des plantes peuvent présenter un risque pour la santé notamment reproductive ou pour la santé du fœtus. Consulter le tableau d'information sur les plantes médicinales utilisées dans les compléments alimentaires nécessitant des précautions d'emploi (mise à jour en juin 2023) : https://www.anses.fr/fr/content/complements-alimentaires-base-de-plantes-vers-une-meilleure-information-des-consommateurs

La forskoline, utilisée en médecine traditionnelle notamment pour la perte de poids, retarde la progression méiotique normale des ovocytes humains dans un test de fertilité *in vitro* (une étude). L'Anses déconseille sa consommation.

Ressources pour les professionnels :

Accueil | Anses – Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSES. 2023. AVIS de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à « l'évaluation de la pertinence de l'applications des avertissements et recommandations exprimés dans les monographies de plantes médicinales de l'EMA aux compléments alimentaires contenant ces mêmes plantes » : https://www.anses.fr/system/files/NUT2019SA0155.pdf

Ressources pour la population générale :

Santé publique France (SPF). Manger Bouger https://www.mangerbouger.fr/

Alimentation : besoins et apports nutritionnels. Alimentation : quels besoins et apports nutritionnels ? | Anses – Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/augmenter/augmenter-les-fruits-et-legumes

Santé publique France (SPF). Le guide. 50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus. https://www.mangerbouger.fr/content/show/1501/file/DT05-217-25B%2032p_148x210_MANGERBOUGER%2050%20petites%20astuces_sept%202025_vf.pdf

Un outil pour consulter la qualité de l'eau du robinet dans chaque commune Consommation d'eau – Un outil pour consulter la qualité de l'eau du robinet dans votre commune | Service public

Pour les femmes avant, pendant et après la grossesse :

Santé publique France (SPF). Les recommandations et conseils avant, pendant et après la grossesse. https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-et-conseils-avant-pendant-et-apres-la-grossesse

La sédentarité et l'activité physique

– Chez l'homme, l'activité physique récréative d'intensité modérée à forte pourrait avoir un effet positif sur la qualité spermatique, en particulier sur la concentration, la numération et la mobilité progressive. L'amélioration des taux de

grossesse et de naissance vivante n'est pas démontrée. En revanche, l'activité physique de haut niveau (d'intensité trop élevée et/ou trop fréquente) semblerait impacter de façon négative la mobilité progressive.

- Chez la femme, un excès d'activité physique intense peut entraîner un risque d'anovulation hypothalamique. La pratique d'au moins 30 minutes d'activités dynamiques par jour pourrait augmenter les chances de grossesse et de naissance vivante.
- Toute diminution de la sédentarité et toute augmentation et tout maintien d'une activité physique du quotidien sont des facteurs protecteurs pour la santé tant pour les femmes que les hommes. Il est conseillé aux personnes concernées de :
- pratiquer au minimum 150 minutes par semaine d'activité physique (recommandations de l'Anses et de l'OMS) ;
- rompre les périodes de sédentarité, toutes les 90 à 120 min, avec de courtes séquences (4/5min) de mouvements (marche, mouvements simples de détente musculaire…), faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations (rotation des épaules, bassin, chevilles, poignets, mains, tête).

Ressources pour les professionnels :

Haute Autorité de santé. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé. 2019, actualisé en 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante

Ressources pour les usagers :

Santé publique France (SPF). Manger Bouger https://www.mangerbouger.fr/

Haute Autorité de santé. Document pour les usagers. L'activité physique : votre meilleure alliée. 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385126/fr/l-activite-physique-votre-meilleure-alliee-sante

Infographie Activités Physiques - Adultes | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Santé publique France. Test de niveau d'activité physique et de sédentarité des adultes. https://www.mangerbouger.fr/bouger-plus/test-de-niveau-d-activite-physique-et-de-sedentarite-des-adultes

Facteurs environnementaux professionnels et domestiques : agents physiques et chimiques

Les professionnels des s**ervices de prévention et de santé au travail** (SPST) :

- participent à l'évaluation des risques professionnels ;
- recommandent des mesures de prévention ;
- encouragent toute personne ayant un projet de grossesse à les contacter en amont du démarrage de la grossesse ;
- sensibilisent plus largement aux comportements améliorant la santé globale.

Le professionnel de santé envisage, si besoin, une orientation vers le médecin du travail pour rechercher des expositions professionnelles à risque, ou vers les centres régionaux de pathologie professionnelle et environnementale (CRPPE).

Les centres PRÉVENIR (pour PRÉVention ENvIronnement Reproduction) pluridisciplinaires accompagnent les couples confrontés à l'infertilité, aux fausses couches répétées ou aux complications obstétricales, mais aussi les femmes enceintes et futurs parents souhaitant protéger leur grossesse — y compris lorsqu'elle se déroule normalement.

Chaque plateforme propose un bilan d'exposition environnementale personnalisé et des actions concrètes de réduction du risque reprotoxique, adapté à la situation et au parcours de chaque personne. Elle propose des outils comme un questionnaire en ligne permettant d'évaluer le niveau de risque, d'obtenir des téléconsultations, des ateliers ou téléateliers.

Le plomb peut avoir des effets sur la reproduction.

- Chez l'homme : plusieurs études en milieu professionnel rapportent pour des plombémies supérieures à 150µg/L, une diminution du nombre ou de la concentration des spermatozoïdes, de leur motilité et du volume des éjaculats, ainsi qu'une augmentation de la proportion de spermatozoïdes présentant des anomalies morphologiques. Un allongement du délai pour concevoir associé à des plombémies supérieures à 200 µg/L est observé chez des hommes professionnellement exposés.
- Chez la femme : il n'y a pas de preuve d'un effet du plomb sur la fertilité féminine aux concentrations habituelles en milieu professionnel et en population générale. Des arrêts spontanés de la grossesse, une hypertension pendant la grossesse, un retard de développement du fœtus, une diminution du poids de naissance ont été décrits.

Certaines professions ou activités de loisirs sont particulièrement concernées : vitrailliste, travail du cristal à froid, salariés et pratiquants des stands de tir, salariés de l'industrie, recyclage des métaux, rénovation de vieilles peintures.

L'exposition à une forte chaleur semble altérer la qualité du sperme ou la fertilité masculine par augmentation de la température scrotale ou exposition à un environnement chaud ou à des positions assises prolongées, retrouvées :

- soit dans le cadre du mode de vie : station assise prolongée sans rupture de sédentarité (> 2 heures pour la conduite automobile, les trajets en train, la pratique intensive du vélo ou de la moto, ou le télétravail), les bains prolongés dans une eau très chaude (sauna, hammam) l'installation d'un ordinateur portable sur les cuisses, l'obésité ;
- soit dans l'exercice d'une profession : boulangers, cuisiniers, métallurgistes, verriers, etc., chauffeurs routiers, travail sédentaire sans rupture régulière de sédentarité, etc.

L'exposition professionnelle comporte des risques pour la santé reproductive.

Le rôle du médecin du travail dans l'information des personnes susceptibles d'être exposées, la formation aux mesures de prévention pour réduire les expositions, le suivi médical, sont essentiels.

