N° 3390

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 octobre 2026

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES
ET À L'ÉGALITÉ DES CHANCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES [1]

sur la **santé des femmes**

PRÉSENTÉ PAR
Mmes SANDRINE ROUSSEAU et PRISCA THEVENOT

Députées

(1) La composition de la Délégation figure au verso de la présente page.

La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes est composée de : Mme Véronique Riotton, *présidente* ; Mme Marie-Charlotte Garin, M. Guillaume Gouffier Valente, Mme Sarah Legrain, Mme Anne-Cécile Violland *vice-présidents* ; Mme Julie Delpech, Mme Karine Lebon, *secrétaires* ; Mme Nadège Abomangoli, Mme Marie-Noëlle Battistel, M. Guillaume Bigot, Mme Sylvie Bonnet, M. Louis Boyard, Mme Gabrielle Cathala, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Virginie Duby-Muller, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Martine Froger, Mme Sandrine Josso, Mme Fatiha Keloua Hachi, Mme Élise Leboucher, Mme Gisèle Lelouis, Mme Delphine Lingemann, Mme Christine Loir, Mme Marie-France Lorho, Mme Graziella Melchior, Mme Marie Récalde, Mme Sandra Regol, Mme Marie-Pierre Rixain, Mme Sandrine Rousseau, M. Emmanuel Taché, Mme Prisca Thevenot, Mme Céline Thiébault-Martinez.

SOMMAIRE

___

Pages

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE PARTIE 9

I. LE CANCER DU SEIN, UN FLÉAU EN PROGRESSION QUI TOUCHE DUREMENT LES FEMMES 9

A. UNE URGENCE SANITAIRE 9

1. Le cancer le plus fréquent chez les femmes dans 164 pays sur 186 9

2. Incidence du cancer du sein : la France numéro 2 mondial 11

B. REMÉDIER AUX INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DANS LA PRISE EN CHARGE 14

1. Une politique de prévention qui doit être accessible à toutes les femmes 14

2. Des inégalités de prise en charge dans le parcours de soins qui constituent une perte de chances 19

3. Des restes à charge encore trop importants 24

II. CHANGER DE PARADIGME, EN PASSANT À UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE 27

A. UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL À RENFORCER 27

1. Un diagnostic et des traitements à fort impact psychologique 27

2. Des conséquences importantes sur l'activité professionnelle qui se traduisent souvent par une diminution des ressources 30

a. Une reprise de travail à accompagner 30

b. Le statut de travailleur indépendant accentue la précarité face à la maladie 33

c. Des risques professionnels invisibilisés 34

3. Les problématiques spécifiques des femmes jeunes 36

B. DES SOINS DE SUPPORT QUI RÉPONDENT À UNE VÉRITABLE NÉCESSITÉ 37

1. Une offre institutionnelle insuffisante et peu structurée 37

2. Des initiatives associatives qui méritent d'être soutenues et développées 42
III. DES CAUSES ENVIRONNEMENTALES À INVESTIGER 43
A. LA RÉDUCTION DE L'EXPOSITION AUX PERTURBATEURS ENDOCRINIENS : UN ENJEU MAJEUR POUR LA SANTÉ HUMAINE ET L'ENVIRONNEMENT 44
1. Des perturbateurs endocriniens omniprésents 44
2. Un cadre juridique à renforcer d'urgence 47
B. LA SUREXPOSITION DES FRANÇAIS AU CADMIUM, MÉTAL LOURD CANCÉROGÈNE 48
1. Une exception française 48
2. Faire passer la santé avant les considérations économiques 50
C. RÉDUIRE IMPÉRATIVEMENT L'EXPOSITION AUX PESTICIDES 51
1. Une présence massive 51
2. Les femmes en première ligne 53
D. L'ALIMENTATION, UN LEVIER À MOBILISER POUR LUTTER CONTRE LE CANCER 54
1. Les facteurs augmentant les risques de cancer du sein 54
2. Les facteurs diminuant les risques de cancers 56
3. Renforcer l'information et lutter contre l'alimentation industrielle 57
E. DÉVELOPPER LA RECHERCHE SUR L'EXPOSOME 58
1. Un pan négligé de la recherche 58
2. Des priorités à définir et à financer 59
DEUXIÈME PARTIE 61
I. L'INFERTILITÉ, UN DÉFI DE SANTÉ PUBLIQUE ET UN ENJEU DE SOCIÉTÉ TROP LONGTEMPS PASSÉ SOUS SILENCE 61
A. UNE NETTE PROGRESSION DE L'INFERTILITÉ 61
1. Un phénomène observé au niveau mondial 61
2. La situation en France 62
3. Les conditions d'accès à l'AMP en France 64
B. DES FACTEURS MAL CONNUS DU GRAND PUBLIC ET UNE PRÉVENTION INSUFFISANTE 66
1. Le premier facteur d'infertilité est le déclin naturel de la fertilité avec l'âge 66
2. Renforcer l'information des jeunes 69
3. Hygiène de vie et facteurs environnementaux 73
II. SIMPLIFIER ET FLUIDIFIER LE PARCOURS DE SOINS 75
A. UNE EXPLOSION DES DÉLAIS D'ATTENTE DEPUIS LA LOI DE BIOÉTHIQUE DE 2021 76
1. Une prise en charge de l'AMP assurée à la fois par des centres publics et privés 76

2. Ouvrir d'urgence l'autoconservation sociétale aux centres privés pour remédier à la thrombose des centres publics 78
3. Mieux organiser la préservation de la fertilité 79
4. Assurer un meilleur suivi des parcours 79
B. UNE FORTE POUSSÉE DE LA DEMANDE D'AUTOCONSERVATION SOCIÉTALE 80
1. Une possibilité qui a déclenché un engouement immédiat 80
2. Repenser l'organisation des centres autorisés 82
C. UN NOMBRE DE DONNEURS DE GAMÈTES INSUFFISANT 85
1. Des PMA sur la base du don de plus en plus fréquentes 85
2. Un recours croissant aux importations 87
III. MIEUX ACCOMPAGNER LES PATIENTES 88
A. UN BESOIN FORT D'ACCOMPAGNEMENT ET D'INFORMATION 89
1. Un soutien psychologique indispensable 89
2. Répondre au besoin d'information et de transparence 90
B. AMÉLIORER LE TAUX DE RÉUSSITE DE L'AMP 92
1. Des résultats français peu performants 92
2. Autoriser le DPI-A pour éviter certains échecs de FIV 96

CONCLUSION 99

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS 101
I. CANCER DU SEIN 101
II. INFERTILITÉ 104

TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION 107
I. LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURES 107
II. EXAMEN DU RAPPORT EN DÉLÉGATION 110

INTRODUCTION

La santé des femmes figure au premier rang des préoccupations de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale. Après plusieurs travaux sur ce thème, dont un rapport consacré à la santé mentale des femmes à tous les âges de la vie publié en juillet 2023, la Délégation a lancé cette année une nouvelle mission d'information.

Ses rapporteures, Mmes les députées Sandrine Rousseau et Prisca Thevenot, ont choisi de concentrer leurs travaux sur deux enjeux majeurs, tant par le nombre de femmes concernées que par leurs répercussions sur les parcours de vie : le cancer du sein et l'infertilité.

