



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**RAPPORT AU PARLEMENT
SUR L'OFFRE D'ASSISTANCE
MÉDICALE A LA PROCRÉATION
EN FRANCE**

INTRODUCTION

L'article 2 de la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique a prévu, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport relatif à la structuration des centres d'assistance médicale à la procréation, à leurs taux de réussite respectifs et à l'opportunité d'une évolution structurelle. Le présent rapport détaille ainsi, après avoir rappelé l'objet de l'assistance médicale à la procréation (AMP), les principes d'organisation de cette activité et la détaille. Il dépeint les résultats obtenus en matière d'AMP. Enfin, sont précisés à la fois l'impact de l'épidémie de Covid-19 et de la mise en œuvre de la loi de bioéthique sur le fonctionnement des centres d'AMP et les parcours des patients.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES

I-	LES GRANDS PRINCIPES DE L'ASSISTANCE MÉDICALE Á LA PROCRÉATION	4
II-	L'OFFRE D'AMP : SON MAILLAGE ET SES ÉVOLUTIONS AU COURS DE LA PÉRIODE RÉCENTE	6
1-	Un fonctionnement très encadré de l'activité	6
2-	Une offre de soins qui continue de s'étoffer pour mieux couvrir le territoire	8
III-	L'AMP ET SON EVOLUTION AU COURS DE LA PERIODE 2016-2020	14
1-	Les données générales	14
2-	L'activité d'AMP par type de technique utilisée	15
3-	L'activité d'AMP selon la nature des gamètes utilisées (intraconjugale ou avec don)	19
IV-	LES RÉSULTATS OBTENUS EN MATIÈRE D'AMP	20
1-	Les chances de grossesse par tentative d'AMP	20
2-	Les chances de grossesse par parcours d'AMP et les disparités de résultats selon les centres	21
3-	Le risque associé d'accouchement multiple	24
V-	FOCUS SUR L'IMPACT DE L'ÉPIDEMIE DE COVID SUR LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES D'AMP ET LES PARCOURS DES PATIENTS EN 2020	25
VI-	FOCUS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE BIOÉTHIQUE	26

L'AMP, également appelée « procréation médicalement assistée (PMA) », s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle (IA), ainsi que la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons.

Selon le cadre législatif et réglementaire précédant la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, plusieurs types de situations autorisaient la mise en œuvre d'une AMP : soit une infertilité du couple, soit le risque de transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité (maladie génétique par exemple), soit enfin le risque de transmission à l'un des membres du couple, lors de la conception de l'enfant, d'une maladie d'une particulière gravité (maladies virales comme l'infection par le VIH par exemple).

Depuis la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique, l'AMP est destinée à répondre à un projet parental et tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée peut y avoir accès.

La réglementation française définit un champ précis pour l'activité d'AMP : celle-ci s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryons et l'IA, ainsi que la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons. S'agissant de la conservation des gamètes, elle peut s'effectuer soit au bénéfice d'une personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée¹, soit, depuis la loi du 2 août 2021², au bénéfice d'une personne majeure qui peut bénéficier, après une prise en charge médicale par l'équipe clinico-biologique pluridisciplinaire, du recueil, du prélèvement et de la conservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation.

Une diversité de procédés sont mobilisés selon la situation des patients souhaitant engager une tentative d'AMP³ : l'insémination intra-utérine (IIU), la fécondation *in vitro* conventionnelle ou avec micro injection de spermatozoïdes, appelée ICSI (Intra-Cytoplasmic Sperm Injection), les dons de gamètes (spermatozoïdes et/ou ovocytes) et l'accueil d'embryons.

Le bénéfice d'une AMP et de l'autoconservation de ses gamètes est soumis à des conditions d'âge⁴. Pour bénéficier d'un prélèvement ou recueil de ses gamètes, en vue d'une assistance médicale à la procréation, le prélèvement d'ovocytes peut être réalisé chez la femme jusqu'à son quarante-troisième anniversaire et le recueil de spermatozoïdes chez l'homme jusqu'à son soixantième anniversaire. Pour bénéficier de l'autoconservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation, le prélèvement d'ovocytes peut être réalisé chez la femme à compter de son vingt-neuvième anniversaire et jusqu'à son trente-septième anniversaire et le recueil de spermatozoïdes peut être réalisé chez l'homme

¹ En vertu de l'Art. L 2141-11 du code de la santé publique.

² Au titre de l'article L 2141-12 du code de la santé publique.

³ Ils sont déterminés par l'arrêté du 18 juin 2012 fixant la liste des procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation.

⁴ Ces conditions sont définies par le décret n°2021-1243 du 28 septembre 2021, fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'AMP.

à compter de son vingt-neuvième anniversaire et jusqu'à son quarante-cinquième anniversaire.

Enfin, l'IA, l'utilisation de gamètes ou de tissus germinaux recueillis, prélevés ou conservés à des fins d'AMP, ainsi que le transfert d'embryons peuvent être réalisés jusqu'au quarante-cinquième anniversaire chez la femme, non mariée ou au sein du couple, qui a vocation à porter l'enfant et jusqu'au soixantième anniversaire chez le membre du couple qui n'a pas vocation à porter l'enfant.

Les tentatives d'AMP donnent lieu en France à un remboursement par la Sécurité sociale à hauteur de 6 tentatives d'IA et de 4 tentatives de fécondation *in vitro*.

Les activités d'AMP sont mises en œuvre dans des centres autorisés qui peuvent être, selon les activités considérées, des établissements de santé, des organismes ou des laboratoires de biologie médicale. Les activités cliniques d'AMP, à l'exception de l'IA et de la stimulation ovarienne, sont pratiquées par les seuls établissements de santé. Les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation ne peuvent être effectuées que dans des laboratoires d'analyses de biologie médicale. Enfin, les activités cliniques et biologiques d'assistance relatives aux gamètes en vue du don ne peuvent être réalisées que dans des hôpitaux publics ou dans des établissements privés à but non lucratif.

L'offre et l'activité d'AMP donnent lieu à la remontée annuelle de données d'activité de la part des centres clinico-biologiques et des laboratoires autorisés à pratiquer des IIU. Ces données sont consolidées au plan national par l'Agence de la biomédecine (ABM) et alimentent son rapport médical et scientifique annuel. Par ailleurs, elles permettent de calculer, le montant de la dotation financière annuelle déléguée aux établissements par l'ARS au titre de la Mission d'Intérêt Général⁵.

⁵ MIG 02 : Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité, dite aussi « MIG AMP »

II- L'OFFRE D'AMP : SON MAILLAGE ET SES ÉVOLUTIONS AU COURS DE LA PÉRIODE RÉCENTE

1- UN FONCTIONNEMENT TRÈS ENCADRÉ DE L'ACTIVITÉ

Les autorisations d'AMP sont octroyées à 2 titres : l'AMP biologique ou AMP clinique.

D'une part, il existe sept modalités d'activités pour l'AMP biologique :

- Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation ;
- Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux ;
- Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci ;
- Conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
- Préparation et conservation du sperme en vue d'une IA ;
- Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
- Et recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don.

D'autre part, cinq modalités d'AMP clinique sont mises en œuvre :

- Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;
- Prélèvement de spermatozoïdes ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP ;
- Et transfert des embryons en vue de leur implantation.

Une nouvelle modalité d'AMP biologique et une nouvelle modalité d'AMP clinique ont été instaurées par le décret 021-1933 du 30 décembre 2021, pris en application de la loi bioéthique du 4 août 2021 :

- Le prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique (CSP) ;
- La conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 CSP.

Ces modalités pourront faire l'objet d'autorisation à compter du 1^{er} juin 2023. Cette nouvelle activité d'AMP, créée par la dernière loi bioéthique est déjà néanmoins mise en œuvre transitoirement. En effet, le décret du 30 décembre 2021 permet, dans l'attente de la publication des schémas régionaux de santé (SRS) de 2023 et de la définition des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) propres à la conservation à usage autologue, aux centres autorisés à la conservation des gamètes en vue de la préservation de la fertilité de réaliser cette activité.

Les activités cliniques d'AMP sont réservées aux établissements de santé, à l'exception de l'IA et de la stimulation ovarienne⁶ qui peuvent être réalisées par les professionnels de ville. La plupart des activités cliniques d'AMP peuvent être réalisées indifféremment par les établissements publics, les établissements privés à but lucratif et les établissements privés à but non lucratif.

En revanche, le prélèvement, le recueil et la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure à son bénéfice d'une AMP sont réservés aux seuls établissements publics de santé ou établissements de santé privés à but non lucratif habilités à assurer le service public hospitalier qui y ont été autorisés⁷. Ces activités ne peuvent en outre être exercées dans le cadre de l'activité libérale⁸. Par dérogation, si aucun organisme ou établissement de santé public ou privé à but non lucratif n'assure ces activités dans un département, le directeur général de l'agence régionale de santé peut toutefois autoriser un établissement de santé privé à but lucratif à les pratiquer, sous réserve de la garantie par celui-ci de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires⁹.

De même, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation relatives aux gamètes en vue de don ne peuvent être pratiquées que dans des organismes et établissements de santé publics, ou dans des organismes et établissements de santé privés à but non lucratif¹⁰. Aucune rémunération à l'acte ne peut être perçue par les praticiens au titre de ces activités. La loi de bioéthique adoptée n'a pas fait évoluer les règles en la matière.