- **L'exposition aux perturbateurs endocriniens** (les bisphénols, les phtalates, les parabènes, les composés bromés et fluorés (comme les PFAS) ou encore les alkylphénols présents dans des produits de consommation et des produits utilisés pour des applications agricoles ou industrielles) est susceptible de perturber le système reproducteur tant chez l'homme que chez la femme.
- **Une exposition dans le milieu de soins par inhalation au MEOPA, gaz anesthésique** composé à 50% de protoxyde d'azote et 50% d'oxygène est susceptible de comporter des risques pour la santé reproductive. Une baisse de la fertilité féminine a été rapportée dans plusieurs études, ainsi qu'une augmentation du risque d'interruptions spontanées de la grossesse.
- **Une exposition aux rayonnements ionisants** au-delà d'une certaine dose d'irradiation peut entraîner une stérilité masculine définitive (3,5 Gy) ou féminine. (2,5 Gy). La dose reçue par l'organisme dépend de la nature du rayonnement (type, énergie), de l'activité de la source, la distance à la source d'exposition, la durée de l'exposition, l'épaisseur et la composition des équipements de protection collective et individuelle. Le risque est réputé présent, y compris à des niveaux d'exposition inférieurs aux valeurs limites d'exposition professionnelles. Pour les expositions externes, les dosimètres individuels sont des moyens de surveillance de l'exposition des travailleurs. Pour les expositions internes, le médecin du travail peut prescrire des examens spécifiques. Dans tous les cas, un suivi renforcé par la médecine du travail est mis en place.
- **Certains médicaments, contiennent des agents chimiques cancérogènes, mutagènes ou toxiques** pour la reproduction (CMR) et peuvent exposer le personnel soignant à des risques pour sa santé.

L'exposition domestique comporte des risques pour la santé reproductive.

Certains polluants présents dans l'environnement quotidien domestique, peuvent influencer la fertilité. Cette exposition peut être chimique et/ou physique.

La consommation du protoxyde d'azote à usage récréatif présente des risques pour la santé reproductive et au-delà, en cas de consommations répétées et à intervalles rapprochés et/ou à fortes doses.

L'adoption de gestes simples permet de réduire ces expositions et de mieux protéger la santé, et donc les capacités reproductives. Le site internet 1 000 premiers jours.fr prodigue des conseils pour agir sur son environnement — Agir sur son environnement — tout à fait pertinents pour la période préconceptionnelle, à poursuivre pendant la grossesse et par la suite, une fois l'enfant mis au monde, notamment :

- limiter l'exposition aux substances chimiques par le choix du matériel de cuisson et des contenants : casseroles, poêles, plats sans PFAS, ustensiles en bois, aliments non emballés ou dans des contenants en verre ;
- éviter le contact avec des aliments chauds avec le plastique et limiter les conserves avec un revêtement intérieur en microplastique ;
- limiter l'usage des produits ménagers contenant des substances chimiques : privilégier les produits avec label environnemental ou les actions mécaniques (microfibres) ou thermiques ;
- améliorer la qualité de l'air du logement en aérant toutes les pièces au moins 10 minutes par jour, été comme hiver, et lors de manipulation de produits chimiques (peinture, produits d'entretien, insecticides, etc.). Ne pas boucher les aérations et les nettoyer régulièrement ;
- éviter l'exposition aux substances chimiques dans les produits appliqués sur la peau, les ongles et les cheveux : privilégier les produits avec labels environnementaux, éviter les produits sans rinçage, en spray ou en aérosol.
- éviter l'utilisation de bougies parfumantes, de produits parfumants ou les huiles essentielles.

Ressources pour les professionnels :

Une recommandation de bonne pratique intitulée : « Surveillance médicoprofessionnelle des travailleurs exposés aux toxiques pour la reproduction » est en cours d'élaboration par la HAS et la Société française de santé au travail (SFST) (cf. note de cadrage Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés aux toxiques pour la reproduction)

INRS. Liste des substances classées cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) https://www.inrs.fr/

INRS. 2024. L'essentiel sur les médicaments cytotoxiques et les soignants - Publications et outils - INRS

INRS. Rayonnements ionisants : https://www.inrs.fr/risques/rayonnements-ionisants/reglementation.html

Haut Comité à la santé publique (HCSP) 2017. Mise à jour du guide pratique de dépistage et de prise en charge des expositions au plomb chez l'enfant mineur et la femme enceinte

Réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse. Réseau des centres PRÉVENIR – Des experts hospitaliers pour l'amélioration de la santé reproductive

Ressources pour les usagers :

Portail national. Service public d'information en santé Risques environnementaux et professionnels : ce qu'il faut savoir pour préserver sa fertilité | Santé.fr

INRS. 2024. Exposition au plomb. Protégez-vous, protégez vos proches - Dépliant - INRS

Le site internet 1 000 premiers jours.fr prodigue des conseils pour agir sur son environnement — Agir sur son environnement —

Produits avec labels environnementaux. ADEME. Labels environnementaux | Agir pour la transition écologique

Réseau national PRÉVENIR. Prévenir les risques environnementaux pour la fertilité et la grossesse. Réseau des centres PRÉVENIR – Des experts hospitaliers pour l'amélioration de la santé reproductive

Facteurs psychosociaux : stress, anxiété, dépression, violence

Le stress entraîne des effets physiologiques : diminution de la probabilité de conception en lien avec des troubles du cycle menstruel, diminution des niveaux d'hormone lutéinisante (LH) et de testostérone, ainsi que des altérations de la spermatogenèse et de la qualité du sperme.

Un stress qui s'installe dans la durée altère la capacité à réagir et peut entraîner des symptômes physiques, émotionnels, cognitifs (notamment hypertension, nervosité, fatigue, dépression). Ces symptômes à leur tour peuvent entraîner des répercussions sur les comportements avec le recours à des produits excitants ou calmants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques, stupéfiants…), un sommeil perturbé, un repli sur soi, des difficultés à coopérer, une diminution des activités sociales, une agressivité, une diminution de la qualité de vie, du désir sexuel et des performances sexuelles.

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux non dépistés en période prénatale entraînent des conséquences à court et moyen terme sur la santé maternelle et le développement fœtal ainsi que des conséquences à long terme sur la santé physique et mentale des mères.

L'usage des écrans peut induire une réduction du temps de sommeil, une négligence d'activités de loisirs, des conflits avec l'entourage.

Ressources pour les professionnels :

INRS. Les risques psychosociaux https://www.inrs.fr/
Haute Autorité de santé. 2022. Haute Autorité de santé – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
Haute Autorité de santé. 2022. outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf
Haute Autorité de santé. 2019.Haute Autorité de santé – Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale
Ressources pour les usagers :
Psycom. Les lignes d'écoute. Santé mentale : https://www.psycom.org/sorienter/les-lignes-decoute/

Ligne d'écoute nationale destinée aux femmes victimes de violence, appeler le 3919 https://solidaritefemmes.org/appeler-le-3919/

Accompagnement avec un psychologue conventionné « Mon soutien psy » : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/accompagnement-psychologue-conventionne-mon-soutien-psy

Annexe 2. Informations sur l'assistance médicale à la procréation (AMP)

Assistance Médicale à la Procréation (**AMP**) ont la même signification et Procréation Médicalement Assistée (**PMA**).

Cadre règlementaire

Les activités d'assistance médicale à la procréation (AMP) sont strictement encadrées par le Code de la santé publique. La dernière loi relative à la bioéthique n° 2021-1017 a été promulguée le 2 août 2021.

L'AMP s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons ainsi que le transfert d'embryons et l'insémination artificielle. L'AMP est destinée à répondre à un projet parental. Tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes, ou toute femme non mariée a accès à l'AMP après les entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe médicale clinico-biologique pluridisciplinaire. Les conditions d'âge requises pour bénéficier d'une AMP sont fixées par décret en Conseil d'État (décret n°2021-1243 du 28 septembre 2021).

Offre de soins

L'offre de soins en AMP est répartie sur le territoire national hormis pour deux régions : la Guyane et Mayotte, seules régions françaises (hors TOM) dépourvues de centre clinico-biologique d'AMP ou de laboratoire d'insémination.

En 2023, 36 centres clinico-biologiques ont assuré les activités de don d'ovocytes ; 30 centres les activités de don de spermatozoïdes, et 20 centres, la mise en œuvre de l'accueil d'embryons. Parmi ces centres, 20 détiennent les autorisations pour ces trois activités. Au total, 58 centres ont conservé des gamètes dans un cadre médical en vue d'un projet d'enfant ultérieur, et 42 centres dans un cadre non médical.