Le cancer du sein : une urgence sanitaire française

Avec environ 61 214 nouveaux cas en 2023 et plus de 913 000 personnes atteintes, le cancer du sein est le plus répandu des cancers féminins en France. Il cause 12 757 décès chaque année, et une femme sur huit en développera un au cours de sa vie.

Si cette maladie touche tous les pays du monde, la France fait figure de triste exception. Au sein de l'Union européenne, où les taux d'incidence et de mortalité varient du simple au double, notre pays enregistre 103,4 cas pour 100 000 habitants en 2024, contre 93,1 au Royaume-Uni, 91,1 en Italie, 80,9 en Allemagne et 69,3 en Espagne. Selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), la France occupe désormais le deuxième rang mondial pour l'incidence du cancer du sein, devant la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg, qui la devançaient jusqu'alors. Elle se situe juste derrière l'Australie (103,5 cas pour 100 000 habitants pour l'Australie et 103,4 cas pour 100 000 habitants). Quant à la mortalité, si elle ne place pas la France en tête du classement mondial, elle reste supérieure aux moyennes mondiale et européenne : elle dépasse de 45 % celle de l'Espagne chez les 0-85 ans, et de 82 % celle de la Norvège et de la Suisse chez les moins de 49 ans.

Le constat est sans appel : malgré les efforts de dépistage, l'incidence et la mortalité n'ont pas diminué. À l'heure de l'anniversaire d'Octobre rose, il impose de repenser notre stratégie. Le dépistage ne suffit plus : l'action publique doit désormais s'attaquer aux causes de la maladie et en particulier à ses causes environnementales. Cela suppose de fonder nos politiques de santé sur les connaissances scientifiques et d'investir résolument dans la recherche.

L'infertilité : un phénomène massif et silencieux

Pas moins de 3,3 millions de Français sont directement touchés par l'infertilité, un chiffre en hausse constante selon le rapport remis au Gouvernement en février 2022 par le Pr Samir Hamamah et Salomé Berlioux. L'ampleur du phénomène se vérifie à toutes les échelles : en France, environ un couple sur huit consulte pour des difficultés à concevoir ; dans le monde, l'Organisation mondiale

de la santé (OMS) estime que 17,5 % des adultes seront confrontés à l'infertilité au cours de leur vie. Dans trois quarts des cas, l'infertilité est d'origine masculine, féminine ou mixte ; dans 10 à 25 % des cas, elle ne peut être attribuée à un défaut spécifique de l'un ou l'autre des partenaires.

La médecine permet de résoudre une partie de ces situations, et la procréation médicalement assistée a ouvert des perspectives considérables. Mais ces traitements sont lourds, leur taux de réussite diminue avec l'âge de la femme, et 10 % des couples restent infertiles après deux ans de tentatives. Comme le souligne le Pr René Frydman, la recherche sur la reproduction n'a jamais compté parmi les grands thèmes soutenus par les organismes de recherche : il est urgent de la valoriser et de lui donner la visibilité qu'elle mérite.

Deux combats, une même exigence.

Cancer du sein et infertilité constituent deux enjeux de santé publique croissants, en France comme dans le monde, qui bouleversent la vie des femmes concernées, parfois pendant de longues années. Dans ces deux domaines, l'information, la sensibilisation, la formation des professionnels de santé, la prévention, l'accompagnement et la recherche doivent être considérablement renforcés. Il est tout aussi impératif de réduire les inégalités territoriales et sociales si nous voulons enrayer la progression de ces deux fléaux, trop souvent passés sous silence.

Les femmes font certes face à des problématiques de santé propres à leur sexe : règles, grossesse, allaitement, ménopause. Mais au-delà de ces spécificités physiologiques, des études récentes montrent qu'elles subissent des pertes de chances dans leur prise en charge et leurs traitements, du fait de biais de genre.

L'égalité entre les femmes et les hommes en matière de santé et d'accès aux soins reste donc un combat à mener, et les actions qui la promeuvent et sensibilisent à ces enjeux sont plus que jamais indispensables. Pour être pleinement efficaces, la recherche biomédicale et l'organisation des soins doivent intégrer les spécificités biologiques et physiopathologiques des femmes, afin de garantir à toutes et à tous une égale qualité de prise en charge. Prendre en compte la santé des femmes, c'est réparer des décennies d'injustices scientifiques, médicales et sociétales.

Enfin, la santé environnementale et la réduction de l'exposition aux polluants chimiques doivent devenir une priorité des politiques publiques. Ces polluants sont à l'origine de nombreuses pathologies ou contribuent à leur développement, et beaucoup d'entre elles touchent les femmes, à l'image du cancer du sein et de l'infertilité.

PREMIÈRE PARTIE

I. LE CANCER DU SEIN, UN FLÉAU EN PROGRESSION QUI TOUCHE DUREMENT LES FEMMES

A. UNE URGENCE SANITAIRE

1. Le cancer le plus fréquent chez les femmes dans 164 pays sur 186

Le cancer du sein se signale aujourd'hui comme l'un des principaux enjeux de santé publique mondiale. En 2024, les cancers les plus courants (en fonction du nombre de nouveaux cas) étaient les suivants : le cancer du poumon (2,6 millions de cas) suivi du cancer du sein (2,4 millions de cas) [(1)]. **Les cancers du sein représentent dorénavant 11,6 % de toutes les tumeurs déclarées chez les hommes et les femmes. En termes de mortalité, le cancer du sein occupe la 5e place dans le monde**.

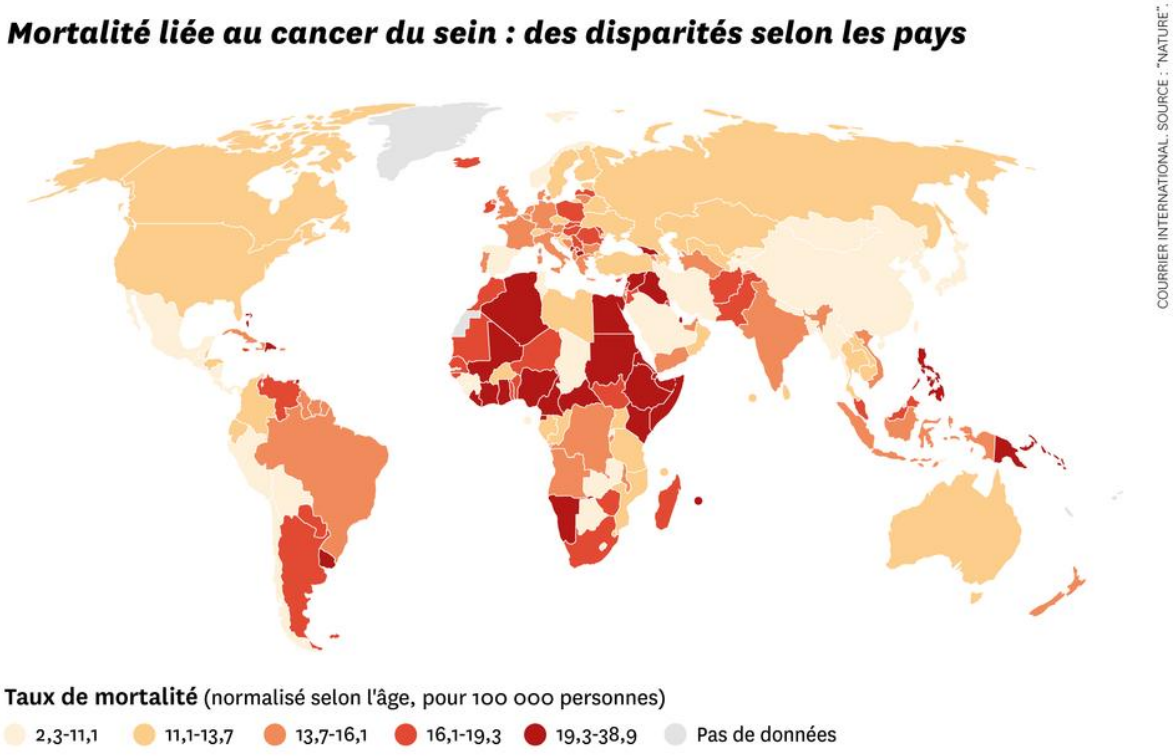
Selon l'OMS, en 2024, on estimait à 2,4 millions le nombre de femmes chez qui un cancer du sein a été diagnostiqué et à 694 000 le nombre de décès dû à cette maladie dans le monde. Présent dans tous les pays, le cancer du sein touche les femmes de tous âges à partir de la puberté, mais son incidence augmente avec l'âge.

