HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Santé sexuelle et reproductive – Volet 2

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 2** Volet 2. Infertilité : exploration en première intention
Auteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Demandeur	Direction générale de la Santé (DGS)
Objectif(s)	– 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.
Destinataires principaux	Professionnels de santé et équipes impliqués dans l'exploration d'une situation d'infertilité et sa coordination : médecin généraliste, sage-femme, gynécologue médical ou obstétricien, andrologue, urologue, endocrinologue, autres médecins spécialistes, psychologue, infirmier en exercice coordonné, pharmacien, travailleur social.
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 2. Infertilité : exploration en première intention. Saint-Denis La Plaine. 2026.

Sommaire

Préambule 5

Volet 2. Exploration d'une infertilité en première intention 7

1.1. Définition et étiologie de l'infertilité 7

1.2. Proposer une démarche d'exploration en première intention 7

1.2.1. Débuter la démarche diagnostique au bon moment 8

1.2.2. Initier et coordonner la démarche en soins primaires 9

1.2.3. Centrer d'emblée l'approche sur le couple 9

1.3. Conduire l'exploration en première intention d'une situation d'infertilité 10

1.3.1. Concernant les partenaires 10

1.3.2. Concernant le partenaire masculin 12

1.3.2.1. Anamnèse 12

1.3.2.2. Examen clinique 15

1.3.2.3. Examens biologiques 15

1.3.2.4. Examens d'imagerie médicale 17

1.3.2.5. Examens des caractéristiques génétiques 17

1.3.3. Concernant la partenaire féminine 18

1.3.3.1. Anamnèse 18

1.3.3.2. Examen clinique 20

1.3.3.3. Examens biologiques 21

1.3.3.4. Examens d'imagerie médicale 22

1.3.3.5. Examens des caractéristiques génétiques 23

1.4. Annoncer les résultats et envisager les suites de la démarche 23

Table des annexes 25

Contributeurs 36

Préambule

Contexte et saisine

La Haute Autorité de santé a été saisie par la direction générale de la Santé pour actualiser et élargir la recommandation de bonne pratique « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer[1] », dont l'objectif était d'accompagner toute femme ou tout couple dès lors qu'un projet parental était exprimé.

Cette saisine 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 », élaboré par le Pr Samir Hamamah et madame Salomé Berlioux ; aux travaux ministériels sur la santé périnatale et maternelle[2] et à ceux du plan d'action 2026-2027 pour la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap[3].

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)[4] et les Nations-unies[5].

Les actions d'information, d'accompagnement et de soins proposées dans cette recommandation visent à soutenir la fertilité et la santé globale. Celle-ci 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 donc appréhendée dans toutes ses dimensions, en lien étroit avec la notion de bien-être.

Dans leur ensemble, les interventions proposées sont menées dans le plein respect de l'autonomie reproductive des personnes.

Le projet parental désigne l'intention pour toute personne d'accueillir un enfant. Il peut se concrétiser par un projet conceptionnel. L'assistance médicale à la procréation (AMP) ne sera pas abordée dans le cadre de ces recommandations, ni d'autres formes de parentalité qui reflètent la diversité des structures familiales contemporaines.

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.

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

[2] 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.

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

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

[5] 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

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).

Professionnels et personnes concernées

Les recommandations sont destinées aux médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, andrologues, urologues, endocrinologues, autres médecins spécialistes, psychologues, infirmiers en exercice coordonné, travailleurs sociaux.

Elles concernent toute personne ou tout couple qui exprime des difficultés à concevoir.

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.

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

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.

Grade 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, encourager la conduite d'études complémentaires lorsque cela est possible.

Volet 2. Exploration d'une infertilité en première intention

1.1. 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[6] :

- 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.

1.2. Proposer une démarche d'exploration en première intention

> Le début de l'exploration d'une infertilité en première intention relève des soins primaires et repose sur un repérage précoce par les médecins et les sages-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 1ère 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 « Fertilité et santé globale »).