Les activités biologiques d'AMP ne peuvent être pratiquées que dans les laboratoires de biologie médicale accrédités¹¹.

A l'exception des gestes d'IA¹² et de la stimulation ovarienne, les activités tant cliniques que biologiques, d'AMP doivent être autorisées. L'autorisation porte sur une ou plusieurs des activités d'AMP, avec ou sans tiers donneur. Elle est délivrée sur une durée de sept ans. Les autorisations sont accordées non seulement lorsque l'établissement dispose du statut juridique idoine mais également lorsqu'il répond à des besoins identifiés par le schéma régional de santé et qu'il respecte les conditions techniques de fonctionnement prévues par le régime juridique. La récente loi de bioéthique va conduire les ARS, d'ici à 2023, à examiner les besoins des territoires pour la nouvelle activité d'autoconservation des gamètes créée.

Enfin, la mise en œuvre de la fécondation *in vitro* est subordonnée à la réunion des autorisations clinique et biologique.

⁶ Art. L. 2142-1 al.1 du code de la santé publique.

⁷ Application de l'article L2141-12 du code de la santé publique.

⁸ Prévue à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique.

⁹ Prévu au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁰ Application de l'article L2142-1 du code de la santé publique.

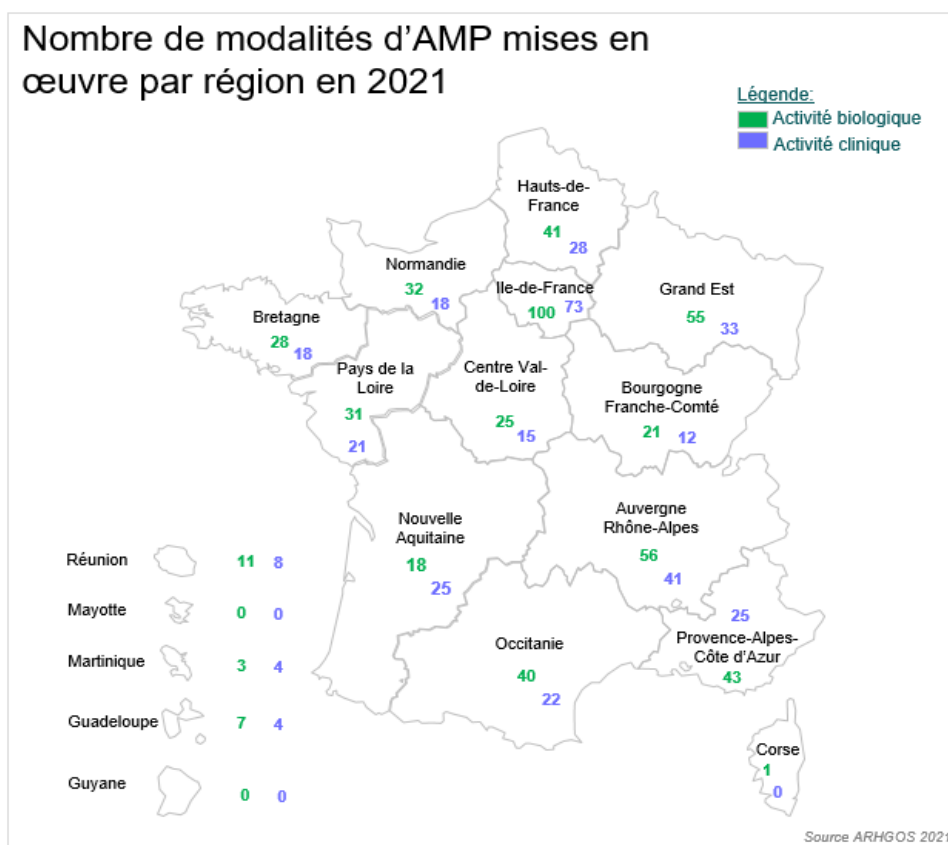
¹¹ Art. L. 2142-1 al.2 du CSP.

¹² Pour mémoire, le geste de l'IA n'est pas soumis à autorisation alors que le versant biologique est soumis à autorisation en vertu de l'article R.2142-1 du code de la santé publique.

2- UNE OFFRE DE SOINS QUI CONTINUE DE S'ETOFFER POUR MIEUX COUVRIR LE TERRITOIRE

a. Le maillage du territoire en centres clinico-biologiques et laboratoires d'insémination

Deux approches complémentaires permettent d'apprécier le maillage de l'offre d'AMP et son niveau de réponse aux besoins de la population : l'analyse des différentes autorisations administratives délivrées pour réaliser les 12 modalités de l'activité d'AMP¹³ ainsi que l'analyse de l'implantation géographique des centres et laboratoires qui réalisent un ou plusieurs de ces segments d'activité.



Les autorisations administratives d'activité

En 2021, un total de 901 autorisations sont mises en œuvre au titre des 12 modalités existantes dans le champ de l'AMP, soit 546 en biologie de l'AMP et 355 en AMP clinique. Cent dix centres sont autorisés à l'activité relative à la FIV, 34 le sont pour l'activité liée au don de spermatozoïdes et 36 pour l'activité de don d'ovocytes.

¹³ Seules y échappent les activités d'IA et de stimulation ovarienne.

L'ensemble des régions sont pourvues en activités autorisées d'AMP, à l'exception des régions Guyane et Mayotte (toutes deux étant dépourvues de centre clinico-biologique et de laboratoire d'insémination). Ces deux régions représentent environ 1% des femmes françaises en âge de procréer. Les patients des territoires concernés sont majoritairement pris en charge dans les établissements d'Ile de France pour la Guyane, et de la Réunion pour Mayotte. La région de Corse a été récemment pourvue d'un centre clinico-biologique d'AMP.

L'implantation géographique des centres et des laboratoires

En termes de maillage territorial, on recense, en tenant compte des centres ayant adressé un rapport annuel d'activité à l'ABM, 101 centres clinico-biologiques actifs en 2020 et ayant assuré les activités de FIV¹⁴ et 169 laboratoires biologiques¹⁵ qui ont pratiqué la préparation de spermatozoïdes en vue d'insémination¹⁶.

Les 101 centres clinico-biologiques pratiquant la fécondation *in vitro*, ont eu une activité annuelle médiane de 534 ponctions en vue d'une fécondation *in vitro*. Parmi eux, 6 centres clinico-biologiques ont réalisé moins de 150 fécondations *in vitro*.

Les laboratoires ont eu une activité annuelle médiane de 183 inséminations. Toutefois, les volumes d'activités varient selon les laboratoires :

- 1 à 3 226 IUI ont été réalisées au cours de l'année ;
- 19 laboratoires (11%) ont effectué plus d'un tiers des IUI (36,4%) ;
- Près de 10 % des laboratoires ont réalisé moins de 50 cycles d'insémination.

L'analyse de la répartition régionale de l'offre fait apparaître que les régions Île-de-France, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes se détachent le plus nettement en termes de nombre de structures en fonctionnement.

L'analyse de la disponibilité de l'offre rapportée à la population régionale de femmes en âge de procréer offre toutefois une analyse plus nuancée.

Selon les régions, le nombre de structures totales d'AMP (cumulant centres clinico-biologiques et laboratoires) rapporté aux femmes du territoire en âge de procréer s'étage en effet de 1,89 à 3,57 structures, avec une disponibilité moyenne de 2,3 structures pour 100 000 femmes en âge de procréer dont s'écarte un groupe de quatre régions comparativement peu pourvues par rapport à leur population¹⁷ et de trois régions a contrario largement pourvues au regard de leur population¹⁸.

Le nombre de centres clinico-biologiques rapportés à la population régionale en âge de procréer montre également une certaine dispersion inter régionale, avec une fourchette (pour les régions pourvues) s'étageant de 0,62 à 1,79. Un petit groupe de régions¹⁹ se situe en-deçà

¹⁴ Trois centres actifs n'ont pas rendu le rapport d'activité dans les délais.

¹⁵ Dont ceux adossés aux centres clinico-biologiques.

¹⁶ Cette donnée intègre à la fois laboratoires de biologie médicale pratiquant des IUI et centres clinico-biologiques d'AMP.

¹⁷ Il s'agit respectivement des régions Corse (1.89), Bourgogne-Franche Comté (2.05), Occitanie (2.07) et Hauts de France (2.09).

¹⁸ Il s'agit respectivement des régions Martinique (3.57), Grand Est (3.21) et Pays de Loire (3.05).

¹⁹ Il s'agit des régions Occitanie (0,62), Bourgogne-Franche-Comté (0,68) et Hauts de France (0,86).

de 0,90 centres pour 100 000 femmes en âge de procréer, tandis qu'un autre petit groupe de régions²⁰ dépasse 1,2 centres pour 100 000 femmes.

Ces disparités n'ont pas notablement évolué au cours de la période 2016-2020. La légère diminution du nombre de laboratoires de biologie constatée au cours de la période a majoritairement concerné des régions (Grand Est, Nouvelle Aquitaine, Bretagne) dont le niveau d'offre était situé au-dessus de la moyenne en termes de nombre de laboratoires et de centres rapportés à la population régionale de femmes, corrigeant leur situation comparativement favorable. Seules deux régions (Bourgogne Franche-Comté et Hauts de France) ont vu leur situation comparativement défavorable s'accroître avec la perte d'un laboratoire de biologie. Avec l'ouverture d'un laboratoire de biologie pratiquant l'IA supplémentaire, la région Ile de France se rapproche en revanche de la moyenne des régions.