Les taux d'incidence sont plus élevés en Australie et en Nouvelle-Zélande (100,3 pour 100 000 personnes), suivis de l'Amérique du Nord et de l'Europe du Nord, tandis qu'ils sont plus bas en Asie centrale-sud (26,7 pour 100 000 personnes), en Afrique centrale et en Afrique de l'Est. Malgré le nombre élevé de nouveaux cas dans les pays les plus développés, la présence de systèmes de santé robustes qui garantissent l'accès à un diagnostic en temps opportun et à des traitements de haute qualité signifie que le pronostic est généralement favorable, avec une survie à 5 ans qui peut dépasser 90 %.

Les estimations mondiales révèlent des inégalités frappantes dans la charge du cancer du sein en fonction du développement humain. Par exemple, dans les pays où l'indice de développement humain (IDH) est très élevé, le cancer du sein est diagnostiqué chez 1 femme sur 12 et 1 femme sur 71 en meurt. En revanche, dans les pays où l'IDH est faible, le cancer du sein est diagnostiqué chez à peine 1 femme sur 27 et 1 femme sur 48 en meurt. *« La probabilité de recevoir un diagnostic de cancer du sein est inférieure de 50 % chez les femmes des pays aux IDH les plus faibles, par rapport à celles des pays aux IDH les plus élevés. Pourtant, elles risquent bien davantage de décéder de la maladie en raison d'un diagnostic tardif ou d'un accès insuffisant à un traitement de qualité »*, explique la Dre Isabelle Soerjomataram, Cheffe adjointe de la Branche Surveillance du cancer du Centre

(1) https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer

international de Recherche sur le Cancer (CIRC). Dans plusieurs pays sous-développés et en voie de développement, le fardeau des cancers du sein est deux fois plus grand que dans les pays riches, et ce, à cause du manque d'éducation adéquate, de financement, de dépistage et des services disponibles à la population. Dans ces régions, le manque de ressources et d'éducation fait diminuer le taux de survie du cancer du sein.



Dans les pays à revenu élevé, le taux de mortalité par cancer du sein standardisé selon l'âge a chuté de 40 % entre les années 1980 et 2020. Les pays qui sont parvenus à réduire la mortalité due au cancer du sein ont obtenu une baisse comprise entre 2 % et 4 % par an.

En 2021, l'Organisation mondiale de la Santé a créé l'Initiative mondiale contre le cancer du sein afin de rassembler des parties prenantes du monde entier et de tous les secteurs dans le but commun de réduire la mortalité mondiale due au cancer du sein de 2,5 % par an, ce qui permettrait d'éviter 2,5 millions de décès par cancer du sein dans le monde d'ici 2040. Atteindre cet objectif permettrait de réduire de 25 % les décès de femmes de moins de 70 ans d'ici 2030, et de 40 % d'ici 2040. Pour y parvenir, l'OMS a établi trois piliers fondamentaux : la promotion de la santé pour une détection précoce ; le diagnostic en temps utile ; et une prise en charge complète du cancer du sein.

Il y a urgence à agir. En effet, selon une étude publiée dans la revue *Nature Medicine* le 24 février 2025 et relayée par l'OMS, les nouveaux cas de cancer du sein et les décès liés à cette maladie augmenteront respectivement de 38 % et de 68 % d'ici à 2050. Si les tendances actuelles restent stables, on estime qu'en 2050,

il y aura 3,2 millions de nouveaux cas de cancer du sein (un million de plus qu'aujourd'hui) et 1,1 million de décès connexes.

2. Incidence du cancer du sein : la France numéro 2 mondial

Le rapport du CIRC révèle aussi, qu'en termes de pays, la France est désormais le deuxième pays (juste derrière l'Australie) où le taux d'incidence est le plus fort, dépassant notamment d'autres pays européens dont le niveau et le mode de vie apparaissent sensiblement équivalents à celui de la France, comme l'Espagne et l'Allemagne. Cette situation interpelle, sans que pour autant les raisons de ce décalage avec des pays voisins n'aient été réellement investiguées. Or, pour lutter contre un phénomène, il apparaît indispensable d'en explorer les causes et de mener des programmes de recherche pour le comprendre. Les facteurs environnementaux apparaissent de plus en plus comme des déterminants essentiels dans l'apparition et le développement des cancers du sein. Il ne s'agit donc pas d'une fatalité et il est urgent d'identifier les spécificités françaises expliquant ce score particulièrement désastreux de la France.

Le cancer du sein en chiffres [(1)]

- **Incidence (2023) : 61 214 nouveaux cas en France métropolitaine**
- Évolution du taux d'incidence standardisé monde (2019-2023) : + 0,2 % par an en moyenne
- Âge médian au diagnostic (2023) : 64 ans
- **Mortalité (2023) : 12 765 décès**
- Évolution du taux de mortalité standardisé monde (2019-2023) : - 1,5 % par an en moyenne
- Âge médian au décès (2018) : 74 ans
- **Prévalence (2017) : 913 089 personnes**
- Survie nette standardisée à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015 : 88 % (stable)

Ces résultats préoccupants sont d'autant plus surprenants que le système de santé français est un de ceux qui assure la meilleure prise en charge financière des patientes, au travers du dispositif d'affection de longue durée (ALD) qui permet aux patientes atteintes de maladies chroniques de ne pas avoir à payer le ticket

(1) https://en-www.cancer.fr/professionnels-de-sante/statistiques-et-chiffres-sur-les-cancers/epidemiologie-des-cancers/cancer-du-sein

modérateur, lequel représente la principale dépense restant à leur charge. En prenant en charge à 100 % les actes et traitements directement liés à leur maladie, sans avoir recours aux complémentaires, ce dispositif a pour objectif de garantir un accès aux soins et de réduire les dépenses personnelles des patientes concernées.

Comment donc expliquer ce triste record français ? Les spécialistes ne cachent pas leur désarroi. « *Personne ne sait comment l'expliquer, c'est bien là le problème* » résume le Dr Jérôme Barrière, membre du conseil scientifique de la société française du cancer (SFC). La piste tentante et rassurante serait d'invoquer le dépistage, qui explique notamment pourquoi, même en prenant en compte la structure par âge de la population, le taux d'incidence du cancer du sein est plus élevé dans les pays les plus développés.

