

PARI(S) SANTÉ FEMMES

**Conférence de presse
Jeudi 4 décembre 2025**

10h30 - 12h

DOSSIER DE PRESSE

PROGRAMME

Mot de bienvenue

Pr Patrick Rozenberg, président du CNGOF
pages 3 et 4

Cytomégalovirus (CMV) pendant la grossesse : actualité du dépistage

Pr Olivier Morel, secrétaire général du CNGOF pour l'Obstétrique
page 5

Ménopause et THM : actualités 2025

Dr Geoffroy Robin, secrétaire général du CNGOF pour la Gynécologie médicale
et la médecine de la reproduction
pages 6 et 7

Chute de la natalité : causes et conséquences sur l'offre de soins

Dr Joëlle Belaisch Allart, présidente d'honneur du CNGOF (pour les causes)
pages 8 et 9

Pr Olivier Morel, secrétaire général du CNGOF en charge de l'Obstétrique (pour les conséquences)
pages 10 et 11

Prise en charge de l'endométriose : actualités 2025

Pr Pierre Collinet, président de la commission Endométriose du CNGOF
page 12

Autoconservation ovocytaire : difficulté d'accès et perspectives

Dr Joëlle Belaisch Allart, présidente d'honneur du CNGOF
pages 13 et 14

Mises à jour des recommandations sur le cancer de l'endomètre

Pr Pierre Collinet, président de la commission Endométriose du CNGOF

Mot de bienvenue

Pr Patrick Rozenberg, président du CNGOF

Au nom du bureau du CNGOF je suis très heureux de vous accueillir à notre traditionnelle conférence de presse pour présenter notre congrès annuel Pari(s) Santé Femmes.

Tous les aspects de notre spécialité y sont évoqués, tant en Obstétrique qu'en Gynécologie médicale et chirurgicale et en médecine de la reproduction et notamment nos nouvelles recommandations pour la pratique clinique (syphilis et grossesse, jumeaux, hémorragie fœto-maternelle, hyperthermie et grossesse, urgences vitales maternelles, diabète et grossesse, endomètre et endométriose, grossesses extrautérines non tubaires et dépistage du cancer du col utérin).

En obstétrique : je soulignerai l'importance de la session inaugurale sur le dépistage systématique du Cytomégalovirus en début de grossesse, qui vient enfin d'être recommandé par la HAS. Nous organisons, par ailleurs, une session sur la natalité en danger, dans un contexte de dégradation continue de nos indicateurs de santé périnatale depuis plus de dix, dans l'indifférence de nos responsables politiques de la santé.

En gynécologie chirurgicale, je soulignerai l'intérêt des sessions sur l'endométriose et les cancers gynécologiques, sachant notamment que le cancer du sein affecte environ 13% des femmes en France.

En gynécologie médicale, la session sur la contraception mérite une attention toute particulière, compte-tenu de l'importance de ses progrès récents, de même que les sessions hormones et tumeurs et balance bénéfices/risques du traitement hormonal de la ménopause, compte-tenu de la désinformation ou du défaut d'information de nos patientes.

En médecine de la reproduction, la session controversée promet d'être passionnante, de même que la session sur la chirurgie et l'AMP en 2025.

Je vous ai livré ici les sujets qui m'interpellent le plus, mais il y en a bien d'autres, non moins intéressants, que vous aurez l'opportunité d'écouter, d'interroger selon vos sujets de prédilection.

Avant de conclure, je voudrais insister sur une nouvelle orientation de notre congrès national.

Notre bureau souhaite désormais faire une place d'honneur chaque année à des collègues issus de sociétés savantes étrangères afin de s'interroger sur nos pratiques respectives, qui peuvent être très différentes selon les pays. A défaut d'être une science exacte, on dit pudiquement que la médecine est un art.

Nul n'est détenteur d'une vérité absolue en médecine et les débats d'idées doivent nous aider à progresser, au bénéfice de nos patientes. Cette année, pour inaugurer cette nouveauté, le CNGOF a invité le Collège Chinois de Gynécologie Obstétrique (COGA), représenté par la Pr Zhu Lan, présidente de ce collège, ainsi que plusieurs membres de son équipe.