Autoconservation médicale des gamètes, embryons et tissus germinaux

Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée peut bénéficier du recueil ou du prélèvement et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux. L'objectif de cette conservation est de permettre la réalisation ultérieure d'une AMP, en vue de la préservation ou de la restauration de sa fertilité ou en vue du rétablissement d'une fonction hormonale. La greffe de tissus germinaux est rendue possible. Elle a deux finalités : la restauration de la fonction hormonale et la restauration de la fertilité.

Autoconservation non médicale de gamètes

Depuis 2022, après une prise en charge médicale par l'équipe clinico-biologique pluridisciplinaire, une personne majeure peut bénéficier, du recueil, du prélèvement et de la conservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une AMP (article L. 2141-12 du CSP).

Les conditions d'âge requises pour en bénéficier sont fixées par un décret en Conseil d'État : du 29e au 37e anniversaire pour les ovocytes, et du 29e au 45e anniversaire pour les spermatozoïdes (art. R. 2141-37 du CSP).

Techniques d'AMP

A-AMP avec ovocytes et spermatozoïdes du couple : l'insémination artificielle est la technique d'AMP la plus simple et la plus ancienne. Elle est envisagée dans certains cas de troubles ovulatoires, d'altération des paramètres spermatiques et d'infertilités inexpliquées.

- La fécondation in vitro (FIV) : la FIV classique est proposée quand il existe une anomalie des trompes, qui empêche la rencontre naturelle des gamètes (absence ou obstruction). Elle peut aussi

être indiquée dans le cas d'infertilité inexpliquée, de certaines infertilités masculines modérées et après échec des stimulations et des inséminations. La FIV nécessite une stimulation ovarienne multifolliculaire.

- L'ICSI (*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*, micro-injection intracytoplasmique d'un seul spermatozoïde dans l'ovocyte) est proposée quand il existe des anomalies spermatiques sévères, affectant le nombre, la mobilité, la morphologie des spermatozoïdes. Elle est tout particulièrement indiquée lorsque les spermatozoïdes sont prélevés chirurgicalement. Elle peut être proposée après certains échecs de FIV classique.
- Le transfert d'embryons après décongélation : le cycle prévu pour le transfert comporte une surveillance, voire un traitement (comprimés ou injections), afin de déterminer les conditions optimales pour le réaliser et pour préparer l'endomètre à l'implantation du ou des embryons. Si la préparation de l'endomètre est jugée satisfaisante, le transfert embryonnaire est effectué. Après la décongélation, la plupart des embryons gardent leur capacité de développement et sont transférables. Il est cependant difficile de prévoir si un embryon supportera ou non la décongélation.

B- AMP avec don de gamètes ou d'embryons

- Don d'ovocytes et don de spermatozoïdes : dans le cadre de la loi de bioéthique de 2021, les dons de gamètes peuvent être proposés à des couples composés d'un homme et d'une femme en âge de procréer, à des couples de femmes et à des femmes célibataires en âge de procréer. En raison de l'autorisation depuis la loi de bioéthique de 2021 de recourir au double don, les dons d'ovocytes et les dons de spermatozoïdes peuvent être utilisés pour un parcours de soins avec don de gamète simple (ovocyte ou spermatozoïdes) ou avec double don. La proportion des cycles d'AMP ayant recours à des gamètes de donneur est en augmentation depuis la Loi de bioéthique de 2021.
- Accueil d'embryons : dans le cadre de la loi de bioéthique de 2021, les embryons congelés des personnes qui n'ont plus de projet parental et qui consentent à l'accueil (au don) d'embryons peuvent être proposés aux couples composés d'un homme et d'une femme ou aux couples de femmes en âge de procréer et aux femmes célibataires en âge de procréer. Pour les personnes receveuses, il s'agit d'un transfert embryonnaire intra-utérin après décongélation.

Résultats de l'AMP

Selon les données de l'Agence de la biomédecine, les chances de réussite de l'AMP (accouchement) sont de 11% par insémination intraconjugale, 15 % par insémination avec spermatozoïdes de donneur, environ 25% par transfert d'embryon frais avec ou sans don de spermatozoïdes, 30 % par transfert d'embryon frais après don d'ovocytes, et environ 24 % par décongélation d'embryon avec ou sans don de spermatozoïdes. Les enfants nés vivants, issus d'une AMP réalisée en 2023, sont au nombre de près de 28 440 et représentent 4 % des enfants nés de la population générale.

Le taux de réussite/d'échec de l'AMP dépend essentiellement de l'âge de la femme. C'est vrai aussi pour la procréation spontanée : la probabilité pour une femme d'être enceinte naturellement lors d'un cycle est de 25 % à 25 ans, de 12 % à 35 ans et de 6 % à 40 ans.

Ressources

L'assistance médicale à la procréation. Agence de la biomédecine. Information à destination des professionnels de santé : ABM. L'assistance médicale à la procréation. Parlons-en !

Les personnes concernées peuvent obtenir des renseignements en téléchargeant des documents d'information sur le site de l'Agence de la biomédecine : https://www.procreation-medicale.fr/

Références bibliographiques

1. ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy counseling. Obstet Gynecol 2019;133(1):e78-e89.
http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003013
Ref ID: 141

2. ACOG Committee Opinion No. 768: Genetic syndromes and gynecologic implications in adolescents. Obstet Gynecol 2019;133(3):e226-e34.
http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003122
Ref ID: 165

3. Female sexual dysfunction: ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 213. Obstet Gynecol 2019;134(1):e1-e18.
http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003324
Ref ID: 231

4. Obstetric management of patients with spinal cord injuries: ACOG Committee Opinion, Number 808. Obstet Gynecol 2020;135(5):e230-e6.
http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003842
Ref ID: 191

5. Health care for transgender and gender diverse individuals: ACOG committee opinion, number 823. Obstet Gynecol 2021;137(3):e75-e88.
http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000004294
Ref ID: 166

6. Obesity and reproduction: a committee opinion. Fertil Steril 2021;116(5):1266-85.
http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.08.018
Ref ID: 132

7. Planning your family: Developing a reproductive life plan. J Midwifery Womens Health 2023;68(6):797-8.
http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.13592
Ref ID: 102

8. Tobacco or marijuana use and infertility: a committee opinion. Fertil Steril 2024;121(4):589-603.
http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.12.029
Ref ID: 131

9. ACOG Clinical Consensus No. 10: Cannabis Use During Pregnancy and Lactation. Obstet Gynecol 2025;146(4):600-11.
http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000006053
Ref ID: 294

10. Abdennebi I, Pasquier M, Vernet T, Levaillant JM, Massin N. Fertility Check Up: A concept of all-in-one ultrasound for the autonomous evaluation of female fertility potential: Analysis and evaluation of first two years of experience. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2022;51(9):102461.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2022.102461
Ref ID: 14

11. Agence de la biomédecine. L'âge de procréer. Conseil d'orientation. Saint-Denis: ABM; 2017.
https://back.agence-biomedecine.fr/uploads/2017_co_18_age_de_procre_er_version_finale_14_juin_2017_b71d262924.pdf
Ref ID: 129

12. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 2 : soins préconception : Agence de la santé publique du Canada; 2019.
https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-2.html#a31
Ref ID: 271

13. Agence nationale de sécurité sanitaire. Les pertubateurs endocriniens. Comprendre où en est la recherche. Les cahiers de la Recherche 2024;23:1-58.
Ref ID: 110

14. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. Les compléments alimentaires destinés aux sportifs. Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective. Maison-Alfort: ANSES; 2016.
https://www.anses.fr/fr/content/complements-alimentaires-destines-aux-sportifs-des-risques-pour-la-sante-pour-des-benefices
Ref ID: 299

15. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. Eviter les isoflavones dans les menus des restaurations collectives [En ligne]. Maisons-Alfort: ANSES; 2025.
https://www.anses.fr/fr/content/eviter-les-isoflavones-dans-les-menus-des-restaurations-collectives
Ref ID: 180

16. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. L'Anses propose de classer le cannabidiol (CBD) comme "présumé toxique pour la reproduction humaine" [En ligne]. Maisons-Alfort: ANSES; 2025.
https://www.anses.fr/fr/content/lanses-propose-de-classer-le-cannabidiol-cbd-comme-presume-toxique-pour-la-reproduction
Ref ID: 182

17. Ames HM, Glenton C, Lewin S, Tamrat T, Akama E, Leon N. Clients' perceptions and experiences of targeted digital communication accessible via mobile devices for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;10(10):CD013447.
http://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd013447
Ref ID: 148

18. Amsellem-Mainguy Y, Rahib D. Pairs et professionnels, premières sources d'information des jeunes sur la sexualité. INJEP analyses et synthèses 2025;88:1-4.
Ref ID: 189

19. ANRS maladies infectieuses émergentes, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Santé publique France. Contexte des sexualités en France. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE. Paris: ANRS MIE; 2024.

https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf
Ref ID: 264

20. Association française d'urologie, Agence de la biomédecine. Préservation de la fertilité chez l'homme blessé médullaire. Recommendation de bonne pratique. Paris: AFU; 2025.
https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2025/02/Reco-Fertilite-et-BM_Synthese_Version-validee_13.02.2025.pdf
Ref ID: 192

21. Barbuscia A, Pailhé A, Solaz A. Unplanned births and their effects on maternal Health: Findings from the Constances Cohort. Soc Sci Med 2024;361:117350.
http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117350
Ref ID: 240

22. Bendarska-Czerwińska A, Zmarzły N, Morawiec E, Panfil A, Bryś K, Czarniecka J, et al. Endocrine disorders and fertility and pregnancy: An update. Front Endocrinol 2022;13:970439.
http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2022.970439
Ref ID: 259

23. Bhardwaj JK, Siwach A, Sachdeva SN. Nicotine as a female reproductive toxicant-A review. J Appl Toxicol 2025;45(4):534-50.
http://dx.doi.org/10.1002/jat.4702
Ref ID: 121

24. Björkstedt SM, Koponen H, Kautiainen H, Gissler M, Pennanen P, Eriksson JG, Laine MK. Preconception mental health, socioeconomic status, and pregnancy outcomes in primiparous women. Front Public Health 2022;10:880339.
http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.880339
Ref ID: 224

25. Bodin M, Tydén T, Käll L, Larsson M. Can Reproductive Life Plan-based counselling increase men's fertility awareness? Ups J Med Sci 2018;123(4):255-63.
http://dx.doi.org/10.1080/03009734.2018.1541948
Ref ID: 104

26. Boedt T, Vanhove AC, Vercoe MA, Matthys C, Dancet E, Lie Fong S. Preconception lifestyle advice for people with infertility. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021;4(4):CD008189.
http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008189.pub3
Ref ID: 90

27. Boivin J, Koert E, Harris T, O'Shea L, Perryman A, Parker K, Harrison C. An experimental evaluation of the benefits and costs of providing fertility information to adolescents and emerging adults. Hum Reprod 2018;33(7):1247-53.
http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dey107
Ref ID: 92

28. Boivin J, Sandhu A, Brian K, Harrison C. Fertility-related knowledge and perceptions of fertility education among adolescents and emerging adults: a qualitative study. Hum Fertil (Camb) 2019;22(4):291-9.
http://dx.doi.org/10.1080/14647273.2018.1486514
Ref ID: 93

29. Bonneville-Baruchel E. Situations d'incapacités parentales : les pathologies des liens parents-enfants. Approche clinique. Vie Sociale 2023;44(4):103-15.
http://dx.doi.org/10.3917/vsoc.228.0103
Ref ID: 297

30. Bouchet-Valat M, Toulemon L. Les Français·es veulent moins d'enfants. Population & Sociétés 2025;635(7-8):1-4.
http://dx.doi.org/10.3917/popsoc.635.0001
Ref ID: 244

31. Brannigan RE, Hermanson L, Kaczmarek J, Kim SK, Kirkby E, Tanrikut C. Updates to male infertility: AUA/ASRM Guideline (2024). J Urol 2024;212(6):789-99.
http://dx.doi.org/10.1097/ju.0000000000004180
Ref ID: 23

32. Brough EJ, Lemos MA, Barton KL. "It's not about a question, it's about the outcomes, isn't it?": pilot study for Scottish pregnancy screening tool provision of preconception health care in Scotland. Reprod Health 2025;22(1):260.
http://dx.doi.org/10.1186/s12978-025-02191-y
Ref ID: 251

33. Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life, European Society of Human Reproduction and Embryology. Australian Evidence-based Guideline for unexplained infertility: ADAPTE process from the ESHRE Evidence-Based Guideline on Unexplained Infertility : ESHRE; 2023.
https://whirlcre.edu.au/wp-content/uploads/2023/10/ESHREADAPTEDGuideline-October23.pdf
Ref ID: 60

34. Chevalier N. Les risques des pertubateurs endocriniens pour la santé humaine. Actualités et dossiers en santé publique 2021;115:18-22.
Ref ID: 114

35. Colombo B, Mion A, Passarin K, Scarpa B. Cervical mucus symptom and daily fecundability: first results from a new database. Stat Methods Med Res 2006;15(2):161-80.
http://dx.doi.org/10.1191/0962280206sm437oa
Ref ID: 280

36. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Baisse de la natalité et de la fertilité : des réponses différentes, des enjeux éthiques partagés. Avis 149. Paris: CCNE; 2025.
https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-149-du-ccne-sur-la-baisse-de-la-natalite-et-de-la-fertilite
Ref ID: 261

37. Costello MF, Norman RJ, Rombauts L, Farquhar CM, Bedson L, Kong M, et al. Recommendations from the 2024 Australian evidence-based guideline for unexplained infertility: ADAPTE process from the ESHRE evidence-based guideline on unexplained infertility. Med J Aust 2024;221(8):438-46.
http://dx.doi.org/10.5694/mja2.52437
Ref ID: 22

38. DARES, Inspection médicale du travail. Fertilité, grossesse et travail. Exposition de salariées. Paris: Ministère du travail; 2018.
https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/poster2fertilite.pdf
Ref ID: 183

39. Dechanet C, Brunet C, Anahory T, Hamamah S, Hedon B, Dechaud H. Effet du tabagisme sur

l'implantation embryonnaire et la placentation précoce et facteurs influençant la toxicité tabagique sur la reproduction (Partie II). Gynecol Obstet Fertil 2011;39(10):567-74.
http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.07.023
Ref ID: 291

40. Dehkordi SM, Khoshakhlagh AH, Yazdanirad S, Mohammadian-Hafshejani A, Rajabi-Vardanjani H. The effect of job stress on fertility, its intention, and infertility treatment among the workers: a systematic review. BMC Public Health 2025;25(1):542.
http://dx.doi.org/10.1186/s12889-025-21790-9
Ref ID: 186

41. Dennis CL, Abbass-Dick J, Birken C, Dennis-Grantham A, Goyal D, Singla D, et al. Influence of paternal preconception health on pregnancy, intrapartum, postpartum and early childhood outcomes: protocol for a parallel scoping review. BMJ Open 2024;14(5):e084209.
http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084209
Ref ID: 35

42. Deroux A, Hoffmann P. L'infertilité féminine d'origine auto-immune, horizon 2025. Rev Med Interne 2025;46(11):623-6.
http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2025.10.004
Ref ID: 232

43. EPI PHARE, Roland N, Jourdain H, Weill A, Lebâcle C, Zureik M. Etat des lieux de la pratique de la vasectomie en France entre 2010 et 2022 à partir des données du système national des données de santé (SNDS). Rapport final. Le Kremlin-Bicêtre: Caisse nationale de l'assurance maladie; 2024.
https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2024/02/epi-phare_rapport_vasectomie_20240212-1.pdf
Ref ID: 242

44. ESHRE, IRHEC, Fertility Europe. Veux-tu avoir des enfants dans le futur ? 9 choses que tu dois savoir [En ligne]. Strombeek-Bever: ESHRE; 2025.