Mais elle n'est pas satisfaisante : en France, seulement 46 % des femmes âgées de 50 à 74 ans participent au dépistage national du cancer du sein, soit moins que la moyenne européenne de 54 % et beaucoup moins que certains de nos voisins européens (Suède, Finlande, Portugal, …) où ce taux dépasse les 80 %. De plus, **la France a également le taux d'incidence le plus élevé chez les femmes de moins de 50 ans** (50 cas pour 100 000 habitantes) **qui ne sont pourtant pas visées par le dépistage systématique**.

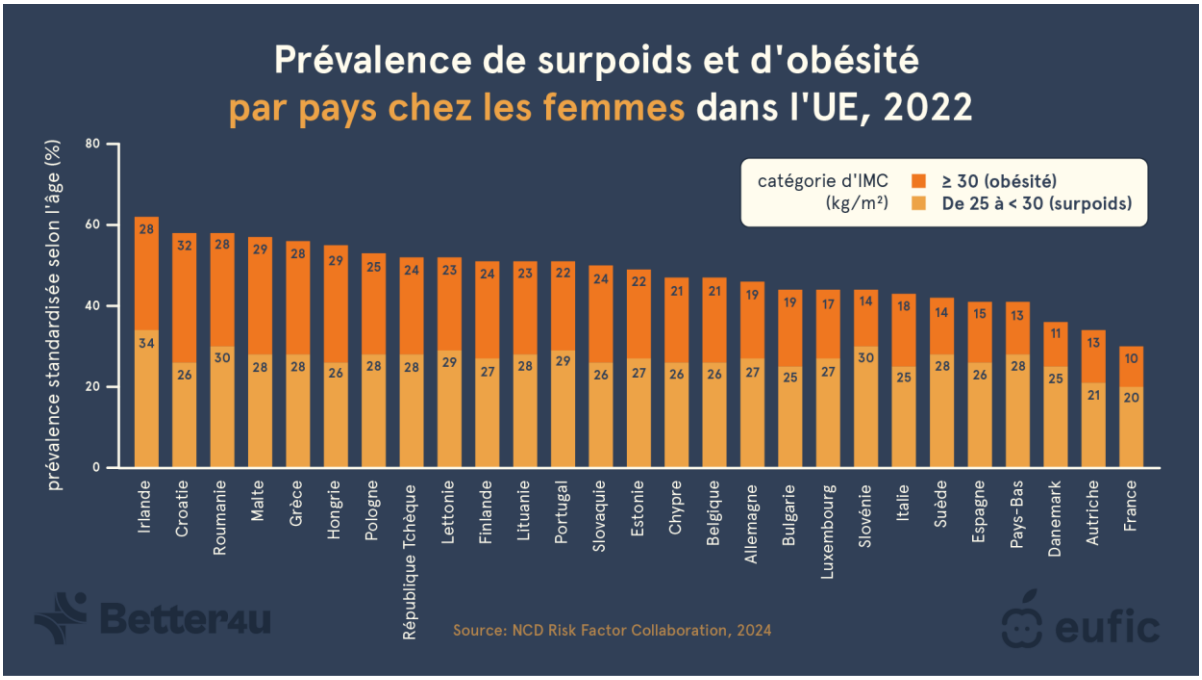
Le Dr Emmanuel Ricard, porte-parole de la Ligue contre le cancer indique que « *Pour le moment, nous ne sommes pas en mesure d'expliquer cet état de fait. Des études sont en cours. Nous pouvons tout de même émettre quelques hypothèses : les femmes françaises boivent et fument plus que les générations précédentes. Jusqu'à récemment, le taux de tabagisme était supérieur à celui des autres pays européens.*

Autre explication : l'épidémie d'obésité et la diminution de l'activité physique par rapport à d'autres pays. ***La question des facteurs environnementaux se pose aussi. La courbe des cancers du sein et celle de l'exposition aux perturbateurs endocriniens semblent se suivre****. Le recours aux traitements hormonaux de la ménopause est aussi à l'étude…* ».

Sur certains facteurs de risque, la France est effectivement un mauvais élève par rapport à ses voisins européens. Il n'est qu'à voir le rang élevé de la France en matière de recours aux pesticides ou sa consommation importante de produits cosmétiques contenant des perturbateurs endocriniens en quantité, sans que l'on puisse affirmer que cela explique entièrement notre triste deuxième place s'agissant du taux d'incidence du cancer du sein. La France se classe ainsi à la 4^{e} place des pays de l'OCDE en termes de consommation annuelle d'alcool par adulte, tandis que jusqu'à récemment 27 % des femmes adultes fumaient quotidiennement, ce qui nous plaçait dans le top 5 des pays européens où les femmes fument le plus. Toutefois, depuis le lancement du premier Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) en 2014, le nombre de fumeurs quotidiens de 18 à 75 ans a diminué de 4 millions en France.

Les niveaux de consommation d'alcool et de tabac n'expliquent pas à eux seuls la singularité française, des pays comme l'Allemagne ou l'Espagne ayant notamment une consommation d'alcool par an similaire à celle de la France. Selon les statistiques de l'OMS, la consommation moyenne par an et par habitant (de plus de 15 ans) s'élevait à **11,2 litres d'alcool pur en France** et 8,7 litres en Belgique et aux Pays-Bas en 2022. Pour les autres pays d'Europe, **on compte 11 litres en Espagne, 11,2 en Allemagne**. Quant au tabac, les plus gros fumeurs se trouvent à l'est de l'Europe, avec 37 % en Bulgarie, 36 % en Grèce, 35 % en Croatie et 34 % en Roumanie. Les hommes consomment plus de produits tabagiques que les femmes. **En France, en 2024**, 26,8 % des hommes et **21,5 % des femmes âgées de 18-79 ans déclarent fumer**.

Quant au surpoids, identifié également comme facteur de risque, près de 53 % de la population adulte (âgée de 18 ans et plus) de l'Union européenne (UE) était classée comme en surpoids en 2019, la proportion d'hommes en surpoids étant systématiquement plus élevée que celle des femmes. Une tendance a également été observée en termes de niveau d'études : à mesure que le niveau d'études des femmes augmentait, la proportion considérée comme en surpoids diminuait. C'était le cas dans tous les États membres de l'UE. Or, **c'est la France qui compte le moins de femmes en surpoids de tous les pays de l'Union européenne**, comme il apparaît clairement sur le tableau ci-dessous.



Les principaux facteurs de risques identifiés des cancers du sein que sont l'alcool, le tabac et le surpoids ne permettent pas d'expliquer la prévalence accrue du cancer du sein en France par rapport aux autres pays européens. L'explication est donc à chercher ailleurs et pour le moment on ne la cherche guère, alors qu'il s'agit là d'un enjeu majeur de santé publique.

En revanche, ce qui est très insuffisamment exploré, c'est l'exposome. Si les recherches épidémiologiques et toxicologiques se sont d'abord cantonnées à étudier

l'effet d'un seul contaminant, l'exposomique cherche à dépasser cette approche par une vision plus holistique des expositions. Il apparaît donc indispensable de mener un programme de recherche coordonné, y compris au niveau européen, pour identifier les différences d'exposition suivant les pays qui permettraient de cerner les causes de la prévalence supérieure du cancer du sein en France par rapport aux autres pays, notamment européens. Les chercheurs plaident aujourd'hui pour des financements à la hauteur de l'enjeu. « *Les financements pour l'exposome sont loin de ceux accordés à l'époque au projet de séquençage du génome humain* », rappelle Robert Barouki, médecin biochimiste et biologiste moléculaire, directeur de l'Institut thématique de santé publique de l'Inserm qui invite à de réels programmes interdisciplinaires.