La Pr Zhu Lan fera une communication en session plénière, le vendredi 5 décembre, sur un sujet toujours débattu: l'utilité de la rééducation pelvi-périnéal post-partum. La même journée est organisée une ses-

sion sino-française sur la chirurgie vNOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Surgery), avancée récente, passionnante et particulièrement prometteuse pour le confort de nos patientes : absence de cicatrice visible, diminution des douleurs post opératoires, diminution du temps de récupération, plus faible consommation de traitements anti-douleur en post opératoire.

Cytomégalovirus (CMV) pendant la grossesse : actualité du dépistage

Pr Olivier Morel, secrétaire général du CNGOF pour l'Obstétrique

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans son avis rendu le 5 juin 2025, a recommandé la mise en place d'un dépistage systématique national du CMV pour toutes les femmes enceintes séronégatives ou de statut inconnu, au cours du premier trimestre de grossesse, avec réévaluation du dispositif à 3 ans, afin de décider de sa poursuite ou non sur la base de données complémentaires.

La HAS préconisait que la mise en place du programme de dépistage systématique devait être accompagnée des mesures suivantes :

- Information des patientes : des supports d'information, pouvant être élaborés par la HAS devront être diffusés auprès des femmes enceintes afin de garantir leur consentement libre et éclairé ;
- Formation des professionnels ;
- Évaluation des outils diagnostiques.

Dans le contexte de la publication de cette recommandation, le CNGOF a souhaité accompagner les professionnels et les femmes enceintes sans attendre. Les travaux de cadrage de la mise en œuvre du dépistage par la HAS ne débuteront qu'en janvier 2026 pour une publication attendue en juin 2026.

Nous avons mis en place dès le mois de juillet un comité de pilotage coordonné par les Pr Yves Ville, Tiphaine Barjat et Olivier Morel. L'ensemble des sociétés savantes impliquées en périnatalité ont été associées à ces travaux. Le comité de pilotage a produit les documents d'information pour les patientes, de formation pour les professionnels, ainsi que des ordonnances types et des arbres décisionnels. Ces documents n'ont pas force de recommandation mais doivent aider à une mise en œuvre rigoureuse et homogène de ce dépistage national.

Un comité de suivi a également été mis en place, sous la responsabilité du Pr Olivier Picone.

Les documents rédigés par le comité de pilotage sont disponibles sur le site du CNGOF en accès libre. Ils pourront évoluer ou être complétés dans les mois à venir.

Pour le comité de pilotage

Yves Ville, Tiphaine Barjat et Olivier Morel

Ménopause et THM : actualités 2025

Dr Geoffroy Robin, secrétaire général du CNGOF pour la Gynécologie médicale et la Médecine de la Reproduction

A) Le rapport « RIST »

Le rapport de la députée Stéphanie Rist (avril 2025) sur la ménopause propose 25 recommandations pour en faire une priorité de santé publique en France. Il vise à lever le tabou, améliorer la prise en charge médicale, renforcer l'information et soutenir la recherche.

Ce rapport fait les constats suivants :

- La ménopause concerne 17 millions de femmes en France.
- Elle reste taboue, souvent associée à une perte de valeur ou à des stéréotypes négatifs.
- Les femmes témoignent de symptômes invalidants (bouffées de chaleur, troubles du sommeil, douleurs, baisse de libido) qui impactent leur vie professionnelle et personnelle.
- Les inégalités sociales et territoriales rendent l'accès aux soins inégal et insuffisant.

Après moult auditions, ce rapport a émis 25 recommandations dont les principaux axes s'articulent autour des 4 thématiques suivantes :

- Santé et accompagnement des femmes ménopausées
 - Consultation dédiée à la ménopause pour chaque femme dès les premiers signes.
 - Renforcer une prise en charge holistique : gynécologique, cardiovasculaire, osseuse et psychologique.
 - Formation initiale et continue renforcée pour les professions médicales et en particulier pour les médecins et sages-femmes.
- Information et sensibilisation
 - Campagnes nationales pour briser le tabou.
 - Intégration de la ménopause dans les programmes éducatifs dès le plus jeune âge.
 - Mise à jour des sites publics avec des contenus clairs et accessibles.

- Recherche et innovation
 - Faire de la ménopause une thématique prioritaire dans les appels à projets de recherche médicale.
 - Développer des études sur les traitements hormonaux et non hormonaux.
- Société et travail
 - Reconnaître l'impact de la ménopause sur la carrière des femmes (absentéisme, départs anticipés).
 - Encourager les entreprises à mettre en place des mesures d'adaptation (flexibilité, sensibilisation des managers).