Ref ID: 16

45. European Association of Urology, Salonia A, Bettocchi C, Capogrosso P, Carvalho J, Corona G. EAU guidelines on sexual and reproductive health. Arnhem: EAU; 2024.
https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Sexual-and-Reproductive-Health-2024_2024-05-23-101205_nmbi.pdf
Ref ID: 63

46. European Society of Human Reproduction and Embryology. Unexplained infertility. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embriology : ESHRE; 2023.
https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/UI/UI-guideline_-Final.pdf
Ref ID: 62

47. Ferlin A, Calogero AE, Krausz C, Lombardo F, Paoli D, Rago R, et al. Management of male factor infertility: position statement from the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS) : Endorsing Organization: Italian Society of Embryology, Reproduction, and Research (SIERR). J Endocrinol Invest 2022;45(5):1085-113.
http://dx.doi.org/10.1007/s40618-022-01741-6
Ref ID: 188

48. Flannigan R, Tadayon Najafabadi B, Violette PD, Jarvi K, Patel P, Bach PV, et al. Guide de pratique 2023 de l'Association des urologues du Canada : Évaluation et prise en charge de l'azoospermie. Can Urol Assoc J 2023;17(8):228-40.
http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.8445
Ref ID: 61

49. Fleming TP, Watkins AJ, Velazquez MA, Mathers JC, Prentice AM, Stephenson J, et al. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. Lancet 2018;391(10132):1842-52.
http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30312-x
Ref ID: 128

50. Fondation Garches, Institut fédératif de recherche sur le handicap. Les troubles urinaires et sexuels du patient neurologique. Actes des 25es entretiens de la Fondation Garches. Paris: Fondation Garches; 2012.

Ref ID: 255

51. Garlantézec R, Multigner L. Relation entre exposition professionnelle, anomalies de la fertilité et troubles de l'appareil reproducteur : revue de la littérature récente. Bull Epidémiol Hebd 2012;7-8-9:119-24.
Ref ID: 282

52. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, et al. Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. MMWR 2014;63(RR-04):1-54.
Ref ID: 290

53. Gibbons T, Reavey J, Georgiou EX, Becker CM. Timed intercourse for couples trying to conceive. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023;9(9):CD011345.
http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011345.pub3
Ref ID: 99

54. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Prog Urol 2013;23(9):811-21.
http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.006
Ref ID: 225

55. Goossens J, De Roose M, Van Hecke A, Goemaes R, Verhaeghe S, Beeckman D. Barriers and facilitators to the provision of preconception care by healthcare providers: A systematic review. Int J Nurs Stud 2018;87:113-30.
http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.009
Ref ID: 94

56. Hamamah S, Berlioux S. Rapport sur les causes d'infertilité. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2022.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sur_les_causes_d_infertilite.pdf
Ref ID: 267

57. Harper JC, Hammarberg K, Simopoulou M, Koert E, Pedro J, Massin N, et al. The International Fertility Education Initiative: research and action to improve fertility awareness. Hum Reprod Open 2021;2021(4):hoab031.
http://dx.doi.org/10.1093/hropen/hoab031
Ref ID: 272

58. Haut conseil de la santé publique. Evaluation à mi-parcours de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Paris: HCSP; 2025.

https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1435
Ref ID: 173

59. Haute Autorité de Santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1360649/fr/projet-de-grossesse-informations-messages-de-prevention-examens-a-proposer
Ref ID: 263

60. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
Ref ID: 274

61. Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation foetale : repérage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1636956/fr/troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-reperage
Ref ID: 160

62. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
Ref ID: 168

63. Haute Autorité de Santé. Evaluation du dosage sérique de l'hormone anti-müllérienne. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/argumentaire_t560_amh.pdf
Ref ID: 260

64. Haute Autorité de Santé. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020
Ref ID: 265

65. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
Ref ID: 163

66. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3216305/fr/prise-en-charge-des-dysthyroidies-chez-l-adulte
Ref ID: 211

67. Haute Autorité de Santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situtation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Recommandation. Saint-Denis La plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal
Ref ID: 213

68. Haute Autorité de Santé. Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS (volet 1-socle transversal). Saint Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590098/fr/accompagner-la-vie-intime-affective-et-sexuelle-des-personnes-en-essms-volet-1-socle-transversal
Ref ID: 292

69. Haute Autorité de Santé. Transidentité : prise en charge de l'adulte destinée aux médecins spécialistes en médecine générale. Fiche. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3636735/fr/transidentite-prise-en-charge-de-l-adulte
Ref ID: 269

70. Haute Autorité de Santé, Agence de la biomédecine. Règles de bonnes pratiques en génétique constitutionnelle à des fins médicales (hors diagnostic prénatal). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1360718/fr/regles-de-bonnes-pratiques-en-genetique-constitutionnelle-a-des-fins-medicales-hors-diagnostic-prenatal
Ref ID: 275

71. Haute Autorité de Santé, Fédération française de nutrition. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux
Ref ID: 295

72. Hipp SL, Chung-Do J, McFarlane E. Systematic review of interventions for reproductive life planning. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2019;48(2):131-9.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2018.12.007
Ref ID: 149

73. Houtrow A, Elias ER, Davis BE. Promoting healthy sexuality for children and adolescents with disabilities. Pediatrics 2021;148(1).
http://dx.doi.org/10.1542/peds.2021-052043
Ref ID: 177

74. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. World Psychiatry 2020;19(3):313-27.
http://dx.doi.org/10.1002/wps.20769
Ref ID: 216

75. Hussain SA, Tumrani R, Raheem A. Endocrinology of male infertility: evaluationg hormonal imbalance in infertile males with oligozoospermia. J Rehman Med Inst 2025;11(03):94-9.
Ref ID: 298

76. Huyghe E, Boitrelle F, Methorst C, Mieusset R, Ray PF, Akakpo W, et al. Recommandations de l'AFU et de la SALF concernant l'évaluation de l'homme infertile. Prog Urol 2021;31(3):131-44.
http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2020.09.011
Ref ID: 64

77. Huyghe E, Kassab D, Graziana JP, Faix A, Grellet L, Schoentgen N, et al. Therapeutic management of erectile dysfunction: The AFU/SFMS guidelines. Fr J Urol 2025;35(3):102842.
http://dx.doi.org/10.1016/j.fjurol.2024.102842

Ref ID: 226

78. Hvidman HW, Petersen KB, Larsen EC, Macklon KT, Pinborg A, Nyboe Andersen A. Individual fertility assessment and pro-fertility counselling; should this be offered to women and men of reproductive age? Hum Reprod 2015;30(1):9-15.
http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deu305
Ref ID: 117

79. Institut national d'études démographiques. Les français veulent moins d'enfants. Population et Sociétés 2025;635.
http://dx.doi.org/10.3917/popsoc.635.0001
Ref ID: 77

80. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Krebs MO. Schizophrénie. Paris: INSERM; 2017.
https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/
Ref ID: 270

81. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Santé publique France, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Paris: Ministère de la Santé et de la Prévention; 2022.
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements
Ref ID: 57

82. Institut national de la statistique et des études économiques. Un premier enfant à 29,1 ans en 2023 : un âge qui continue d'augmenter. Insee Focus 2025;356:1-4.
Ref ID: 88

83. Institut national de recherche et de sécurité. Les effets sur la reproduction englobent les effets sur les capacités de l'homme ou de la femme à se reproduire ainsi que l'induction d'effets néfastes sur la descendance. Ce qu'il faut retenir [En ligne]. Paris: INRS; 2017.
https://www.inrs.fr/risques/reproduction/ce-qu-il-faut-retenir.html
Ref ID: 179

84. International Federation of Obstetrics and Gynaecology. Preconception care: making the difference for mother and baby. Geneva: FIGO; 2023.