L'analyse de l'évolution de l'offre au cours de la période 2016-2020 montre une légère diminution des laboratoires d'insémination en fonctionnement (au nombre de 180 en 2016 contre 169 en 2020). Certains laboratoires de biologie médicale ont en effet cessé au cours de la période leur faible activité. A contrario, le nombre de structures pratiquant la FIV est stable (101).

En revanche, on constate que, sur des segments particuliers qui étaient jusque-là marqués par une couverture imparfaite du territoire, comme l'activité de don d'ovocytes, la répartition des centres assurant l'activité s'est améliorée: 36 centres sont autorisés et couvrent 14 régions françaises, soit les $\frac{3}{4}$ du territoire français alors que les $\frac{2}{3}$ des régions seulement étaient couvertes en 2011²¹.

b. La part respective des établissements, par statut, dans l'offre en place et l'activité réalisée

L'analyse du statut juridique des différentes structures concourant à l'activité d'AMP (centres clinico-biologiques et des laboratoires réalisant la préparation du sperme en vue d'insémination) montre une part prédominante, en nombre de structures, des organismes privés à but lucratif (61%), par rapport aux organismes publics (32,5%) et privés à but non lucratif (6,4%)²², en cohérence avec l'importance du nombre de laboratoires (majoritairement privés) dans les structures œuvrant à la prise en charge de l'AMP.

L'analyse du statut juridique des centres clinico-biologiques fait apparaître en revanche une majorité de structures publiques (49%), par rapport aux structures privées à but lucratif (40%) et privé à but non lucratif (11%).

L'analyse de l'activité 2019²³ montre que, selon leur statut juridique, les structures prennent une part très variable dans les différents segments de l'activité d'AMP.

²⁰ Il s'agit des régions Martinique (1,79), Centre Val de Loire (1,23) et Réunion (1,20).

²¹ Pour mémoire, le rapport de l'IGAS de 2011 soulignait qu'1/3 de régions ne disposaient pas d'une autorisation biologique ou clinique concernant le don d'ovocyte.

²² Les données ici présentées sont les données 2020. Le statut juridique établi pour les centres clinico-biologiques qui sont issus d'un partenariat public/privé est le statut de l'établissement clinique.

²³ Il est proposé de prendre pour année d'analyse 2019 préférentiellement à 2020, pour laquelle les résultats sont à interpréter en lien avec la pandémie de Covid-19 ayant donné lieu à des suspensions d'activité.

Pour l'activité d'IA réalisée dans les centres clinico-biologiques et les laboratoires de biologie médicale réalisant la préparation du sperme en vue d'insémination, la part globale prise par les structures privées à but lucratif est prédominante (62,6%) tandis qu'elle est seulement de 30,7% pour le public et de 6,7% pour le privé non lucratif, et cela est encore plus marqué dans le cadre des IIU intraconjugales²⁴. En revanche, si l'on considère les IIU avec sperme de donneur réalisées dans les centres clinico-biologiques et les laboratoires de biologie médicale réalisant la préparation du sperme en vue d'insémination, le secteur public est nettement majoritaire, avec 78,5% de l'activité réalisée.

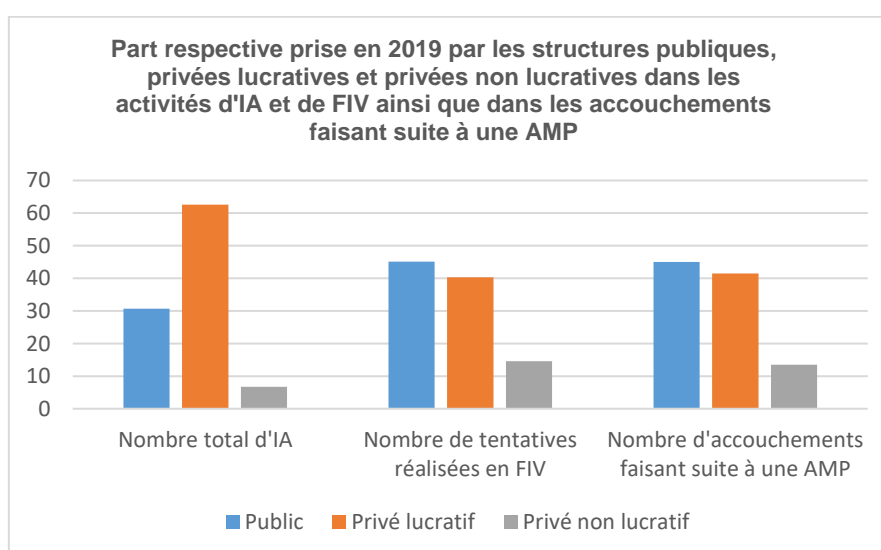
A contrario, en matière de FIV, ce sont les structures publiques qui réalisent la part d'activité la plus importante en nombre de tentatives quelle que soit l'origine des gamètes (45,1%), en comparaison de celle des structures privées à but lucratif (40,3%) et à but non lucratif (14,6%). La part importante d'activité des établissements publics est encore plus marquée en cas de don (68,8% pour les FIV avec don de spermatozoïdes et 86,3% avec don d'ovocytes).

Enfin, le poids des organismes publics est écrasant dans l'activité de don de gamètes par comparaison à celui des organismes privés à but non lucratif: il s'élève à 98,4% des donneurs de spermatozoïdes dont le sperme a été congelé dans l'année et à 89,3% des donneuses pour lesquelles des ponctions ont été réalisées dans l'année.

Le poids des structures publiques est tout aussi important dans le champ des conservations réalisées dans le cadre de la préservation de la fertilité par rapport aux organismes privés lucratifs et privés non lucratifs : il s'élève en 2019 à 96% pour les nouvelles conservations de spermatozoïdes, 93% pour les nouvelles conservations d'ovocytes ou d'embryons, 96% pour les nouvelles conservations de tissus testiculaires et 99% pour les nouvelles conservations de tissus ovariens.

Il l'est également, enfin, en matière de tentatives d'AMP réalisées en contexte viral, puisque les organismes publics ont réalisé 78,8% de celles-ci en 2019.

Au total, l'activité d'AMP des établissements publics était en 2019 à l'origine de 45% des accouchements, contre 41,6% pour les établissements privés à but lucratif et 13,5% pour les établissements privés à but non lucratif.



²⁴ Avec une part respective de 66%, 27% et 7%.

c. L'activité de don de gamètes

Les dons d'ovocytes

L'activité de don d'ovocytes repose sur 31 centres actifs autorisés pour cette activité spécifique, répartis dans 13 régions et qui ont effectué 836 prélèvements qui ont été attribués en 2019.

Au cours de la période 2016-2019, le nombre de dons d'ovocytes a augmenté de 11% et a permis une augmentation de 16% du nombre de couples ayant pu effectuer au moins une tentative d'AMP avec don d'ovocytes au cours de la période. En dépit de cette progression, le nombre de dons n'est pas suffisant pour répondre à la demande nationale. En effet, vu l'augmentation rapide du nombre de demandes, on recense²⁵ à la fin de l'année 2019, 3974 couples inscrits, en attente de don d'ovocytes, soit 38,5% de plus qu'observé en 2018.

Cette situation, conduit certains couples à s'orienter, soit d'emblée, soit parallèlement à une prise en charge en France, vers un don d'ovocytes à l'étranger, notamment les femmes en limite d'âge. En conséquence, les demandes auprès du centre national de soins à l'étranger (CNSE) augmentent et s'élèvent à 1866 dont 1851 instruites en 2018.

Les disparités d'accès au don d'ovocytes devraient toutefois se réduire dans l'avenir à la faveur d'une homogénéisation des pratiques des centres en termes d'attribution des ovocytes par l'arrêté du 14 avril 2022 relatif aux règles d'attribution des gamètes et des embryons dans le cadre du don.

Les dons d'ovocytes demeurent en 2019 majoritairement le fait de femmes ayant déjà procréé, mais selon une proportion en baisse au cours de la période 2016-2019, tandis qu'ont très fortement augmenté les dons chez les femmes n'ayant pas procréé²⁶, depuis la possibilité qui leur a été ouverte en 2016 (+ 166% sur la période, avec une augmentation particulièrement nette entre 2016 et 2017 puis entre 2018 et 2019).

En moyenne en 2019, une ponction de donneuse a permis la réalisation de 1,5 tentative d'AMP pour les couples receveurs.

Les dons de spermatozoïdes

L'activité de don de spermatozoïdes repose sur 28 centres actifs autorisés en 2019 pour le recueil, la préparation, la conservation et la mise à disposition de spermatozoïdes en vue de don.

Le stock global historiquement constitué de 106 749 paillettes attribuables à la fin de l'année 2019 est suffisant pour satisfaire la demande actuelle (2 017 demandes en 2019), même en tenant compte des demandes des nouveaux publics, et n'entraîne pas à lui seul de limitations de prises en charge.

²⁵ Ces résultats sont toutefois à interpréter avec prudence compte tenu des doublons d'inscription de certains couples, des difficultés de recueil d'information de la réalisation finale du projet parental, en France ou à l'étranger, etc.