B) Le THM à la Française :

Le principe du « THM à la française » est de reposer sur la prescription de molécules proches des hormones naturelles, contrairement à certains pays où des progestatifs de synthèse sont plus utilisés : estradiol par voie transdermique (patch ou gel) associée chez les femmes non hysterectomisées à de la progesterone naturelle micronisée ou à son isomère, la dydrogestérone.

Les données concernant cette modalité de THM sont très rassurantes concernant :

- Le risque de thrombose veineuse : pas d'augmentation du risque, contrairement aux oestrogènes utilisés par voie orale
- Le risque d'accident vasculaire cérébral ischémique : pas d'augmentation du risque contrairement aux œstrogènes utilisés par voie orale et en l'absence de facteurs de risque préexistants
- Le risque d'infarctus du myocarde : pas d'augmentation du risque si le THM est introduit dans les 10 ans suivant le diagnostic de ménopause et en l'absence de facteurs de risque préexistants

Les causes de la chute de la natalité

Dr Joëlle Belaïsch Allart, présidente d'honneur du CNGOF

Le nombre de naissances ne cesse de diminuer en France. En 50 ans nous sommes passés de 888 000 naissances en 1973 à 663 000 en 2024. Le nombre de naissances dépend à la fois du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité [1]. La population féminine de 20 à 40 ans, âges où les femmes sont les plus fécondes, marque un palier depuis 2016. Les évolutions récentes s'expliquent donc principalement par l'évolution de la fécondité.

Nous sommes passés de 2 enfants/femme en 2014 à 1,62 en 2024, depuis la fin de la première guerre mondiale cet indicateur n'a jamais été aussi bas [2]. Nous sommes désormais en dessous du seuil de renouvellement des générations (nombre moyen d'enfant qu'une femme doit avoir pour que la population reste stable d'une génération à l'autre) qui est estimé à de 2,05 enfant par femme. Les conséquences immédiates de la chute de la natalité commencent à se faire sentir : fermeture de classes, réaménagement des maternités, suppression d'emplois, mais à plus long terme les économistes redoutent les problèmes socioéconomiques que posera une population vieillissante. Au 1er janvier 2025, en France, 21,8% des habitants ont au moins 65 ans, contre 16,3% en 2005 [2].

L'infécondité volontaire

Cette chute des naissances s'explique par une augmentation de l'infécondité volontaire, c'est-à-dire du non-désir d'enfant, et une augmentation de l'infécondité involontaire c'est-à-dire l'infertilité. Il est impossible de faire la part de chacune, faute de données scientifiques, mais il semble probable que l'infécondité volontaire soit prédominante [3].

D'après une enquête de l'IFOP de 2022, le non-désir d'enfant toucherait 13% des femmes contre seulement 2 en 2006. Ce chiffre s'élève à 23% chez les femmes de 15 à 24 ans, 17% chez les 25-34 ans, 23% chez les femmes qui se disent très écologistes et 25% chez celles qui se disent très féministes !

Dans son avis 149, qui vient d'être publié, le Comité National Consultatif d'Ethique a souligné que le non-désir d'enfant n'était pas toujours volontaire et lié à un désir d'épanouissement personnel où l'enfant n'a pas sa place, mais pouvait être subi (l'enfant empêché plus que non désiré) en raison de problèmes socioéconomiques, de la difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle, d'accéder à un emploi stable ou à un logement compatible avec la parentalité, ou encore lié à la crise géopolitique ou climatique (écoresponsabilité ou éco anxiété selon les points de vue) [3].

L'infertilité

À l'opposé, l'infécondité involontaire, c'est à dire l'infertilité, va, elle aussi, en augmentant. Le désir tardif de grossesse est désormais reconnu comme une des causes majeures d'infertilité, ce qui ne doit pas faire oublier les causes environnementales et médicales. Le désir d'enfant est de plus en plus tardif chez la femme comme chez l'homme, alors que la fertilité spontanée ou après traitement chute dramatiquement avec l'âge.