Recommandation n° 1 : Financer un vaste programme de recherche à caractère pluridisciplinaire, afin d'identifier les causes de la prévalence supérieure du cancer du sein en France, par rapport aux autres pays européens, en mettant l'accent sur les facteurs environnementaux, à commencer par les perturbateurs endocriniens et les pesticides.

B. REMÉDIER AUX INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DANS LA PRISE EN CHARGE

Inégalités des parcours de prise en charge du fait de la situation sociale, territoriale, pertes de chance liées au non-respect des standards de bonne pratique, inégalités d'information, les inégalités face au cancer du sein sont diverses et complexes. S'attaquer aux inégalités territoriales, sociales, culturelles de santé, est donc un enjeu majeur. Il s'agit d'assurer plus d'équité, mais aussi plus d'efficacité aux mesures de lutte contre le cancer du sein. À chaque étape du parcours de santé de la prévention à l'après-cancer, il est essentiel de documenter et d'analyser les facteurs d'inégalités et d'étudier les actions susceptibles de les réduire.

1. Une politique de prévention qui doit être accessible à toutes les femmes

Les politiques de prévention peuvent avoir un rôle majeur de correction des inégalités. Mais, parce qu'elles n'atteignent pas toutes les populations avec la même efficacité, elles sont aussi susceptibles de les accroître si on ne leur accorde pas une particulière vigilance.

Outre l'information et la sensibilisation aux facteurs de risque du cancer du sein, le dépistage organisé représente le levier principal en matière de prévention. Or, la France présente des résultats mitigés dans ce domaine, aussi bien en termes de participation que de capacité à toucher les publics les plus vulnérables.

La finalité du dépistage des cancers du sein est la réduction de la mortalité spécifique par ces cancers. En effet, le dépistage par mammographie permet de détecter, avant tout symptôme, 90 % des cancers du sein. La répétition de l'examen tous les 2 ans améliore encore cette capacité de détection précoce. Les programmes de dépistage organisé par mammographie, recommandés

par l'Union européenne pour les femmes de 50 à 69 ans, ont prouvé leur efficacité en réduisant la mortalité, également grâce aux progrès thérapeutiques constants. L'impact sur le pronostic est désormais quantifié. Les cancers diagnostiqués à un stade précoce (I et IIa) sont nettement plus fréquents chez les femmes dépistées (81 % contre 61 %), et la survie à cinq ans est significativement plus élevée (97 % contre 77 % en l'absence de dépistage). Le dépistage s'accompagne d'une désescalade thérapeutique - moins de mastectomies, de curages ganglionnaires et de chimiothérapies et, par conséquent, d'une baisse des coûts de prise en charge [(1)].

La comparaison avec les autres pays européens ne plaide pas particulièrement en faveur de la France, même si la mise en œuvre varie fortement entre pays, avec des taux de participation divers. En 2021, les pays nordiques montraient l'exemple avec le Danemark (83,0 %), la Finlande (82,2 %) et la Suède (80,0 %). Malte (77,8 %) et la Slovénie (77,2 %) suivaient de près. Les pays avec les taux de participation les plus faibles étaient la Bulgarie (20,6 %), Chypre (24,6 %) et la Slovaquie (25,5 %). **En France**, malgré l'instauration d'un programme national de dépistage organisé des cancers en 2004, **la participation s'élevait à 46 % en 2023 (en baisse de 6 % depuis 2011), bien en deçà de l'objectif de 70 % fixé par l'Organisation mondiale de la santé et l'Union européenne.** La Suède apparaît comme un pionnier en matière d'efficacité, grâce à un système centralisé géré par les régions, intégrant un rappel automatique et une éducation publique intensive.

En France, le dépistage du cancer du sein est marqué à la fois par un gradient social et par une substitution croissante, chez les personnes à haut revenus, du dépistage organisé par le dépistage individuel. Ainsi, chez les personnes âgées de 50 à 74 ans **le recours au dépistage du cancer du sein des femmes les plus aisées est 1,6 fois plus élevé que pour celles les plus modestes**. Parallèlement, le taux de recours au dépistage individuel des femmes de 50 à 74 ans croît avec le niveau de vie, passant de 9 % pour les plus modestes à 21 % pour les plus aisées [(2)]. Pour ces femmes, l'examen principal permettant un dépistage du cancer du sein est le même que pour le dépistage organisé, à savoir la mammographie bilatérale (sans deuxième lecture et sans remboursement à 100 %). L'échographie mammaire, et dans une moindre mesure l'IRM, peuvent constituer des examens complémentaires.

(1) https://www.imageriedelafemme.org/wp-content/uploads/2026/09/Livre-blanc-depistage-cancer-du-sein-SIFEM-CNP-radiologie.pdf

(2) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/260219-depistage-cancer-in%C3%A9galit%C3%A9s-sociales

Tableau 2 Taux de recours aux dépistages organisé ou individuel du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans éligibles, selon le niveau de vie

En %

Dixième de niveau de vie	Dépistage organisé	Dépistage individuel	Dépistage organisé ou individuel
D1	33,1	9,5	41,6
D2	38,5	8,8	46,1
D3	43,6	8,8	51,1
D4	46,9	9,3	54,8
D5	50,0	9,7	58,2
D6	51,9	10,4	60,7
D7	53,1	11,2	62,7
D8	53,5	12,7	64,5
D9	53,3	14,9	66,3
D10	48,1	20,9	66,9
Tous niveaux de vie confondus	**48,1**	**12,1**	**58,6**

(1)

On constate également de fortes disparités géographiques : dans les territoires très urbanisés (notamment Paris et Lyon), la probabilité relative de participer au dépistage organisé est la plus faible, tandis que celle de recourir au dépistage individuel est la plus importante, avec des dépassements d'honoraires associés. Les territoires de vie autour des villes moyennes rassemblent les personnes qui, par rapport aux territoires de vie très urbanisés, participent le moins au dépistage individuel et le plus au dépistage organisé.

Une des raisons pour lesquelles les délais d'attente sont aussi longs est que les centres d'imagerie ne participent pas tous au dépistage organisé ou y consacrent peu de créneaux, préférant privilégier le dépistage individuel, plus rémunérateur, du fait des dépassements d'honoraires autorisés et des éventuels examens associés, comme l'échographie. Il est donc indispensable que tous les centres d'imagerie prennent leur part du dépistage organisé, afin d'en répartir la charge.

(1) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1367_D%C3%A9pistage_cancer_0.pdf

Recommandation n° 2 : Rendre obligatoire, dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, la participation au dépistage organisé pour les centres d'imagerie souhaitant pratiquer l'imagerie sénologique - mammographique et échographique - de diagnostic et de dépistage.