²⁶ + 166% au cours de la période 2016-2019

Du fait de la gestion locale des paillettes, les stocks constitués localement peuvent en revanche présenter des disparités et entraîner des délais variables d'accès à une AMP avec don de spermatozoïdes. Selon une enquête récemment réalisée par l'ABM, ces variations allaient de quelques dizaines (ou 0 pour les centres nouvellement autorisés) à près de 20 000 paillettes en stock, par centre.

En outre, le renouvellement du stock demeure important pour assurer une homogénéité des stocks selon les centres, garantissant l'équité des chances de prise en charge entre usagers issus de régions différentes, ainsi que pour garantir la diversité des caractéristiques des paillettes. Un manque est ainsi identifié concernant les donneurs issus de minorités géographiques.

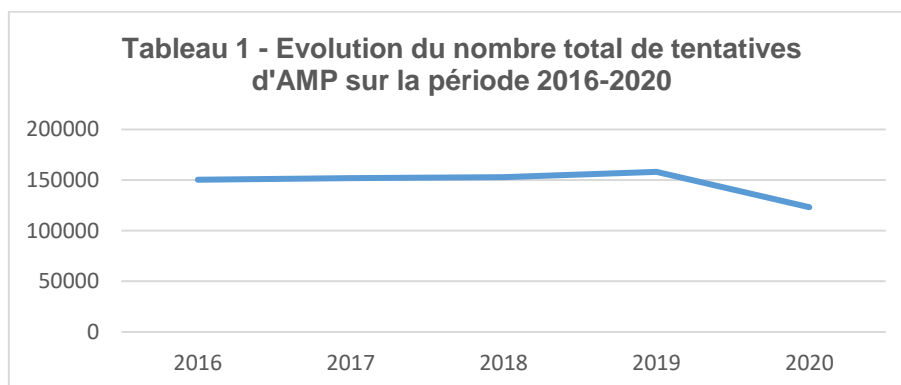
Après une hausse au cours de la période 2014-2017, particulièrement prononcée entre 2016-2017 (+56,4%) en lien avec l'ouverture du don de gamètes aux hommes n'ayant pas procréé, le nombre de donneurs de spermatozoïdes a baissé au cours de la période 2017-2020 (-20%). La baisse des dons de spermatozoïdes a été plus prononcée chez les hommes ayant déjà procréé que chez ceux n'ayant pas procréé. Compte tenu de cette évolution, les hommes ayant déjà procréé ne représentent plus que 44,8% des donneurs en 2019. A la faveur de campagnes de communication sur le don de spermatozoïdes, les dons de spermatozoïdes ont à nouveau augmenté en 2020 et on estime que près de 600 nouveaux donneurs ont été acceptés par les centres en 2021, et 175 au premier trimestre 2022.

III- L'ACTIVITE D'AAMP ET SON EVOLUTION AU COURS DE LA PERIODE 2016-2020

1- LES DONNEES GENERALES

En 2020, **123 174 tentatives²⁷ d'AMP** ont été recensées, regroupant les IUI, les fécondations *in vitro* (FIV) avec ou sans micro-injection (ICSI) et les décongélations d'embryons congelés en vue d'un transfert (les tentatives pouvant être réalisées grâce à un don de gamètes ou d'embryons²⁸).

Le **volume global des activités d'AMP**, est caractérisé par une augmentation sur la période 2016-2019 (+ 1,7% par an en moyenne²⁹), avant de connaître une baisse temporaire importante en 2020 (- 22,1%), consécutive aux reports de prise en charge recommandés³⁰ dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19, au plus fort de cette épidémie, et à la complexité de la reprise des activités d'AMP en contexte de circulation de virus.



Le **nombre d'enfants nés vivants d'une AMP** réalisée au cours de l'année, a suivi cette même évolution : il a augmenté de 9,9% entre 2016 et 2019, s'élevant à près de 27 180 enfants nés d'une AMP réalisée au cours de l'année 2019. Ce nombre est descendu à 20 223 enfants nés d'une AMP réalisée au cours de l'année 2020 dans le contexte épidémique de l'année considérée.

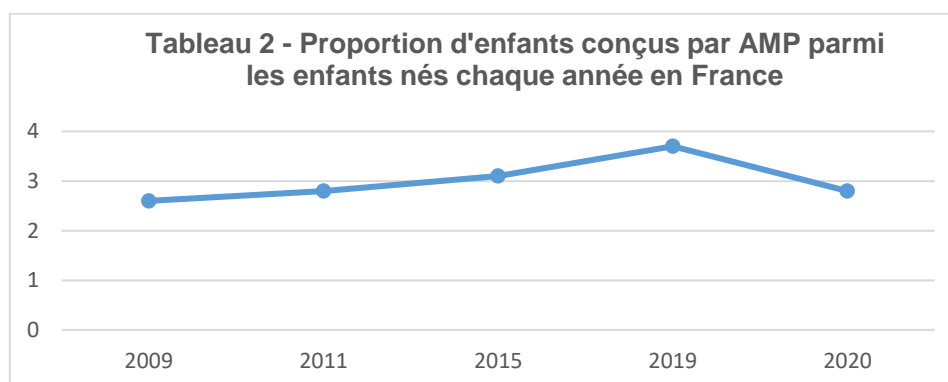
²⁷ Ces tentatives regroupent, en termes techniques, les IUI, ou ponctions d'ovocytes dans le cadre des fécondations in vitro (FIV, ICSI), ou décongélation d'embryons en vue d'un transfert d'embryon congelé - TEC-, ou mises en fécondation (don d'ovocytes) et ou décongélation d'ovocytes (ICSI).

²⁸ On considère qu'il y a une AMP avec tiers donneur dès qu'il y a un don.

²⁹ Une augmentation importante (+3,4%) du nombre de tentatives est en particulier à signaler entre 2018 et 2019.

³⁰ Il s'agit des recommandations ABM en date des 13 mars 2020, 25 mars 2020 et 25 mars 2020.

La **proportion d'enfants conçus par AMP parmi les enfants nés chaque année** en France, suit une tendance à l'augmentation sur le long terme : il s'élevait à 2,6% en 2009³¹, et atteint 3,7% en 2019, avant de revenir à 2,8 % en 2020 dans le contexte particulier de l'année considérée. Au global, compte tenu de cette évolution de long terme, on estime que près d'un enfant sur 28 est issu d'une AMP, soit désormais plus de 400 000 enfants conçus³² par FIV dans le cadre d'une dynamique qui s'accélère puisque 200 000 enfants étaient concernés fin 2008 et 300 000 fin 2014.



2- L'ACTIVITE D'AMP PAR TYPE DE TECHNIQUE UTILISEE

a. La place des différentes techniques dans les tentatives d'AMP

Une place prédominante des fécondations *in vitro* (FIV) dont la croissance se poursuit.

Les FIV³³ représentent un total de 87 543 tentatives en 2020, bien en-deçà toutefois, compte tenu de la particularité de l'année considérée, des 110 981 tentatives recensées en 2019 et qui n'avaient cessé d'augmenter au cours de la période 2016-2019. La place prédominante de cette technique dans les processus d'AMP est confortée puisqu'elle représente en 2019 plus de 70 % des enfants nés vivants conçus par AMP.

Parmi les différentes techniques de FIV, le recours à l'injection intracytoplasmique (ICSI) est très majoritaire et représente 67% de l'ensemble des tentatives de FIV en 2020, selon une proportion relativement constante au cours de la période 2016-2020. La pratique de l'ICSI reste majoritaire lorsqu'il est fait appel à des ovocytes ou des spermatozoïdes issus de don.

³¹ Sources utilisées : données INSEE.

³² Selon les estimations de l'INED (Population & Sociétés n° 556, INED, juin 2018).

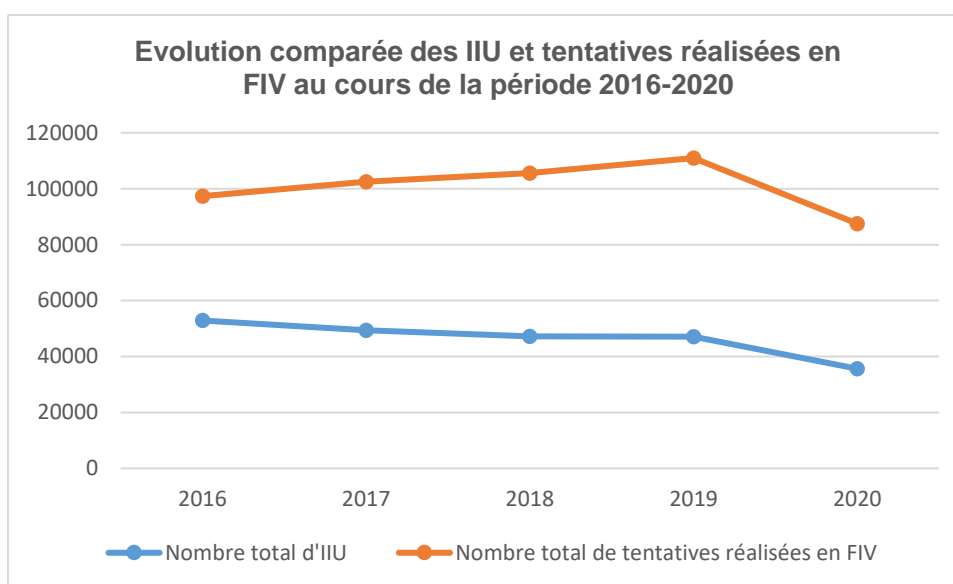
³³ Fécondations in vitro hors ICSI, ICSI et transferts d'embryons congelés – TEC.