Il est trop facile de mettre en cause les études des femmes, leurs carrières, la légalisation de la contraception et de l'IVG. Car d'autres causes commencent à émerger dans les enquêtes, telle l'ignorance, voire le déni, de la chute de la fertilité avec l'âge, déni encore plus marqué chez les hommes : la glorification

excessive des grossesses tardives des célébrités (sans préciser qu'il s'agit de grossesses obtenues par don d'ovocyte) et confiance excessive dans l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

Ce recul est aussi une des conséquences inattendue de l'allongement de la durée de la vie, qui a entraîné un redéploiement du calendrier biographique des individus : plus jeunes à tous les âges, ils se marient et font des enfants plus tardivement. La période 20-30 ans où jadis les femmes et les hommes s'engagiaient, tant dans la vie privée que professionnelle, s'est ainsi reportée sur la période 30-40 ans [4].

Si on veut lutter contre la dénatalité, il faut s'attaquer aux deux types d'infécondités.

Pour l'infertilité, il faut informer (comme le propose le plan fertilité coordonné par Samir Hamamah [5]) sur la chute de la fertilité avec l'âge, sur les effets délétères de certains modes de vie sur la fertilité, mais aussi faciliter l'accès à l'AMP tout en informant sur ses limites.

Il faut être conscient qu'une augmentation d'activité en AMP aura probablement un effet réel mais limité sur la natalité. Une étude avait essayé de connaître l'impact sur la natalité d'une augmentation du nombre de naissances dues à l'AMP en comparant la situation du Danemark où, en 2002, la proportion de naissances vivantes issues de l'AMP était de 4,2% du total des naissances, au Royaume-Uni où, la même année, il était de 1,4%.

Si le nombre de cycles d'AMP au Royaume-Uni atteignait un niveau similaire à celui du Danemark (qui offre la plus grande disponibilité d'AMP en Europe) : le taux de fécondité britannique passerait de 1.64 à 1.68. Les auteurs plaident donc pour que l'AMP soit incluse dans l'éventail des politiques démographiques rentables et efficaces [6].

Le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, dans une analyse publiée en 2019, souligne que dans des situations réelles, l'accessibilité de l'AMP pourrait n'avoir qu'un petit effet correcteur sur les taux de fécondité, mais que son importance pourrait augmenter à l'avenir pour compenser le report de l'âge à la procréation, grâce à l'autoconservation ovocytaire [7].

Pour l'infécondité volontaire le problème est majeur. Certes, moins d'humains sur terre est considéré par certains écologistes comme une bonne nouvelle, mais à long terme les conséquences risquent d'être redoutables. Lutter contre le vrai non-désir d'enfant n'est probablement pas réaliste et les politiques pronatalistes semblent contre productives. Mais lutter contre « l'enfant empêché », en facilitant la conciliation vie privée / vie professionnelle, l'accès au logement, en améliorant les conditions socioéconomiques des jeunes parents et en redonnant une vraie place à l'enfant dans la société, doit être le souci des pouvoirs publics.

Il faut redonner l'envie aux femmes et aux hommes de faire des enfants et c'est un réel challenge !

1 - Belaïsch Allart J. La chute de la natalité en France. Gynéco Obstet Fertil Senol. 2025.53 :229-230.

2 - H Thelot. Bilan démographique 2024. INSEE Première 2025 ;14 :1-4.

3 - CCNE Avis 149 Baisse de la natalité et de la fertilité : des réponses différentes, des enjeux éthiques partagés.

4 - Vialle M. L'horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge. Enfances Familles Générations.2014 ;21 :1-23.

5 - Hamamah S. La lutte contre l'infertilité doit être un défi national pour la Société française. Gynecol Obstet Fertil Senol 2023 ;51 :155-6.

6 - Hoorens S, Gallo F., Cave J, Grant J. Can assisted reproductive technologies help to offset population ageing ? An assessment of the demographic and economic impact of ART in Denmark and UK: Case Report », Hum Reprod.2007; 22: 2471-2475.