Alors que c'est le mois d'*Octobre rose*, campagne annuelle de sensibilisation au dépistage du cancer du sein, dans de nombreuses régions, cela reste trop compliqué d'obtenir un simple rendez-vous. Les barrières d'accès se cumulent : distance en zone rurale, délais de rendez-vous, standards téléphoniques saturés. **Faute de créneaux suffisants, beaucoup de femmes abandonnent le dépistage ou le font dans le cadre du dépistage individuel où les dépassements d'honoraires sont fréquents, ce qui accroît les inégalités sociales**. Plusieurs départements ou régions ont également mis en place des « mammobiles ». Ces bus aménagés permettent d'aller à la rencontre des femmes, pour leur proposer de prendre rendez-vous pour une mammographie et de la réaliser sur place. "*De plus en plus d'ARS sont intéressés par ce type d'initiatives, avec des bus équipés de mammographes, qui assurent un dépistage complet avec double lecture et palpation des seins"* indique Emmanuel Ricard, porte-parole de la Ligue contre le cancer. Malgré les difficultés d'organisation liées au manque de disponibilité des radiologues en France, la stratégie avec unités mobiles de dépistage (mammobiles) permet d'augmenter la participation dans les territoires éloignés des cabinets de radiologie et de réduire significativement les inégalités sociales et territoriales.

Dans les territoires ultramarins, la situation est contrastée, avec des territoires bien en dessous de la moyenne nationale, déjà loin de l'objectif optimal. La Guadeloupe et la Martinique affichent des taux relativement proches de la moyenne nationale, avec respectivement 43,5 % et 42,2 % de participation en 2024. Des résultats encourageants, mais encore insuffisants. À l'inverse, la situation se dégrade à La Réunion, où le taux chute à 38,2 %, et devient critique en Guyane, avec seulement 14,2 % des femmes concernées dépistées. Plusieurs facteurs expliquent ces écarts. La précarité, les déserts médicaux et les difficultés d'accès aux équipements de mammographie freinent le recours au dépistage. En Guyane, l'éloignement géographique et les barrières linguistiques compliquent encore davantage la prévention.

Adopter une approche inclusive, à l'image du Royaume-Uni et des Pays-Bas, pourrait réduire les disparités en ciblant les zones rurales et les publics vulnérables via des partenariats avec les associations. En effet, une part non négligeable de femmes se trouve, pour des raisons diverses mais dont le dénominateur commun est la vulnérabilité, en dehors du champ du dépistage organisé, ce qui constitue une perte de chances. Il s'agit des femmes qui échappent aux campagnes de communication : femmes en situation de handicap, femmes sans domicile fixe, femmes en situation irrégulière, femmes ne maîtrisant pas le français. En outre, les femmes en situation d'enfermement (femmes incarcérées, femmes handicapées en Établissements d'Accueil Médicalisé (EAM), femmes internées en psychiatrie, …) n'ont pas la possibilité matérielle de participer au dépistage organisé. Pour tous ces publics, une politique d'*aller vers* est indispensable et les

mammobiles, en coordination avec les institutions et les associations qui s'occupent de ces femmes, devraient se rendre systématiquement sur les lieux où elles se trouvent pour leur proposer le dépistage. Le mammobile apparaît comme un outil ciblé pertinent pour les zones sous-denses et les femmes éloignées du soin. En allant au-devant de celles-ci, il s'attaque à un déterminant concret de la non-participation : l'offre et l'accessibilité.

Recommandation n° 3 : En lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS) développer le parc des unités mobiles de dépistage (mammobiles), afin de parvenir à un maillage de l'ensemble du territoire, y compris les territoires ultramarins et pratiquer une politique d'*aller vers* pour les publics les plus vulnérables, en partenariat avec les associations, en amenant la mammographie, grâce aux mammobiles, sur les lieux où se trouvent ces femmes.

Les personnes en situation de handicap ont les mêmes droits aux programmes de prévention et de dépistage que l'ensemble de la population. Pourtant, des obstacles matériels, administratifs ou liés à l'accessibilité les privent souvent de ces soins essentiels. Les personnes en situation de handicap rapportent régulièrement les obstacles suivants : refus de donner un rendez-vous, locaux inaccessibles, délai d'attente trop long sans possibilité de s'asseoir, personnel ne sachant pas adapter l'examen, matériel inadapté (fauteuil roulant ne rentrant pas dans le cabinet, hauteur non réglable), crainte du praticien face au handicap, coût des adaptations.

Recommandation n° 4 : Afin de permettre l'accès à la mammographie des femmes en situation de handicap, rendre accessibles et adaptés les lieux d'accueil et de soins, prévoyant un accompagnant de confiance et du matériel adapté, comme des tables réglables en hauteur et inclinables.

Parmi les publics difficiles à informer, figurent les femmes ne maîtrisant pas ou peu le français. Pour ces femmes, souvent en situation de précarité, il est important d'élaborer des supports leur donnant accès à l'information et permettant de les guider vers le dépistage.

Recommandation n° 5 : Élaborer et diffuser auprès des soignants de proximité (médecins généralistes, infirmières, sages femmes, …) Élaborer et diffuser auprès des soignants de proximité (médecins généralistes, infirmières, sages femmes, …) et des associations, des dépliants en langues étrangères et en FALC sur les étapes clés du dépistage du cancer du sein. Garantir un interprétariat en consultation.

Par ailleurs, il convient de souligner que le dépistage organisé du cancer du sein ne s'adresse en France qu'aux femmes à partir de 50 ans. Or, de plus en plus de femmes jeunes sont touchées par cette pathologie. Chez les femmes jeunes, les cancers du sein sont beaucoup plus agressifs et se développent rapidement. Ils sont plus difficiles à soigner d'où l'importance capitale d'un diagnostic précoce. L'autopalpation est donc un geste de surveillance indispensable et les femmes devraient se rendre chez leur médecin régulièrement afin de réaliser un examen

clinique comprenant une palpation. **Un examen clinique des seins est conseillé une fois par an à partir de 25 ans.** Encore faut-il que les femmes soient informées de l'importance de ce geste de contrôle et qu'elles sachent comment le pratiquer, de même qu'il est nécessaire qu'elles soient vigilantes à tout changement de leurs seins et qu'elles soient en capacité de repérer d'éventuelles anomalies. Il s'agit de repérer des signes comme : un nodule (boule), une rétraction de la peau, un écoulement anormal du mamelon, un changement de coloration, un aspect de peau d'orange.

Dès 20-25 ans, les jeunes femmes peuvent commencer à pratiquer l'autopalpation. L'objectif est d'apprendre à connaître la forme de ses seins et à identifier les variations normales liées au cycle menstruel. Chez des femmes de moins de 35 ans et à bas risque, l'autopalpation mammaire associée à l'examen sénologique se révèle particulièrement adaptée. Pourtant, les connaissances concernant cette pratique s'avèrent insuffisantes dans cette population à laquelle proposer une formation semble nécessaire.

Recommandation n° 6 : Prévoir des campagnes de sensibilisation annuelles à l'autopalpation des seins, y compris dans les établissements scolaires et d'enseignement supérieur, avec diffusion de vidéos de démonstration sur les réseaux sociaux et proposer des ateliers gratuits d'apprentissage à l'autopalpation animés par des professionnels de santé.

Recommandation n° 7 : Former l'ensemble des professionnels de santé en contact avec des femmes (médecins généralistes, gynécologues, sages femmes, infirmières) à la technique d'autopalpation, en ayant recours à des outils pédagogiques tels que les kits de communication et les bustes d'autopalpation. Les inviter à informer systématiquement leurs patientes à ce sujet lors des consultations.