En dépit de son érosion, une place non négligeable des inséminations intra utérines (IIU).

Les IIU s'élevaient à 35 631 en 2020 tandis qu'elles représentaient 47 140 actes en 2019, dans le cadre d'une tendance globale à la baisse au cours des dernières années (cf. tableau 2). La part de cette activité dans l'activité totale d'AMP demeure toutefois importante en 2020, étant à l'origine de 28,9% de l'ensemble des tentatives d'AMP réalisées ainsi que de 20,3% des naissances issues d'un processus d'AMP.

Le nombre de naissances vivantes issues d'une IIU, connaît la même tendance baissière sans toutefois que les chances de procréer associées à cette technique ne soient amoindries.

Les IIU font appel aux spermatozoïdes de donneurs dans 5,3% des cas.



Une augmentation régulière des décongélations embryonnaires au cours de la période 2016-2020.

Les décongélations embryonnaires ont connu une croissance dynamique au cours de la période 2016-2019 (+ 34,7%), s'établissant à 46 277 actes en 2019, avant de revenir à un peu plus de 40 000 en 2020.

Leur part dans les tentatives d'AMP hors inséminations est ainsi passée de 35,2% en 2016 à 41% en 2019 puis à 45,7% dans le contexte particulier de l'année 2020. L'augmentation du recours à la congélation embryonnaire est liée à l'amélioration de la technique de congélation. Les chances de grossesse après une décongélation d'embryon sont meilleures. Une conséquence positive est que la stratégie de transfert mono-embryonnaire se développe et permet de limiter les grossesses multiples.

Les prélèvements d'ovocytes en vue de fécondation *in vitro* ont été réalisés au bénéfice de près 51 000 couples en 2019 et près de 37 400 en 2020.

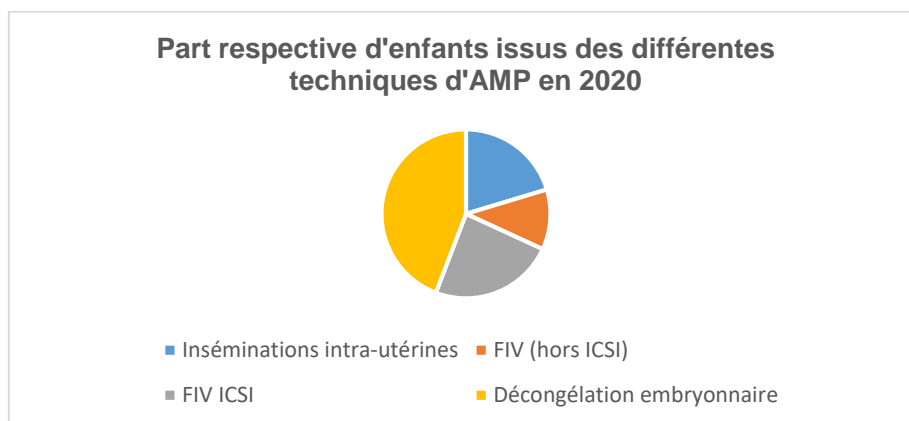
Pour l'année 2019, les prélèvements se sont décomposés en 62 518 ponctions en vue d'une FIV et 836 prélèvements d'ovocytes en vue de don. Par ailleurs, 2 469 patientes ont bénéficié de prélèvements ayant donné lieu à des conservations d'ovocytes dans le cadre de la préservation de leur fertilité.

b. La place des différentes techniques dans les naissances faisant suite à un processus d'AMP

Sur les 20 223 enfants nés à l'issue d'un processus d'AMP en 2020, la part de ceux issus d'une décongélation embryonnaire - domaine en rapide évolution technique - se place en première position (44,1%), après une tendance d'augmentation constante au cours des dernières années et alors que cette technique occupait la 2^{ème} place en 2019 après les transferts immédiats d'embryons issus d'une fécondation *in vitro* (FIV hors ICSI et ICSI).

En 2020, les transferts immédiats d'embryons issus d'une fécondation *in vitro* (FIV hors ICSI et ICSI) se positionnent en deuxième place avec 35,4% des enfants concernés.

Enfin, un cinquième des enfants (20,3 %) demeurent conçus par l'IU, technique d'AMP la plus simple à mettre en place, la moins invasive, la moins coûteuse et comportant moins de risque pour la femme.

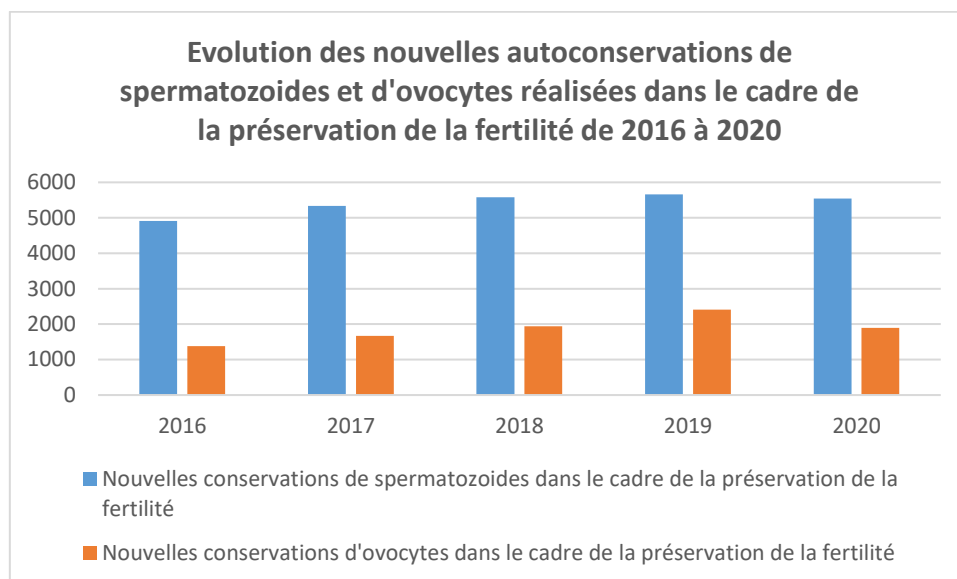


c. Focus sur les activités spécifiques en matière d'AMP

Une augmentation régulière de l'activité de préservation de la fertilité.

Cette activité, qui consiste en la possibilité de conserver des gamètes, des embryons et/ou des tissus germinaux au bénéfice de toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée et qui est proposée dans des centres clinico-biologiques d'AMP spécifiquement autorisés, a cru sensiblement au cours de la période 2016-2019 (+ 73% de nouvelles conservations d'ovocytes sur la période), avant de décroître légèrement en 2020. Un enjeu majeur dans ce domaine,

pointé par le 3^{ème} plan cancer, est en effet d'augmenter le recours à la préservation de la fertilité pour les publics éligibles dans le domaine de la cancérologie, particulièrement les adolescents et jeunes adultes. Ce sont au total 7920 nouvelles conservations qui ont été réalisées dans ce cadre en 2020, se composant très majoritairement de conservations de spermatozoïdes (5544) et d'ovocytes et d'embryons (1899). Les nouvelles conservations opérées pour les tissus testiculaires et ovariens demeurent beaucoup plus limitées (respectivement au nombre de 165 et 312 en 2020) eu égard à la rareté relative du public auquel elles s'adressent et au caractère récent de ces techniques³⁴.



La réutilisation des gamètes, embryons et/ou tissus germinaux ainsi conservés reste toutefois quantitativement limitée (987 tentatives avec spermatozoïdes décongelés et 133 avec ovocytes décongelés sont recensées en 2019), compte tenu de plusieurs facteurs différents : le délai de réalisation du projet parental (en particulier pour les enfants, pour lesquels le délai entre la réalisation de la préservation de fertilité et l'AMP peut être de plusieurs décennies), le décès des patients dans certains cas, la possibilité enfin, dans certaines situations, de procréer sans avoir recours aux gamètes, embryons ou tissus préservés.

Une activité d'AMP en risque viral en recul.

L'activité d'AMP en risque viral a concerné en 2020 un total de 1059 tentatives. Cette activité est en recul depuis plusieurs années en lien avec la mise en place de nouvelles thérapeutiques notamment dans le cadre du VIH, entraînant la négativation prolongée de la charge virale chez les patients traités, et cette baisse s'est accentuée dans le contexte spécifique de l'année 2020. Les prises en charge réalisées en 2019 avaient conduit à un accouchement dans 11,5% des cas et permis la naissance de 51 enfants.

³⁴ La greffe de tissu ovarien est réalisable et a des résultats satisfaisants, mais la greffe de tissu testiculaire n'est pas à ce stade une technique applicable, ni en France ni dans le monde.

3- L'ACTIVITE D'AMP SELON LA NATURE DES GAMETES UTILISEES (INTRA CONJUGALE OU AVEC DON)

En 2020, les tentatives d'AMP ont été réalisées en intra conjugal (avec les gamètes des deux membres du couple) dans 96,5% des cas (proportion globalement constante depuis 2016). En regard de cette proportion écrasante, les tentatives réalisées avec des ovocytes, des spermatozoïdes ou des embryons issus de don n'ont représenté que 3,5% des cas.