7 - Sobotka T, Matysiak A, Brzozowska Z. Policy responses to low fertility : How effective are they ? Working Paper No. 1. [En ligne]. United Nations Population Fund; may 2019; 98 p. <https://www.unfpa.org/publications/policy-responses-low-fertility-how-effective-are-they>

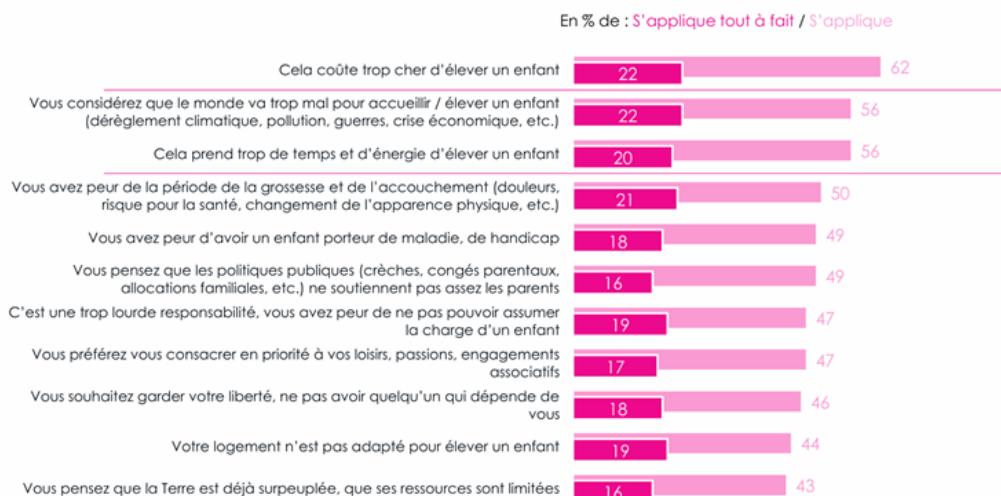
Conséquences de la chute de la natalité sur l'offre de soins

Pr Olivier Morel, secrétaire général du CNGOF pour l'obstétrique

La baisse continue de la natalité aggrave la crise majeure que traversent les maternités françaises et le sentiment d'insécurité lié aux soins grandit chez les couples.

On ne dispose pas de données épidémiologiques solides permettant d'analyser l'impact des dysfonctionnements de notre système de santé sur la baisse de la natalité. Mais beaucoup d'arguments indirects permettent tout de même d'affirmer que la sécurité des soins à l'accouchement est une préoccupation majeure. [L'enquête publiée par le Haut Conseil à la Famille dans son rapport de 2025 sur la projection des jeunes adultes dans la parentalité](#), montre que la peur de l'accouchement et la peur du handicap sont parmi les premiers freins au désir d'enfant pour 50% des jeunes de 20 à 35 ans.

Dans l'ensemble, les motivations invoquées pour ne pas devenir parent sont moins partagées que celles citées pour le devenir. Les dimensions pratiques (coût, temps et énergie), mais aussi l'angoisse face à la situation du monde, apparaissent comme les principaux arguments avancés.



Les couples français ont raison, malheureusement : les performances sont très mauvaises tant pour les mères que pour les enfants. L'augmentation de la mortalité infantile est souvent mise en avant, mais ce n'est que la partie émergée de l'iceberg : complications pendant la grossesse et stress post-traumatique sont également trop fréquents. Les situations de renoncement à d'autres grossesses après une complication lors d'un accouchement sont nombreuses (non quantifiées...).

Les difficultés majeures pour accéder à des soins de qualité s'accentuent avec l'installation d'une véritable médecine à deux vitesses sur le territoire : les jeunes médecins à diplôme français s'installent quasi exclusivement dans les grandes structures hospitalières. Et ils ont raison ! Ils refusent de travailler dans les petites maternités car la sécurité des soins ne correspond pas aux critères attendus au XXI^e siècle.

La population et les professionnels doivent faire face à un véritable problème de fake news qui lie la proximité de la maternité à la sécurité des soins et son éloignement à l'augmentation de la mortalité infantile. Or, la proximité de la maternité n'est pas un critère de sécurité des soins, c'est même le contraire. Mais il y a une désinformation entretenue sur le sujet, y compris par les directions d'hôpitaux ou les ARS, malgré le large consensus des sociétés savantes, du Sénat, de la Cour des comptes et l'accumulation de rapports d'audits régionaux en faveur du regroupement des plateaux d'accouchement au

sein de grandes structures d'au moins 1000 accouchements par an.

Beaucoup de femmes sont malheureusement exposées à cette infox sur les maternités de « proximité » et font le choix d'établissement ayant une très faible activité et où la sécurité des soins n'est pas assurée :

- les équipes ne sont pas stables (la dernière Enquête Nationale Périnatale montre ainsi que si 30% des maternités ont recours à l'intérim, 80% de celles qui pratiquent moins de 1000 accouchements y ont recours),

- les médecins ont souvent des diplômes de différents pays avec des pratiques qui peuvent être difficiles à coordonner. D'autant que la qualité de la mise à niveau des pratiques est discutable lors de l'arrivée en France.