Ref ID: 253

85. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR 2006;55(RR-6):1-23.
Ref ID: 283

86. Krishnan S, Daly MP, Kipping R, Harrison C. A systematic review of interventions to improve male knowledge of fertility and fertility-related risk factors. Hum Fertil (Camb) 2024;27(1):2328066.
http://dx.doi.org/10.1080/14647273.2024.2328066
Ref ID: 142

87. Kursh ED. What is the incidence of varicocele in a fertile population? Fertil Steril 1987;48(3):510-1.
http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282(16)59432-1
Ref ID: 237

88. Le Brun M, Godard D, Camps L, Gomes de Pinho Q, Benyamine A, Granel B. La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer. Rev Med Interne 2025;46(1):32-9.
http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2024.06.014
Ref ID: 86

89. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. Contraception 2015;92(1):46-54.
http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.03.011
Ref ID: 241

90. Le Liepvre H, Dinh A, Idiard-Chamois B, Chartier-Kastler E, Phé V, Even A, et al. Pregnancy in spinal cord-injured women, a cohort study of 37 pregnancies in 25 women. Spinal Cord 2017;55(2):167-71.
http://dx.doi.org/10.1038/sc.2016.138
Ref ID: 258

91. Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK, et al. The changing epidemiology of autism spectrum disorders. Annu Rev Public Health 2017;38:81-102.
http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318
Ref ID: 126

92. Maiolino G, Fernández-Pascual E, Ochoa Arvizo MA, Vishwakarma R, Martínez-Salamanca JI. Male infertility and the risk of developing testicular cancer: A critical contemporary literature review. Medicina (Kaunas) 2023;59(7).
http://dx.doi.org/10.3390/medicina59071305
Ref ID: 238

93. Mertes H, Harper J, Boivin J, Ekstrand Ragnar M, Grace B, Moura-Ramos M, et al. Stimulating fertility awareness: the importance of getting the language right. Hum Reprod Open 2023;2023(2):hoad009.
http://dx.doi.org/10.1093/hropen/hoad009
Ref ID: 98

94. Mickael N. Alcool et développement : actualisation des connaissances sur les faibles niveaux de consommation et la consommation pré-conceptionnelle des deux parents. Alcoologie et Addictologie 2024;4(1):67-73.
Ref ID: 138

95. Minhas S, Boeri L, Capogrosso P, Cocci A, Corona G, Dinkelman-Smit M, et al. European Association of Urology Guidelines on male sexual and reproductive health: 2025 update on male infertility. Eur Urol 2025;87(5):601-16.
http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2025.02.026
Ref ID: 97

96. Ministère de la santé et de la prévention, Assurance maladie, Santé publique France. "Mon bilan prévention". Fiches thématiques Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2023.
https://www.sante.fr/sites/default/files/2023-12/Mon%20Bilan%20Pr%C3%A9vention_Fiches%20Thematiques_Dec-2023.pdf
Ref ID: 162

97. National Institute for Health and Care Excellence. Fertility problems: assessment and treatment. Clinical guideline. London: NICE; 2017.

https://www.nice.org.uk/guidance/cg156
Ref ID: 67

98. Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Le Nézet O, Pasquereau A, Guignard R, Philippon A, Nguyen-Tabh V, Spilka S. Tabagisme et vapotage parmi les 18-75 ans en 2023. Tendances 2025;168:1-8.
Ref ID: 136

99. Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Li D, Philippon A, Le Nézet O, Eroukmanoff V, Janssen E, Spilka S. Opinions et représentations des Français sur les drogues en 2023. Paris: OFDT; 2025.
https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-08/rapport-eropp-opinions-2023.pdf
Ref ID: 135

100. Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Eroukmanoff V. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. Tendances 2024;164:1-4.
Ref ID: 137

101. Organisation des Nations Unies pour l'éducation la science et la culture. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle. Paris: UNESCO; 2018.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexuality-education-fr.pdf?sfvrsn=10113efc_29&download=true
Ref ID: 190

102. Organisation Mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité (CBS). Recommandations pour une approche de santé publique. Geneva: OMS; 2015.
https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549004
Ref ID: 285

103. Passeron J, Guilleux A, Guillemot M, Langlois E, Pilière F. Protoxyde d'azote lors de l'utilisation du MEOPA en milieu de soins : toxicité, situations d'exposition, données métrologiques, pistes de prévention et rôle du médecin du travail. Références en santé au travail 2016;148:105-15.
Ref ID: 246

104. Pedro J, Brandão T, Schmidt L, Costa ME, Martins MV. What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. Ups J Med Sci 2018;123(2):71-81.
http://dx.doi.org/10.1080/03009734.2018.1480186
Ref ID: 139

105. Penzias A, Azziz R, Bendikson K, Falcone T, Hansen K, Hill M, et al. Optimizing natural fertility: a committee opinion. Fertil Steril 2022;117(1):53-63.
http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.10.007
Ref ID: 273

106. Pison G. France : la fécondité la plus élevée d'Europe. Population et Sociétés 2020;575:1-4.
Ref ID: 55

107. Preston JM, Iversen J, Hufnagel A, Hjort L, Taylor J, Sanchez C, et al. Effect of ultra-processed food consumption on male reproductive and metabolic health. Cell Metab 2025.
http://dx.doi.org/10.1016/j.cmet.2025.08.004
Ref ID: 113

108. Rabiei Z, Shariati M, Mogharabian N, Tahmasebi R, Ghiasi A, Motaghi Z. Men's knowledge of preconception health: A systematic review. J Family Med Prim Care 2023;12(2):201-7.
http://dx.doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1090_22
Ref ID: 37

109. Rae C, Leigh L, Holliday E, Chojenta C. Perinatal relapse or recurrence rates in women reporting preconception anxiety and/or depression: a longitudinal study using linked data. Arch Womens Ment Health 2025.
http://dx.doi.org/10.1007/s00737-025-01631-9
Ref ID: 221

110. Romer SE, Blum J, Borrero S, Crowley JM, Hart J, Magee MM, et al. Providing quality family planning services in the united states: recommendations of the U.S. Office of population affairs (Revised 2024). Am J Prev Med 2024;67(6S):S41-S86.
http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2024.09.007
Ref ID: 178

111. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Reproductive health for women with intellectual disability. Naarm: RANZCOG; 2021.
https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/Reproductive-Health-Intellectual-Disability.pdf
Ref ID: 151

112. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Genetic carrier screening. Naarm: RANZCOG; 2022.
https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/Genetic-Carrier-Screening.pdf
Ref ID: 153

113. Santé publique France. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation foetale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Saint Maurice: SPF; 2018.
https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra
Ref ID: 161

114. Santé publique France. Etude PEPS'PE : priorisation des effets sanitaires à surveiller dans le cadre du programme de surveillance en lien avec les pertubateurs endocriniens. Résultats. Saint Maurice: SPF; 2023.
https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/perturbateurs-endocriniens/documents/enquetes-etudes/etude-peps-pe-priorisation-des-effets-sanitaires-a-surveiller-dans-le-cadre-du-programme-de-surveillance-en-lien-avec-les-perturbateurs-endocrini
Ref ID: 111