Au total, 20 223 enfants sont nés d'une AMP réalisée au cours de l'année 2020, avec une proportion relativement constante au fil du temps de 95% d'enfants issus d'un processus d'AMP intra conjugale (contre 5% d'enfants issus d'un don).

1- LES CHANCES DE GROSSESSE PAR TENTATIVE D'AMP

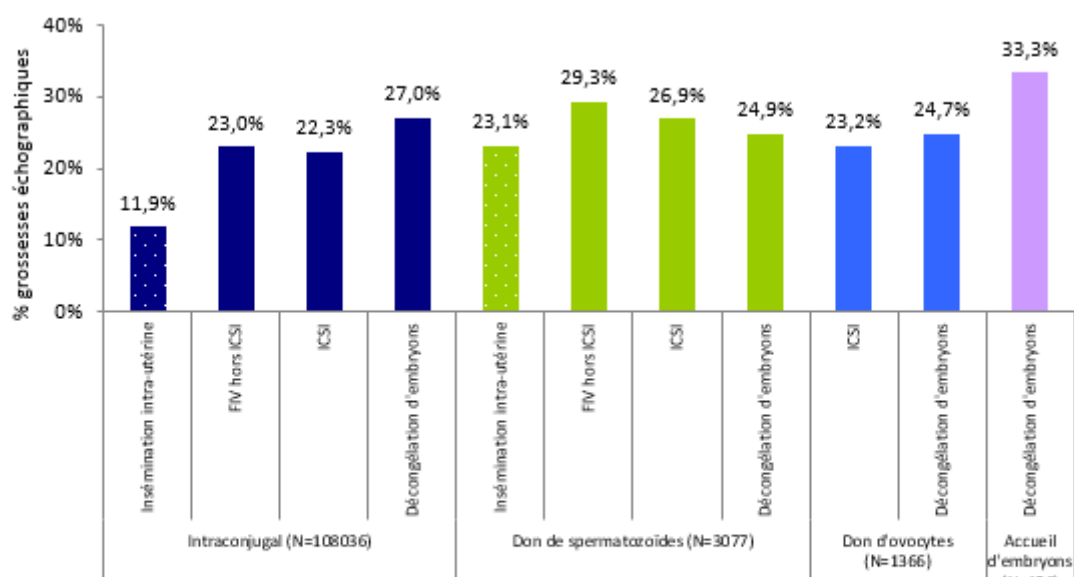
Les 123 174 tentatives d'AMP recensées en 2020 donnent lieu à 23 550 grossesses constatées par échographie, à 19 381 accouchements et à la naissance de 20 223 enfants nés vivants.

Des chances variables d'obtenir une grossesse à l'issue d'une tentative d'AMP sont constatées en fonction des techniques et de l'origine des gamètes. Ces différences observées sont liées au procédé lui-même, mais également aux indications propres à ces différentes techniques (elles-mêmes ayant trait aux causes de l'infertilité, éventuelles pathologies associées, etc.). Cette pluralité de facteurs explicatifs nécessite donc d'analyser avec prudence les différents résultats observés.

Les chances d'obtenir une grossesse s'étagent de 11,9% (pour les IIU en intraconjugal) à 29,3% (pour les FIV hors ICSI dans le cadre d'un don de spermatozoïdes)³⁵. On note d'une façon générale que les résultats obtenus dans le cadre de FIV ICSI et de FIV hors ICSI sont sensiblement identiques et légèrement inférieurs aux taux obtenus par la technique de la décongélation d'embryons. Les chances de grossesse associées à la technique de l'IIU sont très variables selon l'origine des gamètes. Enfin, marginale en termes de nombre de cas concernés, c'est la décongélation d'embryons dans le cadre de l'accueil d'embryon qui offre la chance la plus élevée d'obtenir une grossesse après tentative.

³⁵ En raison du faible nombre de cas concernés par les décongélation d'embryons après accueil d'embryons, nous écartons cette technique de la comparaison.

Taux de grossesse échographique après tentative d'AMP selon la technique et l'origine des gamètes en 2020



*Tentatives : cycles d'insemination intra-utérines; ponctions d'ovocytes dans le cadre des fécondations *in vitro* (FIV, ICSI), à l'exclusion des ponctions suivies de la congélation de la totalité de la cohorte embryonnaire transférable ou congelable, ou de la totalité de la cohorte ovocytaire; décongelations d'embryons en vue de TEC ; mises en fécondation (don d'ovocytes) ; décongelations d'ovocytes (ICSI) ;
N : nombre de tentatives

Au cours des dernières années, les chances pour les couples d'obtenir un accouchement à la suite d'une ponction ont régulièrement augmenté, notamment en raison de la pratique accrue de la congélation embryonnaire, les couples pouvant bénéficier, après une ponction ovocytaire, d'un ou de plusieurs transferts d'embryons. Le taux cumulé d'accouchements est ainsi passé de 23,1% en 2013 à 28,4% en 2017. Le détail du calcul effectué par l'ABM est disponible via le lien suivant :

https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/national_fiv_2017_2018.pdf

Logiquement, les taux d'accouchements après une tentative présentent des résultats légèrement inférieurs aux taux de grossesse après tentative, s'étageant en moyenne de 10,3% (pour les IIU en intraconjugal) à 22,4% (pour les FIV hors ICSI dans le cadre d'un don de spermatozoïdes).

2- LES CHANCES DE GROSSESSE PAR PARCOURS D'AMP ET LES DISPARITES DE RESULTATS SELON LES CENTRES

On constate d'une façon générale que le taux d'accouchement cumulé national est en constante augmentation. Les chances pour les couples d'obtenir un accouchement à la suite d'une ponction est ainsi passé de 23,1% en 2013 à 28,4% en 2017, notamment en raison de la pratique accrue de la congélation embryonnaire, qui permet aux couples de bénéficier, après une ponction ovocytaire, d'un ou de plusieurs transferts d'embryons.

L'approche des résultats par centre d'AMP et de leurs disparités, a donné lieu à des travaux de l'ABM sur les données d'activité 2018 en matière d'IA intraconjugales et de tentatives de FIV intraconjugales et avec don de sperme, avec ou sans ICSI.

Cette évaluation est publiée sur le site de l'ABM : [Evaluation des résultats des centres d'assistance \(…\) - Agence de la biomédecine \(agence-biomedecine.fr\)](https://agence-biomedecine.fr/evaluation-des-resultats-des-centres-d-assistance-).

La méthodologie employée par cette évaluation ne permet pas de comparer ou de classer les centres d'AMP entre eux. Elle consiste à comparer les résultats de chaque centre à la moyenne nationale (« taux national »). La méthodologie permet de comparer des taux standardisés, c'est à dire qu'elle prend en considération les caractéristiques de la patientèle et ses disparités, par exemple l'âge moyen des personnes prises en charge.

Les résultats sont présentés sous la forme d'un diagramme « en entonnoir » (« funnel plot ») qui représente l'intervalle de confiance autour de la moyenne nationale en fonction du volume d'activité. Les centres et laboratoires dont les résultats standardisés se trouvent en dehors de l'intervalle de confiance (c'est-à-dire au-dessus ou en dessous des lignes bleues dans le graphique ci-dessous) s'écartent significativement de la moyenne nationale s'agissant de l'indicateur évalué. A l'intérieur de l'intervalle de confiance (c'est-à-dire entre les lignes bleues), ils ne peuvent être distingués ni de la moyenne nationale, ni les uns vis-à-vis des autres.

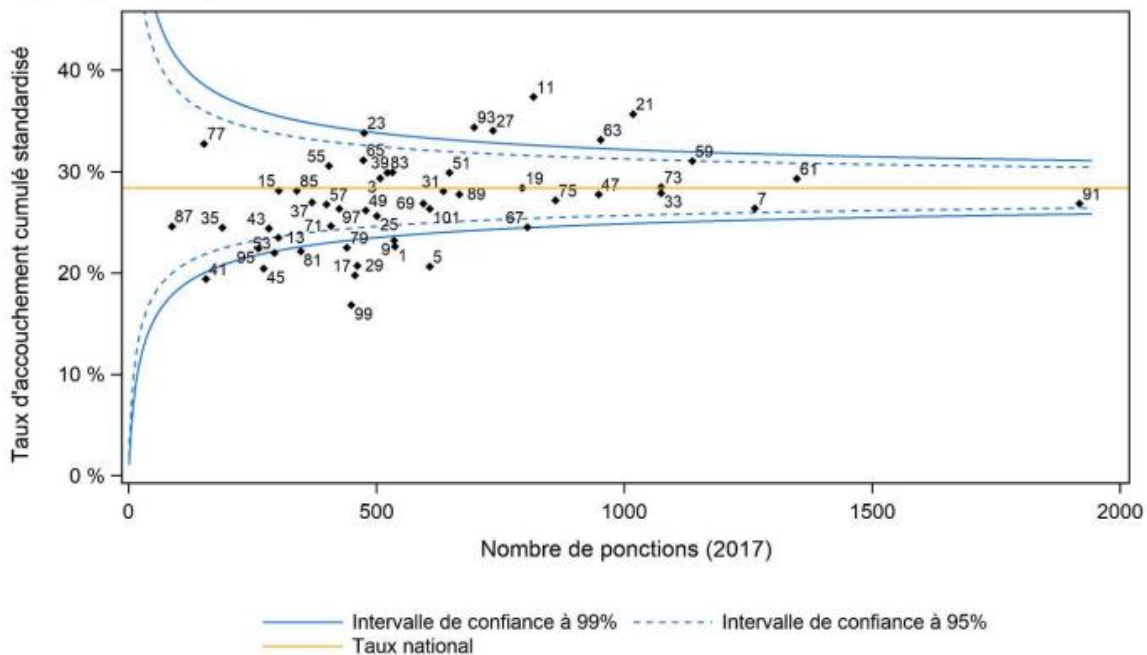
Pour la FIV, deux indicateurs ont été proposés : le taux d'accouchement cumulé, issu d'embryons frais ou congelés, rapporté au nombre de ponctions et la fréquence des accouchements multiples. Pour l'IA, deux indicateurs ont été proposés : le taux d'accouchement, rapporté au nombre de cycles d'insémination et la fréquence des accouchements multiples.