- Ajoutons qu'ils n'y a souvent pas de garde sur place, pas d'anesthésiste dédié, pas de stocks de sang....

Le coût en ressources humaines est majeur pour la permanence des soins de chacune des plus de 450 maternités françaises (5 à 7 médecins dédiés nécessaires). Ce coût financier est aggravé par le mercenariat des intérimaires et des vacataires, auxquels les petites maternités ont massivement recours. Les missions de prévention et de suivi (indispensables en proximité) ne sont pas assurées parce que la priorité est donnée à la permanence des soins. Ces fortunes jetées par les fenêtres pour un affichage politique pourraient être dépensées utilement, y compris en termes d'emplois et de revitalisation des territoires, si elles étaient investies autrement : centres de suivi, de prévention, crèches, suivi du post-partum au domicile...

Ce que l'on constate, c'est que les taux de fuites sont majeurs. Les femmes les mieux informées vont accoucher dans des maternités où elles savent que la sécurité des soins est assurée, ce qui crée de fait une inégalité entre les populations qui ont accès à une information fiable et celles qui n'y ont pas accès. Le pire est que les élus en ont conscience mais refusent toute refonte raisonnée de l'offre de soins. On a même vu la semaine dernière un maire offrir 1000 euro pour chaque naissance dans « sa » maternité, ayant conscience des « fuites » des femmes de sa commune vers d'autres établissements...

La baisse de la natalité fragilise chaque année davantage le système : moins d'activité, cela signifie moins d'entraînement des équipes, moins d'attractivité des petites maternités pour les médecins français... et toujours plus d'insécurité.

Le modèle ne survit que grâce à deux leviers très délétères : le mercenariat qu'on fait porter essentiellement à des collègues à diplôme extra européen et le non-respect du temps de travail.

Aujourd'hui le système est tellement inadapté que 50 % des obstétriciens français ont déjà renoncé à la pratique de l'obstétrique dès 45 ans. Les rythmes et conditions de travail sont devenus inacceptables. 80 % des obstétriciens jugent leur métier peu compatible avec une vie familiale...

Quel que soit l'angle d'analyse, il y a une absolue nécessité de refondre en profondeur l'offre de soins des maternités : développer une approche territoriale raisonnée en regroupant les plateaux techniques pour limiter le coût RH de la permanence des soins et redéployer ces moyens en proximité sur d'autres missions. C'est la seule façon de sécuriser les naissances. Il faut privilégier l'accompagnement au domicile en post-natal, redimensionner les équipes pour les stabiliser, renforcer la bientraitance dans les soins, réorienter les dépenses vers l'accompagnement global à la parentalité.

Ce constat est partagé par toutes les sociétés savantes et tous nos interlocuteurs au plus haut niveau de l'Etat...

Prise en charge de l'endométriose: actualités 2025

Pr Pierre Collinet, président de la Commission endométriose du CNGOF

Depuis le lancement de la stratégie nationale endométriose, en février 2022, une filière endométriose a été mise en place dans chaque région de France par les ARS. Selon l'instruction initiale, les filières ont pour missions principales de structurer et de coordonner le parcours de soins ; informer et sensibiliser ; favoriser une prise en charge personnalisée et, enfin, contribuer à la recherche et à la prévention. Afin d'uniformiser le fonctionnement de chacune des filières un club national des filières régionales Endométriose a été créé. Il se réunira le vendredi 5 décembre à l'occasion du congrès Pari(s) santé Femmes 2025.

Concernant le test salivaire Endotest, une étude nationale Endobest a débuté en février 2025. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt du test sur le parcours de soins. L'étude porte sur 2500 patientes dans le cadre du forfait innovation, accordé par la Haute Autorité de Santé. Au décours de cette étude sera défini le positionnement du test dans le parcours de soins, ainsi que les modalités d'accès. A ce jour, plus de 100 centres endométriose sont ouverts aux inclusions en France.

Enfin, concernant les référentiels de bonnes pratiques cliniques, l'endométriose est mise à l'honneur cette année au cours du congrès Pari(s) santé Femmes. En effet, seront présentées des nouvelles recommandations CNGOF de pratiques cliniques (RPC) sur l'imagerie de l'endométriose et sur la prise en charge des douleurs associées à l'endométriose.