[6] Infertility prevalence estimates: 1990–2021.Geneva: World Health Organization; 2023 https://apps.who.int/iris/handle/10665/366700

R 3. Les objectifs de l'exploration d'une suspicion d'une infertilité en première 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 à un médecin spécialiste de la reproduction 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[7] ;
- 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.

1.2.1. 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 6 mois de rapports sexuels non protégés.

R 5. Les médecins et les sages-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 sages-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.

[7] CapParents Les CapParents | Mon Parcours Handicap

1.2.2. 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 et 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 première 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.

1.2.3. 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.

1.3. Conduire l'exploration en première intention d'une situation d'infertilité

1.3.1. 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 la démarche d'exploration (cf. Figure) 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.

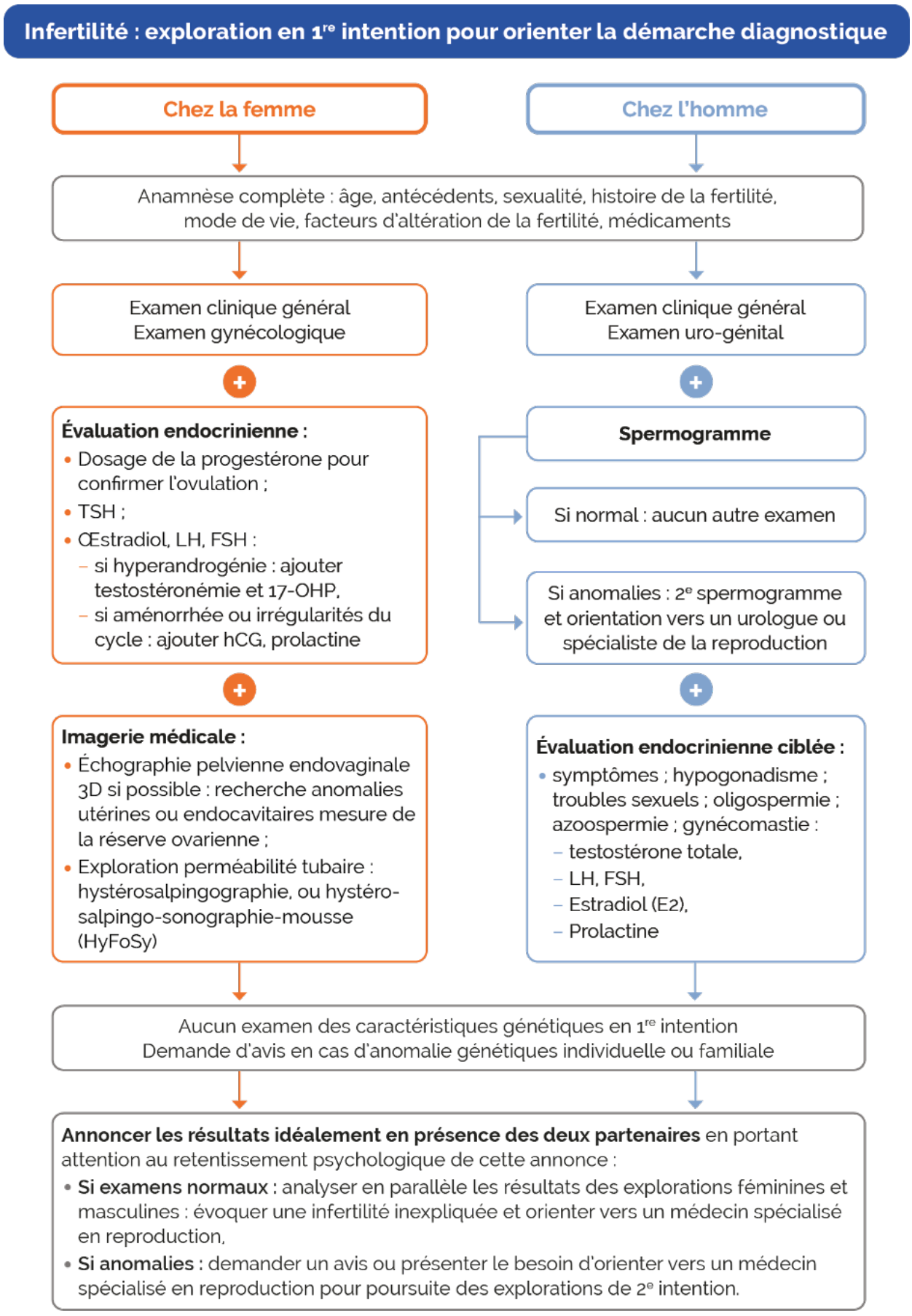

Figure. Algorithme d'exploration d'une infertilité en première intention pour orienter la démarche diagnostique chez la femme et l'homme

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 1.

Encadré 1. 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).

1.3.2. Concernant le partenaire masculin

1.3.2.1. 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 1.

Tableau 1. 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, inflammatoire ou 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, domestique, lors de travaux de mécanique, des loisirs, des 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), 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 : porter attention 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. 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 (colles, crack, héroïne, cocaïne, drogues de synthèse) 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 : diéthylstilboestrol 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

1.3.2.2. 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 2.

Encadré 2. 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.

1.3.2.3. 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 3. Les résultats de l'anamnèse complétée par l'examen clinique et le spermogramme guident la réalisation d'examens complémentaires.

Encadré 3. 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 4.

Encadré 4. 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).

1.3.2.4. 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 5.

Encadré 5. 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.

1.3.2.5. 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 6).

Encadré 6. Examens des caractéristiques génétiques pour l'exploration en 1ère 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[8] 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[9] en recherchant un correspondant au moyen du ROR[10] ou sur les espaces dédiés des centres hospitaliers universitaires.

1.3.3. Concernant la partenaire féminine

1.3.3.1. 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 2.