Le taux d'accouchement cumulé 2017 représente la fréquence des ponctions de 2017 ayant conduit à au moins un accouchement issu d'un transfert d'embryons frais ou congelés réalisés en 2017 ou 2018. Cet indicateur est important car il permet d'évaluer les chances de procréer après ponction pour les couples pris en charge dans un parcours de FIV. L'analyse des résultats obtenus par les centres montre que sur 101 centres d'AMP, 65 centres (soit 64%) ont eu des résultats significativement comparables au taux cumulé national. 20 centres (soit 19,8%) ont eu des résultats significativement inférieurs au taux national tandis que 16 centres (soit 15,8%) ont eu des résultats significativement supérieurs au taux national.

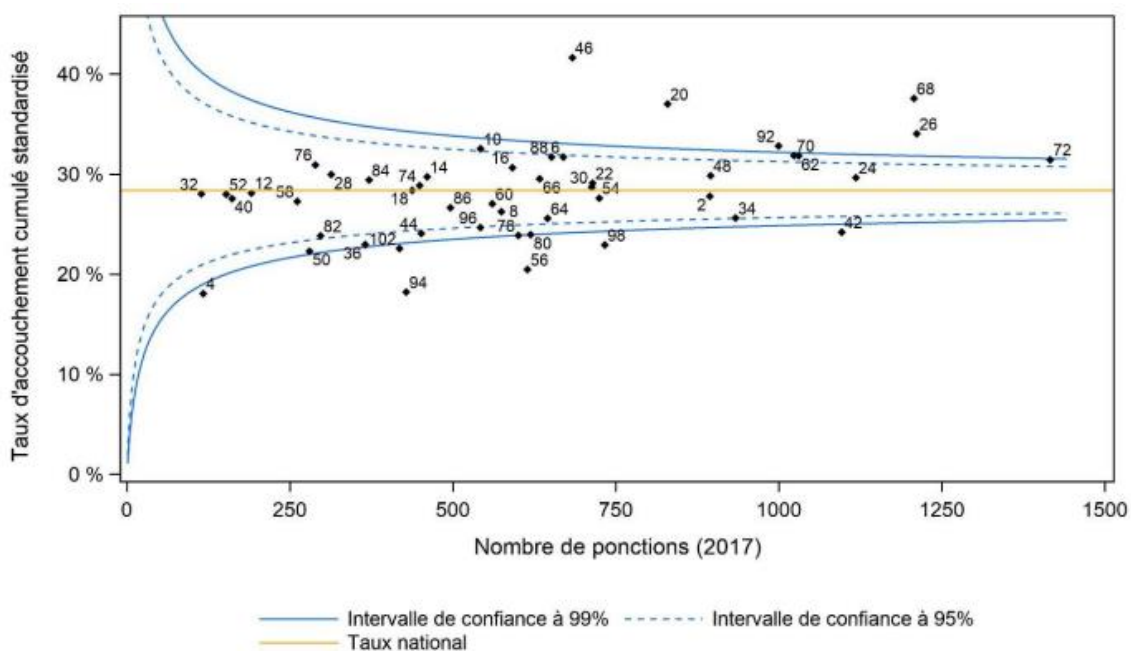
Taux standardisé d'accouchements cumulés de 2017, issus de transferts d'embryons frais ou congelés, rapportés au nombre de ponctions : test statistique d'écart à la moyenne nationale (28,4%), méthode du « funnel plot »

(Par souci de lisibilité du graphique, les centres ont été représentés sur 2 funnel plots.)

Cette méthode ne permet pas de comparer les centres entre eux⁶.



Cette méthode ne permet pas de comparer les centres entre eux, mais permet de comparer les résultats de chaque centre au taux national: les résultats des centres se trouvant en dehors de l'intervalle de confiance à 99% sont considérés comme étant significativement différents du taux national.



Cette méthode ne permet pas de comparer les centres entre eux, mais permet de comparer les résultats de chaque centre au taux national: les résultats des centres se trouvant en dehors de l'intervalle de confiance à 99% sont considérés comme étant significativement différents du taux national.

3- LE RISQUE ASSOCIE D'ACCOUCHEMENT MULTIPLE

Le taux de grossesses multiples suit une tendance à la baisse, reflet d'une politique de transfert embryonnaire plus prudente visant à réduire le nombre de grossesses multiples et prévenir ainsi leurs complications maternelles et fœtales.

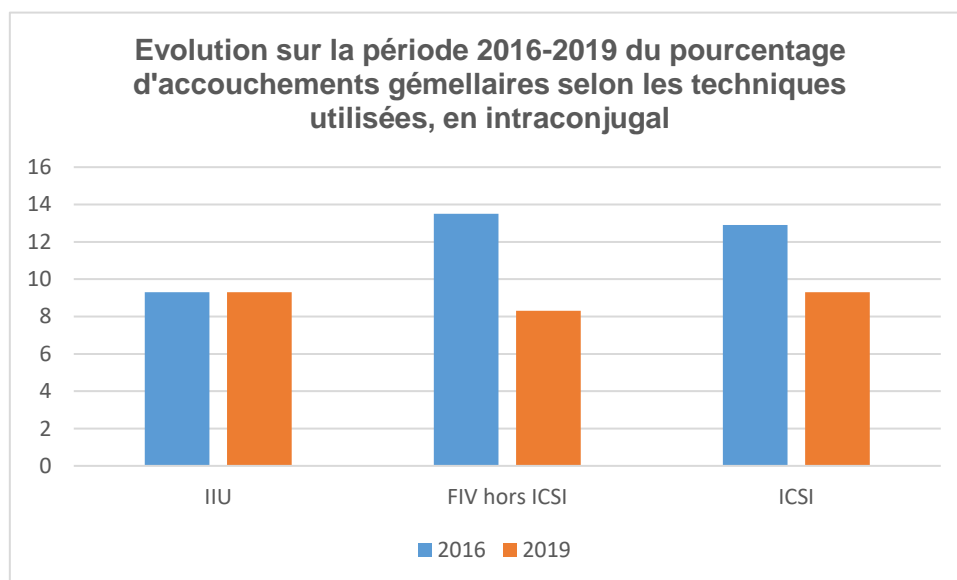
Ainsi, pour les parcours de FIV hors ICSI en intraconjugal, le nombre moyen d'embryons transférés est passé de 1,58 en 2016 à 1,39 en 2019. La même évolution est retrouvée pour les transferts d'embryons congelés : 60% des transferts concernent un seul embryon en 2019.

Le taux des accouchements multiples est parallèlement en constante diminution au cours de la période 2016-2019 quelle que soit la technique employée en intraconjugal, passant de 13,5% à 8,3% pour les FIV, de 12,9% à 9,3% pour les ICSI, tandis qu'il reste stable (9,3%) pour les IIU.

Le taux d'accouchements triples ou plus poursuit sa diminution pour les FIV (passage de 0,2 à 0,1% de 2016 à 2019) et est stable à un très faible niveau pour les ICSI (0,1%).

Les transferts d'embryons après utilisation d'ovocytes décongelés montrent une augmentation du pourcentage d'accouchements gémellaires mais le faible nombre de ces transferts rend malaisé l'interprétation de cette tendance.

Les efforts observés ces dernières années doivent être poursuivis, impliquant une meilleure prise en compte des facteurs de risque afin de limiter les grossesses multiples après inséminations et transferts embryonnaires, compte tenu des risques pour la santé des mères et des enfants.



V- FOCUS SUR L'IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID SUR LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES D'AMP ET LES PARCOURS DES PATIENTS EN 2020

Dans un souci de limitation de la propagation du virus et de mobilisation prioritaire des professionnels hospitaliers dans la lutte contre l'épidémie, les activités d'AMP comme d'autres activités non urgentes ont été suspendues une partie de l'année 2020.

Cette suspension d'activité a été encadrée par des recommandations périodiques de l'ABM³⁶, discutées avec les sociétés savantes professionnelles et adaptées à l'évolution de la situation épidémique ainsi qu'aux contraintes de chaque activité considérée. A compter du 25 mars 2020, la recommandation était en faveur d'une suspension d'activité totale pour les activités cliniques et biologiques d'AMP, quelle que soit la technique utilisée et l'âge de la patiente, seuls les cas très particuliers de préservation de la fertilité étant possiblement maintenus.