115. Santé publique France. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles. Saint Maurice: SPF; 2024.
https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles
Ref ID: 158

116. Santé publique France. Infections sexuellement transmissibles [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2024.

https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles
Ref ID: 289

117. Santé publique France. Littératie en santé : rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021. Saint Maurice: SPF; 2024.
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/litteratie-en-sante-rapport-de-l-etude-health-literacy-survey-france-2020-2021
Ref ID: 85

118. Santé publique France, Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion, Ruel J, Allaire C, Moreau AC, Kassi B, et al. Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint-Maurice: SPF; 2018.
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible
Ref ID: 277

119. Santé publique France, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Paris: République française; 2022.
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements
Ref ID: 223

120. Schon SB, Cabre HE, Redman LM. The impact of obesity on reproductive health and metabolism in reproductive-age females. Fertil Steril 2024;122(2):194-203.
http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.04.036
Ref ID: 112

121. Sengupta P, Dutta S, Karkada IR, Chinni SV. Endocrinopathies and male infertility. Life (Basel) 2021;12(1).
http://dx.doi.org/10.3390/life12010010
Ref ID: 300

122. Seplyarskiy VB, Sunyaev S. The origin of human mutation in light of genomic data. Nat Rev Genet 2021;22(10):672-86.
http://dx.doi.org/10.1038/s41576-021-00376-2
Ref ID: 127

123. Shea A, Jumah NA, Forte M, Cantin C, Bayrampour H, Butler K, et al. Guideline n°454: Identification and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. J Obstet Gynaecol Can 2024;46(10):102696.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102696
Ref ID: 197

124. Slama R, Ducot B, Carstensen L, Lorente C, de La Rochebrochard E, Leridon H, et al. Feasibility of the current-duration approach to studying human fecundity. Epidemiology 2006;17(4):440-9.
http://dx.doi.org/10.1097/01.ede.0000221781.15114.88
Ref ID: 130

125. Slama R, Ducout B, Keiding N, Blondel B, Bouyer J. La fertilité des couples en France. Bull Epidémiol Hebd 2012;7-8-9:87-91.
Ref ID: 116

126. Société de toxicologie clinique. Mergutox : recommandations pour la femme enceinte et l'enfant à naître. Paris: STC; 2023.
https://www.toxicologie-clinique.org/travaux/mergutox-recommandations-pour-la-femme-enceinte-et-pour-lenfant-a-naitre/
Ref ID: 181

127. Société française d'endocrinologie. Item 38 - Infertilité du couple : conduite de la première consultation. Paris: SFE; 2022.
https://www.sfendocrino.org/item-38-infertilite-du-couple-conduite-de-la-premiere-consultation/
Ref ID: 87

128. Sonigo C, Robin G, Boitrelle F, Fraison E, Sermondade N, Mathieu d'Argent E, et al. Prise en charge de première intention du couple infertile : mise à jour des RPC 2010 du CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol 2024;52(5):305-35.
http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2024.01.014
Ref ID: 65

129. South African National Department of Health. National clinical guidelines for safe conception and infertility. Pretoria: Republic of South Africa; 2020.
https://sasreg.co.za/downloads/Safe-Conception-and-Infertility-Guidelines-Feb2021.pdf
Ref ID: 59

130. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet 2018;391(10140):2642-92.
http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30293-9
Ref ID: 266

131. Szabó A, Nyirády P, Kopa Z. Impact of lifestyle and environmental factors on fertility. Curr Opin Urol 2025;35(6):685-90.
http://dx.doi.org/10.1097/mou.0000000000001339
Ref ID: 268

132. Tydén T, Verbiest S, Van Achterberg T, Larsson M, Stern J. Using the Reproductive Life Plan in contraceptive counselling. Ups J Med Sci 2016;121(4):299-303.
http://dx.doi.org/10.1080/03009734.2016.1210267
Ref ID: 287

133. Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, Hôpitaux universitaires Paris Ile de France Ouest, Institut mutualiste Montsouris, Bennetot FP. Parcours de soins gynécologiques de femmes atteintes d'un handicap moteur, sensoriel ou mental. Evaluation dans le cadre d'une démarche d'actions coordonnées en gynécologie. Rapport final ; 2017.
https://www.fondationmatmutpaulbennetot.org/app/uploads/2017/07/PEC_GynecoHandicap_PJ.pdf
Ref ID: 256

134. Varin M, Palladino E, Hill MacEachern K, Belzak L, Baker MM. Prevalence of alcohol use among women of reproductive age in Canada. Health Promot Chronic Dis Prev Can 2021;41(9):267-71.
http://dx.doi.org/10.24095/hpcdp.40.9.04
Ref ID: 118

135. Verlenden JV, Bertolli J, Warner L. Contraceptive practices and reproductive health considerations for adolescent and adult women with intellectual and developmental disabilities: A review of the literature. Sex Disabil 2019;37(4):541-57.
http://dx.doi.org/10.1007/s11195-019-09600-8
Ref ID: 156

136. Vidal C, Merchant J. Enjeux éthiques de l'usage des applications numériques de suivi menstruel à des fins de contraception ou de conception : Comité d'éthique de l'Inserm; 2022.
https://inserm.hal.science/inserm-03798828v1/file/YS%20CEI%20Note%20GT%20Genre%20App%20suivi%20menstruel%20septembre22.pdf
Ref ID: 296

137. Vilain A, Fresson J. En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80% sont médicamenteuses. Etudes et Résultats 2025;(1350).
Ref ID: 288

138. Wesselink AK, Rothman KJ, Hatch EE, Mikkelsen EM, Sørensen HT, Wise LA. Age and fecundability in a North American preconception cohort study. Am J Obstet Gynecol 2017;217(6):667 e1- e8.
http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.09.002
Ref ID: 245

139. Wilkes J. AAFP Releases position paper on preconception care. Am Fam Physician 2016;94(6):508-10.
Ref ID: 95

140. Witt WP, Wisk LE, Cheng ER, Hampton JM, Hagen EW. Preconception mental health predicts pregnancy complications and adverse birth outcomes: a national population-based study. Matern Child Health J 2012;16(7):1525-41.
http://dx.doi.org/10.1007/s10995-011-0916-4
Ref ID: 215

141. World Health Organization. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. Geneva: WHO; 2009.
https://www.who.int/publications/i/item/9789241598682
Ref ID: 157

142. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: WHO; 2017.
https://www.who.int/publications/i/item/978924151288
Ref ID: 175

143. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: WHO; 2022.
https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142
Ref ID: 220

144. World Health Organization. Infertility prevalence estimates : 1990-2021. Geneva: WHO; 2023.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf?sequence=1
Ref ID: 56

145. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. Geneva: WHO; 2025.
https://www.who.int/publications/i/item/9789240115774
Ref ID: 236

146. Yang L, Yang L, Wang H, Guo Y, Zhao M, Bovet P, Xi B. Maternal cigarette smoking before or during pregnancy increases the risk of severe neonatal morbidity after delivery: a nationwide population-based retrospective cohort study. J Epidemiol Community Health 2024;78(11):690-9.
http://dx.doi.org/10.1136/jech-2024-222259
Ref ID: 122

147. Young-Wolff KC, Adams SR, Alexeeff SE, Zhu Y, Chojolan E, Slama NE, et al. Prenatal cannabis use and maternal pregnancy outcomes. JAMA Intern Med 2024;184(9):1083-93.
http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.3270
Ref ID: 155

148. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Fertil Steril 2017;108(3):393-406.
http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005
Ref ID: 140

Contributeurs

Ce document a été élaboré par la HAS, avec la contribution des personnes citées ci-dessous qu'elle remercie. Il a été adopté par les instances de validation de la HAS.