Tableau 2. 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

[8]Agence de la biomédecine. La génétique pour tous. https://genetique-medicale.fr/
[9]Haute Autorité de santé. 2021. Haute Autorité de Santé - Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques
[10]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 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, 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 de 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, usage des écrans 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

1.3.3.2. 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 7.

Encadré 7 . 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 : goître, 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 sacs latéraux et cul-de-sac de Douglas, recherche de signe d'endométriose, etc.).

1.3.3.3. 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 8.

Encadré 8. Examens biologiques pour l'exploration en 1re intention d'une infertilité féminine

En cas de cycles réguliers sans hyperandrogénie :

– dosage de la progestérone en 2ème partie de cycle (J22-J23) pour préciser le caractère ovulatoire des cycles :
  • ovulation confirmée si résultat > 3ng/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 > 3ng/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 SMOP (anciennement 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).

* 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

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.

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).

1.3.3.4. 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 9.

Encadré 9. Imagerie médicale pour l'exploration en 1re intention 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.

1.3.3.5. Examens des caractéristiques génétiques

R 27. Aucun examen des caractéristiques génétiques n'est à prescrire systématiquement en 1re intention chez la partenaire féminine (encadré 10).

Encadré 10. 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[11] 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[12] en recherchant un correspondant au moyen du ROR[13] ou sur les espaces dédiés des centres hospitaliers universitaires.

1.4. 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.

[11] Agence de la biomédecine. La génétique pour tous. https://genetique-medicale.fr/

[12] Haute Autorité de santé. 2021. Haute Autorité de Santé - Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques

[13] 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

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 permet de faire la synthèse des explorations et 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.

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 26

Annexe 2. Informations sur l'assistance médicale à la procréation (AMP) 34

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/

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

Mme Léna Allée, infirmière (29)

Pr Mikaël Agopiantz, gynécologue médical et médecine de la reproduction (54)

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)

Dr Nathalie Massin, gynécologue médical et médecine de la reproduction (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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social