2. Des inégalités de prise en charge dans le parcours de soins qui constituent une perte de chances

Des efforts restent à fournir, notamment pour améliorer l'accès en soins. En moyenne, il s'écoule ainsi douze semaines entre le diagnostic du cancer du sein et la première séance de radiothérapie (sans chimiothérapie post-opératoire), soit le double du maximum fixé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Plus inquiétant, ce délai moyen s'est allongé de deux semaines depuis 2019 selon la Ligue contre le cancer. En cause, l'augmentation du nombre de cancers dans la population et le manque d'effectifs dans les services d'oncologie. Or, **sur le plan médical, la rapidité d'intervention a des implications potentielles en termes de pronostic et constitue donc une dimension majeure**.

Tout au long du parcours de soins en cancérologie, il existe un lien fort entre la fréquence de prise en charge d'une pathologie au sein d'un établissement et la

qualité, la sécurité, la morbi-mortalité (1) et la survie à long terme pour le patient. Cette prise en charge nécessite une mise en œuvre de difficulté variable (technicité, coûts, ressources humaines, …) expliquant l'émergence de centres d'excellence et l'impossibilité d'une diffusion territoriale large de proximité pour toutes les situations rencontrées.

Trois plans de lutte contre le cancer menés depuis 2003 en France ont permis de développer la notion opérationnelle de parcours de soins, dans l'objectif de renforcer l'équité d'accès à des soins de qualité partout sur le territoire national. La fréquence des cancers en France a doublé depuis trente ans. Malgré une organisation très structurée, il existe des difficultés et des inégalités territoriales de prise en charge tout au long du parcours de soins.

Au nombre de 20, les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) sont des établissements de santé privés à but non lucratif, exclusivement dédiés aux soins, à la recherche et à l'enseignement en cancérologie. Ils participent au service public hospitalier et assurent une prise en charge du patient en conformité avec les tarifs conventionnels, sans aucun dépassement d'honoraires. Le regroupement de moyens, de plateaux techniques et de personnel hautement qualifié dans chaque centre rend possible la prise en charge du traitement du cancer dans sa globalité. Les Centres de lutte contre le cancer prennent en charge chaque année plus de 110 000 patients. Leur présence est particulièrement significative dans le cancer du sein (30 % des patientes). Les CLCC ne sont toutefois pas les seuls lieux de prise en charge et de traitement des cancers.

Les hôpitaux publics (CHU et CH) jouent également un rôle essentiel en la matière, et assurent l'accueil et le traitement de la majorité des patients concernés. Les CHU et les CLCC sont des entités localisées essentiellement dans les grandes villes et métropoles et contribuent autour d'elles à une couverture essentiellement régionale en étoile. Au sein des régions, il apparaît que l'hétérogénéité de l'offre de soins entraîne des déplacements variables des patients en fonction de leur lieu d'habitation. En France métropolitaine, au 1er janvier 2022, 864 établissements de santé et centres de radiothérapie de statut libéral étaient autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer par les Agences Régionales de Santé (ARS), dont les CLCC. Parmi l'ensemble de ces sites, 434 détiennent une autorisation de chirurgie du cancer du sein.

La chirurgie est le traitement de référence de la plupart des cancers du sein et a pour objectif d'enlever les tissus touchés par les cellules cancéreuses. Elle est le plus souvent réalisée en premier, avant les autres traitements, mais peut aussi être précédée d'un traitement « néoadjuvant » (une chimiothérapie ou une hormonothérapie) destiné à réduire la taille de la tumeur avant l'opération pour en

(1) La morbi-mortalité est le cumul de la morbidité et de la mortalité pour une pathologie donnée, c'est-à-dire l'état d'une personne qui est malade ou le nombre de personnes qui sont malades dans une population donnée et pendant une période donnée, et la mort éventuelle de cette personne ou le nombre de personnes qui sont décédées dans la population considérée et pendant la période de référence, pour la maladie considérée. La morbi-mortalité représente le(s) facteur(s) de risque pour une pathologie.

améliorer l'efficacité. Avant l'opération, une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) réunit les oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes et radiologues pour définir la meilleure stratégie chirurgicale. Il est clairement démontré dans la littérature scientifique que, pour tous les types de cancers, **la qualité de la chirurgie oncologique a une incidence sur la survie, le risque de complications sévères, les séquelles et la qualité de vie des patientes.**

Il existe une corrélation étroite entre le volume d'activité des services hospitaliers et les résultats postopératoires immédiats (durée d'hospitalisation, complications et réadmissions). **Dans le cas de la chirurgie des cancers du sein, la qualité et la sécurité des soins est associée**, parmi d'autres facteurs, **au volume de chirurgies effectuées chaque année**. Il apparait que la réalisation fréquente d'opérations de chirurgie par des équipes composées de praticiens expérimentés est associée à de moindres séquelles, des taux de complications et de récidives plus bas et une survie plus importante. La complexité de la chirurgie cancérologique ne peut être appréhendée de manière optimale que par une pratique quotidienne, dédiée et transdisciplinaire. Cet ensemble ne peut réaliser sa mission pleinement qu'au sein de structures de soins offrant des plateaux techniques performants et modernes. Alors que les données scientifiques établissent un lien entre volume d'activité élevé et amélioration de la survie pour les femmes, la réglementation française a récemment relevé de 30 à 70 le nombre minimal annuel de séjours de chirurgie du cancer du sein permettant d'autoriser l'activité d'un établissement, loin de la recommandation européenne suggérant un seuil à 150.

Au niveau européen, les seuils d'activité minimale autorisant la chirurgie des cancers du sein sont situés entre 100 et 150 nouveaux cas par centre de prise en charge selon les pays. Ils sont associés à un seuil minimal de 50 chirurgies par an spécifiquement par chirurgien. Pour les chirurgies du sein les plus complexes, l'Allemagne et l'Angleterre demandent un nombre d'interventions par chirurgien de respectivement 150 et 100. Les hôpitaux à faible volume présentent :

- un risque de morbidité postopératoire significativement accru (OR 1,73 pour la chirurgie conservatrice ; OR 1,44 pour la mastectomie) ;
- une mortalité hospitalière multipliée par 3 après chirurgie conservatrice ;
- une moindre réalisation des actes de qualité (technique du ganglion sentinelle, chirurgie conservatrice) ;
- un effet synergique défavorable : un chirurgien à faible volume opérant dans un hôpital à faible volume cumule les risques.

Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de janvier 2026 sur la prévention et la prise en charge du cancer du sein, aussi longtemps que les seuils minimaux d'activité ne correspondent pas à ceux reconnus comme souhaitables sur le plan médical et scientifique, ils traduisent un arbitrage en faveur de temps de trajet réduits plutôt que de moindres risques et dommages pour les femmes. Certes, l'augmentation des seuils minimaux d'activité chirurgicale dans la

prise en charge du cancer du sein est susceptible d'entraîner une hausse des temps de trajet pour les patientes. Cependant, cette augmentation serait probablement modérée. D'après les analyses réalisées par la Cour des comptes, en moyenne, en 2024, les femmes de 45 à 74 ans résident à 18 minutes de route d'un établissement autorisé à pratiquer la chirurgie du cancer du sein, tous niveaux d'activité confondus. Cette durée s'élève à 27 minutes lorsque seuls les établissements ayant réalisé au moins 150 séjours sont pris en compte. Par ailleurs, seules 10 % des femmes sont à plus de 58 minutes de route d'un établissement ayant réalisé au moins 150 séjours de chirurgie du cancer du sein en 2023 (1).