Autoconservation ovocytaire : difficulté d'accès et perspectives

Dr Joëlle Belaïsch Allart, présidente d'honneur du CNGOF

La loi de Bioéthique du 2 août 2025 a non seulement autorisé l'autoconservation ovocytaire mais a, de plus, instauré sa prise en charge à 100 %. Nous sommes le seul pays au monde où l'autoconservation sans raison médicale est prise en charge à 100 %, à l'exception du renouvellement annuel de la conservation, d'un montant d'environ 40 euros. Cependant, la loi a fixé des limites qui rendent son accès complexe pour les femmes. La France est ainsi le seul pays qui a fixé des limites d'âges étroites (à partir de 29 ans et avant le trente-septième anniversaire) et restreint l'autoconservation ovocytaire à certains centres d'AMP publics.

Un parcours du combattant

Malgré les annonces du président de la République dans la presse féminine, au printemps 2024, et celles de la ministre de la Santé, en 2025, les centres privés ne sont toujours pas autorisés ! Faute d'obtenir un RV dans les centres d'AMP, nombre de femmes sont voient contraintes d'aller à l'étranger dans des centres privés.

Lors du dernier comité ministériel de suivi de l'application de la loi, il a été annoncé qu'en 2024, 15 550 demandes de RV (chiffre approximatif car il est impossible de savoir combien de femmes ont tenté d'obtenir un RV). Le chiffre le plus fiable est le nombre de premières consultations, qui serait de 6510, pour seulement 5127 femmes qui ont fait une ponction.

Le délai moyen entre la prise de rendez-vous et la tentative, qui était de 10 mois en 2023, est passé à 13 mois en 2024 et 54 % des demandes enregistrées viennent d'Île-de-France. Le nombre de centres autorisés en 2021 était de 41 et, malgré 3 autorisations données par l'ARS d'Île-de-France en 2023 pour faire face à l'afflux de demandes, seuls 42 centres ont été actifs en 2024. Malgré de nouvelles autorisations données fin 2024, les délais s'allongent et obtenir un rendez-vous relève toujours du parcours du combattant !

Pourquoi tant de demandes ?

Initialement les études montraient que 80 % des candidates le faisaient faute de conjoint. Actuellement, on voit de plus de plus de femmes en couple qui souhaitent reporter l'âge de leur grossesse pour de multiples raisons : la crise économique, la peur de perdre leur emploi, l'accès difficile au logement, le manque de places en crèche... Mais aussi pour des raisons climatiques (éco-anxiété) ou parce qu'elle ne se sentent pas prêtes à être mère mais qu'elles veulent conserver leurs chances de le devenir un jour. S'ajoutent les femmes qui affirment ne pas vouloir d'enfant mais qui ne veulent pas le regretter si elles changeaient d'avis !

Une réponse face à la baisse de la natalité ?

Les naissances ne cessent de diminuer en France. En 50 ans nous sommes passés de 888 000 naissances en 1973 à 663 000 en 2024 (1). Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a souligné en

2019 que l'accessibilité de l'AMP pourrait n'avoir qu'un petit effet correcteur sur les taux de fécondité, mais que son importance pourrait augmenter à l'avenir pour compenser le report de l'âge à la procréation, grâce à l'autoconservation ovocytaire (2). L'autoconservation peut être une des solutions à la baisse de la natalité si elle permet des grossesses plus tardives. Mais il est trop tôt pour l'affirmer !

Combien de femmes reviendront chercher leurs ovocytes ? Nous avons peu de données pour répondre à cette question. En effet, les données concernant la préservation pour raison carcinologique ne sont pas utilisables pour des raisons évidentes, et nous manquons de recul concernant la conservation sans indication médicale. Les premières études faisaient état d'un taux d'utilisation des ovocytes par la femme de 5 à 6 %. Les études plus récentes, avec un recul de 10 ans, font état de chiffres de l'ordre de 40 %.

1 - H Thélot. Bilan démographique 2024. INSEE Première 2025 ;14 :1-4.

2 - Sobotka T, Matysiak A, Brzozowska Z. Policy responses to low fertility: How effective are they? Working Paper No. 1. United Nations Population Fund; May 2019; 98 p. <https://www.unfpa.org/publications/policy-responses-low-fertility-how-effective-are-they>