La recommandation d'une reprise des activités d'AMP est intervenue à partir du 13 mai 2020 dans les mêmes conditions de concertation étroite avec les sociétés savantes professionnelles et associations de patients. La reprise d'activité a été dans les faits très progressive compte tenu notamment de l'attention portée par les ARS aux situations locales, de l'indisponibilité de certains personnels spécialisés ou des travaux requis pour la mise en conformité des conditions environnementales des laboratoires³⁷.

L'activité de ponctions réalisées en vue d'une AMP intraconjugale ou avec spermatozoïdes de donneur a ainsi « décroché » dès mars 2020 de la courbe d'activité de l'année 2019, avec une réduction rapide d'activité en mars, une activité quasi nulle en avril-mai, avant une reprise progressive d'activité en juillet pour rejoindre en septembre la courbe de l'année 2019. L'activité de décongélations d'embryons en vue de transfert a connu la même évolution avec une reprise d'activité progressive en juillet avant un effet de rattrapage par rapport à l'activité de 2019.

Au total, malgré une reprise nécessairement progressive de l'activité, des efforts ont été faits par les équipes pour rattraper le retard accumulé et limiter les pertes de chances pour les patients. En outre, en juin 2020, le Ministre de la Santé a annoncé que les parcours de PMA seraient remboursés pour les femmes ayant atteint la limite d'âge pendant la crise sanitaire. La CNAM a, en conséquence, sur demande de l'ABM, analysé avec bienveillance les demandes de dérogation exceptionnelle au-delà des 43 ans, sur justification du médecin référent en AMP pour les femmes ayant eu entre 42 ans et 6 mois et 43 ans pendant la période d'interruption d'activité des centres d'AMP.

³⁶ Il s'agit des recommandations du 12 et du 25 mars 2020.

³⁷ En application de l'arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'AMP.

La loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique, porteuse de beaucoup d'espoirs pour les usagers, a conduit à solliciter très fortement les professionnels et les centres d'AMP au cours de sa première année de mise en œuvre. Une phase préalable a été nécessaire pour faire face à l'augmentation majeure du nombre de demandes d'AMP avec don de spermatozoïdes (près de 13 000 couples de femmes et femmes non mariées ont demandé une prise en charge en AMP avec don de spermatozoïdes au cours des 9 mois qui ont suivi la promulgation de la loi), et enclencher les nombreuses adaptations concrètes requises des centres, en termes de recrutement de personnels supplémentaires, d'adaptation des équipements ou de procédures d'accueil. Compte tenu de l'ampleur des demandes exprimées (même si ce nombre peut être renforcé par l'inscription de certaines femmes dans plusieurs centres en même temps), il en a logiquement résulté un allongement des délais d'attente pour l'ensemble des demandeurs, avec en parallèle des exigences de réorganisation au sein des centres d'AMP, afin d'améliorer les conditions d'accueil et les délais de prise en charge. Malgré les difficultés inhérentes à la mise en œuvre d'une loi d'une telle portée, les acteurs, et les centres de dons en particulier, ont fourni des efforts très importants qui ont permis de répondre à un grand nombre de demandes.

Face à ces défis, un accompagnement financier inédit et précoce a été assuré aux centres d'AMP, dont les effets ont néanmoins été retardés compte tenu des délais de recrutement de nouveaux personnels ou d'acquisition de matériels.

Le soutien financier des centres est intervenu dès octobre 2021 et dans le cadre de plusieurs volets de financements successifs en 2021 et 2022. L'objectif était de répondre autant que possible aux surcoûts découlant des nouveaux parcours d'AMP en termes organisationnels, d'équipements et d'activité pour les centres.

En 2021, la dotation financière de mission d'intérêt général (MIG) AMP de base, d'un montant de 20 856 928€, a été complétée par une nouvelle enveloppe supplémentaire de 7,3 M€, allouée aux 40 centres clinico-biologiques autorisés à au moins une des activités impactées par la nouvelle loi (AMP avec don de spermatozoïdes, don d'ovocytes et/ou autoconservation des gamètes).

L'accompagnement financier s'est poursuivi en 2022 avec l'allocation d'un montant complémentaire de 5,5M€ afin de poursuivre l'adaptation des moyens humains et des équipements des centres aux nouvelles demandes.

Pour assurer la meilleure adéquation possible entre les moyens dévolus aux centres et l'accroissement de leur file active, les échanges conduits avec les acteurs de l'AMP ont été précoces (les premiers s'étant déroulés en amont de la loi) et réguliers, notamment dans le cadre du comité national de suivi piloté par l'ABM, et cet effort d'ajustement budgétaire s'est appuyé sur la réalisation d'enquêtes régulières effectuées par l'ABM auprès des centres.

Le niveau d'activité, les délais de prise en charge et les moyens engagés (notamment en termes de recrutement) continueront à faire l'objet d'un suivi rapproché dans le cadre de ces

enquêtes en 2022 et 2023 afin de compléter, le cas échéant, le soutien financier dédié aux centres.

Ce soutien financier ne pouvant avoir qu'un impact différé, compte tenu des temps d'acquisition des matériels ou de recrutement des personnels requis par le surcroît d'activité, c'est logiquement avec un « temps de latence » que les centres ont pu commencer de répondre aux nouvelles demandes malgré l'anticipation du Gouvernement pour donner une visibilité sur les crédits qui ont été délégués.

Grâce à l'engagement des centres d'AMP, les demandes des nouveaux publics ont progressivement pu obtenir une réponse en termes de consultations voire de prise en charge effective dans un parcours d'AMP.

Selon les enquêtes réalisées par l'ABM pour le comité de suivi de la mise en œuvre de la loi³⁸, les centres ont organisé dès la fin de l'année 2021 les premières consultations en réponse aux demandes des usagers de conserver leurs gamètes en vue de la réalisation ultérieure, à leur bénéfice, d'une AMP (hors préservation de la fertilité). S'agissant des demandes de conservation des ovocytes, qui ont connu la croissance la plus rapide et la plus forte, les centres ont pu organiser les premières prises en charge dès le 1^{er} trimestre 2022 (avec respectivement 79 et 100 prises en charge/mois en moyenne au premier et second trimestre soit 89 prises en charge/mois en moyenne sur le semestre). Les demandes se sont majoritairement exprimées en région Ile de France dont les centres ont pris en charge 35% des personnes ayant bénéficié d'une autoconservation d'ovocytes. S'agissant de la conservation des spermatozoïdes, les demandes exprimées ont été nettement plus modérées. Selon les déclarations des centres, 47 demandes auraient été enregistrées au 1^{er} trimestre 2022, donnant lieu à 37 premières consultations et 28 prises en charge. Sur le 2^{ème} trimestre 2022, 20 demandes auraient été enregistrées, donnant lieu à 15 premières consultations et 6 prises en charge.

Les demandes de première consultation en vue d'une AMP avec don de spermatozoïdes pour les couples de femmes et femmes non mariées se sont exprimées dès la publication de la loi. Tandis qu'en 2019 les centres d'AMP enregistraient 168 nouvelles demandes mensuelles de couples hétérosexuels, ils ont dû répondre à plus de 1500 nouvelles demandes par mois au titre des « nouveaux publics » au 2nd semestre 2021, plus de 1700 au 1^{er} trimestre 2022 et près de 1400 au 2nd semestre 2022, dans le cadre d'un effet de rattrapage de ces demandes jusqu'alors non exprimées en France. Malgré les difficultés rencontrées pour répondre à ce grand nombre de demandes, les centres ont pu organiser de premières consultations dès août-septembre 2021, dans le cadre d'une montée en charge progressive (respectivement 2562 et 2783 premières consultations réalisées au 1^{er} et 2nd trimestre 2022), aboutissant à la réalisation de respectivement 53 et 388 premières tentatives d'AMP à fin mars et fin juin 2022. Ces prises en charge ont été rendues possibles par le stock de paillettes de spermatozoïdes constitué avant la loi (environ 100 000 paillettes), ainsi que, dans une moindre mesure, par l'augmentation du nombre de donneurs en 2021.

Le soutien financier et la mobilisation des centres ont permis, face à l'afflux considérable des demandes des nouveaux publics, de limiter l'augmentation des délais d'accès à une AMP

³⁸ Deux enquêtes réalisées par l'ABM successivement au dernier trimestre 2021 et 1^{er} trimestre 2022 auprès des 40 centres autorisés à l'autoconservation non médicale des gamètes.

néanmoins estimés, en moyenne, par les centres à 12,9 mois fin juin 2022 (alors qu'ils étaient estimés à 12 mois en décembre 2021). S'il apparaît prématuré d'envisager l'opportunité d'une évolution structurelle des centres d'assistance médicale à la procréation à ce stade encore précoce de mise en œuvre des nouvelles dispositions la loi de bioéthique, la limitation de ces délais constitue une priorité afin d'assurer l'accès de toutes et tous à l'AMP. Dans cette perspective, une concertation entre centres publics et privés, annoncée lors du comité de suivi du 17 octobre 2022, sera lancée pour dresser un état des lieux des organisations en place et identifier les leviers disponibles à droit constant pour les optimiser et limiter encore davantage le délai d'accès moyen à une AMP. Un suivi national rapproché continuera à être réalisé dans le cadre du comité de suivi de la mise en œuvre de la loi afin que la loi puisse être accessible à toutes et tous.