Les déclarations publiques d'intérêts des personnes soumises aux obligations de déclaration en application des articles L. 1451-1 et R. 1451-1 du code de la santé publique sont consultables sur le site Internet dpi.sante.gouv.fr.

1 - Equipe projet HAS

Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, cheffe de projet, HAS

Mme Patricia Marie, documentaliste, HAS

Mme Estelle Divol, aide-documentaliste, HAS

Mme Marie-Catherine John, assistante, HAS

2- Contributeurs extérieurs

La HAS fait appel à des contributeurs extérieurs en tenant compte des expertises recherchées. Elle peut procéder à des appels à candidatures ou les solliciter directement ou indirectement par l'intermédiaire d'organismes ou d'associations particulièrement concernés par le sujet traité.

Groupe de travail

Mme Lucie Adalid, usagère du système de santé (25)

Dr Mathilde Blanquet, endocrinologue et médecin de la reproduction (49)

Dr Nicole Bornsztein, médecin généraliste, (91)

Mme Sylvie Bourdet-Loubère, psychologue (31)

Mme Charline Cartellier, conseillère en génétique (69)

Dr Alan Charissou, médecin généraliste (54)

Dr Suzanne Dat, gynécologue médical (31)

Dr Hugo Dupuis, chirurgien urologue (76)

Mme Béatrice Idiard-Chamois, sage-femme (75)

Dr Maud Jourdain, médecin généraliste, Professeure associée Nantes Université (44)

Dr Hervé Laborde-Casterot, médecin du travail et toxicologue (75)

Mme Hélène Malmanche, sage-femme et anthropologue (75)

Dr Delphine Ollive, gynécologue-obstétricien (75)

Dr Arnaud Reignier, médecin biologiste de la reproduction (44)

Mme Virginie Rio, usagère du système de santé (14)

Dr Nadja Stivalet-Schoentgen, chirurgien urologue (93)

Groupe de lecture

Pr Mikaël Agopiantz, gynécologue médical et médecine de la reproduction (54)

Mme Léna Allée, infirmière (29)

Pr Anne Bachelot, endocrinologue et médecine de la reproduction (75)

Pr Joëlle Belaisch-Allart, gynécologue-obstétricienne et médecine de la reproduction (92)

Pr Rémi Béranger, sage-femme (35)

Pr Pierre-Emmanuel Bouet, gynécologue-obstétricien (49)

Pr Aurélie Bourmaud, médecin de santé publique (75)

Dr Gilles Brami, médecin biologiste (75)

Dr Aurélie Brosse, endocrinologue-andrologue (69)

Mme Laure Carpentey, directrice du Service Cap Parents Gironde (33)

Dr Céline Chalas, pharmacien biologiste en biologie de la Reproduction (75)

Pr Sophie Christin-Maitre, endocrinologue et médecine de la reproduction (75)

Dr Cécile Ciangura, médecin nutritionniste et diabétologue (75)

M. Bertrand Coppin, directeur général IRTS Hauts de France (59)

Pr Blandine Courbière, gynécologue-obstétricienne (13)

Mme Noémie Decotte, sage-femme (38)

Dr Fleur Delva, médecin du travail (33)

Dr Pierre Denys, médecin de médecine physique et de réadaptation (92)

Pr Rachel Desailloud, endocrinologue et diabétologue (80)

Mme Sophie Escobar, sage-femme échographiste (74)

Mme Anne Evrard, usagère du système de santé (69)

Dr Isabelle Fortin-Oiry, pharmacienne en officine (44)

Pr Thomas Freour, biologiste médical (44)

Dr Marieke Geminel, médecin généraliste (94)

Dr Anne Gesquière, médecin généraliste (75)

Mme Sophie Goupy, sage-femme, référente Handicap, centre départemental de santé sexuelle, services territorialisés de protection maternelle et infantile et de la santé (STPMIS) (91)

Dr Safouane Hamdi, médecin biologiste hormonologiste (31)

Mme Elisabeth Iraola, sage-femme (75)

Mme Léa Karpel, psychologue clinicienne (75)

Dr Gwénola Keromnès, gynécologue-obstétricienne et médecine de la reproduction (75)

Mme Corinne Knaff, cadre supérieure de santé, centres départementaux de santé sexuelle, centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) et centre de vaccination, services territorialisés de protection maternelle et infantile et de la santé (STPMIS) (91)

Mme Elise de La Rochebrochard, directrice de recherche en santé reproductive (93)

Dr Magali Labadie, médecin toxicologue (33)

Dr Marriannick Le Bot, pharmacien des hôpitaux (29)

Mme Floriane Lejamtel, conseillère en génétique (92)

Dr David Leopold-Metzger, médecin généraliste et sexologue (75)

Dr Jean-Marc Levaillant, gynécologue obstétricien (94)

Pr Rachel Lévy, médecin biologiste (75)

Mme Tiphaine Liagre, infirmière puéricultrice (04)

Dr Véronique Lockhart, endocrinologue et nutritionniste (75)

Mme Muriel Malras, psychologue en périnatalité et parentalité (78)

Mme Delphine Marion, sage-femme PMI (93)

Pr Nathalie Massin, endocrinologie de la reproduction et gynécologue médicale (92)

Dr Charlotte Methorst, urologue (92)

Dr Maud Pasquier, endocrinologue et médecine de la reproduction (94)

Dr Lynda Pavili, biologiste de la reproduction (97)

Mme Frédérique Perrotte, sage-femme et référente Handigyneco (75)

Dr Ingrid Plotton, endocrinologue et médecine de la reproduction (69)

Mme Mélanie Poilleaux, assistante sociale (75)

Mme Céline Poulet, secrétariat général du Comité interministériel du handicap (75)

Dr Audrey Putoux, généticienne clinique (69)

Mme Sophia Rakrouki, sage-femme (75)

Mme Eve Rizzotti-Donas, sage-femme (67)

Mme Marie-Astrid Robert, pharmacienne (44)

Dr Clemence Roche Perillaud, médecin généraliste (33)

Mme Lucile Ruault, sociologue, chargée de recherche CNRS (94)

Mme Anne Simonneaux, Infirmière puéricultrice (75)

Mme Stéphanie Tellier, sage-femme (44)

Mme Marie-Agnès Torcq, sage-femme (31)

Dr Christine Tournoud, médecin toxicologue clinicien (54)

Mme Marion Vallet, sage-femme (75)

M. Benjamin Vouhé, chef de projet Handigynéco (75)

4 - Parties prenantes sollicitées

Les parties prenantes* suivantes, ont été sollicitées :

Association francophone de la génétique clinique (AFGC)

Association française des conseillers en génétique (AFCG)

Association française d'urologie (AFU)

Collectif BAMP! (AMP ou procréation médicalement assistée – PMA)

Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)

Conseil national professionnel d'endocrinologie, diabétologie, nutrition (CNP-EDN)

Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO)

Conseil national professionnel de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale (CNPGOGM)

Conseil national professionnel de maïeutique (CNPM)

Conseil national professionnel d'urologie (CNPU)

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)

Fédération nationale des biologistes des laboratoires d'étude de la fécondation et de la conservation de l'œuf (BLEFCO)

Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM)

Société d'andrologie de langue française (SALF)

Société française de psychologie (SFPSY)

Société française de la radiologie (SFR)

Société de la médecine de la reproduction (SMR)

Société de toxicologie clinique (STC)

Société française de génétique (STG)

* personnes ou groupes concernés ou susceptibles de l'être, directement ou indirectement, par les conséquences de cette décision, notamment des milieux associatifs et des acteurs économiques ou professionnels, ou qui représentent l'intérêt général de groupes concernés par ces conséquences

5 - Institutions et instances publiques sollicitées

L'Agence de la biomédecine (ABM), l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction Générale de la santé (DGS), la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et Santé publique France (SPF).

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – juin 2026 – ISBN : 978-2-11-179644-7