Recommandation n° 8 : Relever le seuil d'autorisation des établissements de santé pour avoir une activité de chirurgie du cancer du sein à 150 interventions chirurgicales par an, en s'alignant sur les recommandations européennes, comme le préconise la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) dans son rapport charges et produits pour 2019.

La prise en charge du cancer du sein a profondément changé ces 20 dernières années. L'amélioration du diagnostic préopératoire grâce au dépistage et l'apport des nouvelles modalités d'imagerie (IRM, tomosynthèse, angiomammographie, PET-IRM, couplées à l'utilisation d'Intelligence Artificielle) conduisent à la découverte de lésions plus subtiles, nécessitant un apprentissage de ces nouvelles chirurgies mammaires guidées par l'image. Les thérapies adjuvantes et néo-adjuvantes utilisant de nouvelles molécules, la réalité virtuelle, l'utilisation des robots et de « la chirurgie minimale-agressive », des objets connectés et de l'IA modifient la place et les modalités de la chirurgie mammaire et axillaire qu'il convient d'enseigner.

Les femmes atteintes d'un cancer du sein ont par ailleurs des exigences légitimes en termes de résultats esthétiques, conduisant à la demande de chirurgies mammaires oncoplastiques et de reconstructions mammaires immédiates (qui doivent être systématiquement proposées en l'absence de contre-indications, selon l'INCa). Or, une analyse des données en vie réelle publiée par l'INCa a montré que **seulement 14 % des femmes ayant eu une mastectomie bénéficiaient d'une reconstruction mammaire immédiate et 28 % d'une reconstruction mammaire différée.** Parallèlement à la chirurgie mammaire oncologique, la prise en charge des maladies bénignes du sein a évolué avec une désescalade majeure.

(1) https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-01/20260128-Prevention-et-prise-en-charge-cancer-du-sein.pdf

Malgré cette complexité, tout chirurgien peut réaliser en France un acte de chirurgie mammaire, sans formation spécifique, mais il doit réaliser cet acte dans un établissement autorisé. Les ré-hospitalisations pour les femmes opérées d'un cancer du sein se traduisant par une **réintervention chirurgicale sont de 38,64 % en 2024**. **Ce taux pourrait être amélioré par une meilleure formation** [(1)].

Jusqu'à la réforme du troisième cycle des études médicales de 2017, les chirurgiens, quelle que soit leur spécialité, pouvaient approfondir leurs connaissances en oncologie grâce au diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de cancérologie, option chirurgicale, ou en obtenant une qualification auprès d'une commission du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

Ce DESC a été supprimé et théoriquement remplacé par une formation spécialisée transversale (FST), intitulée « cancérologie : traitements médicaux des cancers ». D'une durée de deux semestres, l'un en oncologie médicale et l'autre en radiothérapie, elle vise à « former des médecins et des chirurgiens, dans leur spécialité d'organe d'origine, à la primo-prescription et la réalisation des traitements médicaux anticancéreux, hors-radiothérapie, ainsi qu'à la gestion des effets indésirables de tous ces traitements ». Ouverte à toutes les spécialités, médicales comme chirurgicales, elle n'aborde aucune spécificité de la chirurgie oncologique. Ne répondant pas à leurs besoins, elle est donc très peu choisie par les chirurgiens.

Or une formation initiale en oncologie est indispensable : le chirurgien oncologue doit être un véritable oncologue qui opère, capable de discuter « d'égal à égal » des stratégies thérapeutiques lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Aujourd'hui, la place de l'oncologie dans les maquettes des 13 nouveaux diplômes d'études spécialisées (DES) de chirurgie est très variable, et parfois insuffisante, ce qui se traduit par une qualité très hétérogène des chirurgiens pratiquant la chirurgie oncologique.

Pour pallier l'absence de formation codifiée, un diplôme interuniversitaire (DIU) de chirurgie oncologique a été créé sous l'égide de la Société française de chirurgie oncologique (SFCO).

À l'image des autres pays européens une véritable formation de chirurgie oncologique devrait être créée indépendamment de la formation à la technique chirurgicale. Cette qualification en oncologie au-delà de la spécialité chirurgicale initiale devrait être à durée limitée et pourrait être réobtenue lors d'une re-certification sous contrôle des conseils nationaux professionnels (CNP) de

---

(1) Demande de création d'une Formation Spécialisée Transversale (FST) pour la chirurgie des cancers mammaires par les Pr Carole Mathelin et Raffaele Fauvet et le conseil national des universités (CNU) de gynécologie-obstétrique, le collège des enseignants de gynécologie-obstétrique (CEGO), le conseil national professionnel (CNP) des gynécologues-obstétriciens et des gynécologues médicaux, le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et l'académie nationale de chirurgie (ANC).

spécialités, ce qui permettrait une mise à jour des connaissances et éviterait tout blocage évolutif de la carrière des chirurgiens [(1)].

La formation des chirurgiens sénologues étant fondamentale pour l'amélioration des taux de survie et la qualité des soins, l'Académie Nationale de Chirurgie (ANC) s'est associée au Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et à la Société Internationale de Sénologie (SIS) pour analyser les pratiques dans le monde pour la formation des chirurgiens sénologues et proposer un modèle adaptable à la France repris dans la recommandation ci-dessous :

Recommandation n° 9 : Mettre en place une Formation Spécialisée Transversale (FST) de sénologie carcinologique d'une durée d'un an pour les internes en chirurgie désireux de pratiquer cette activité. Permettre à ces internes de maîtriser à la fois les techniques carcinologiques, oncoplastiques et réparatrices mammaires proposées dans le même temps opératoire. Former les internes dans des établissements autorisés à la prise en charge des cancers du sein. Autoriser ces internes à exercer ultérieurement cette activité de sénologie carcinologique de manière exclusive ou non exclusive.

3. Des restes à charge encore trop importants

Les inégalités sociales pèsent aussi sur la prise en charge. Le dépistage et les traitements sont intégralement remboursés par l'Assurance maladie et l'accès aux soins est quasiment le même pour toutes. Mais tout se joue à côté du traitement. Les femmes aux revenus modestes ont bien plus de mal que les plus aisées à faire face aux conséquences médicales de la maladie (douleur, fatigue, problèmes de peau, troubles digestifs), comme à ses conséquences sociales.

Le reste à charge reste en effet **très élevé : 1 549 euros en moyenne**, selon l'évaluation de la Cour des comptes portant sur la période 2015-2025. Ce montant pousse les patientes les plus modestes à renoncer à certains soins, comme la reconstruction mammaire.

Ce reste à charge a trois sources principales. Il y a d'abord les dépassements d'honoraires. De nombreux spécialistes en oncologie exercent en secteur 2 et la Sécurité sociale ne rembourse que le tarif conventionnel : le surplus revient aux patientes, sauf si leur mutuelle le couvre. Il y a ensuite les remboursements insuffisants, pour les perruques, les soutiens-gorge post-opératoires ou les soins de support (kinésithérapie, psychologue…). Il y a enfin tous les produits qui ne sont pas remboursés du tout : médicaments contre les effets secondaires (brûlures cutanées, chute des ongles, bouffées de chaleur, douleurs articulaires), soins de pédicurie, produits d'hygiène pour peaux fragilisées, compléments alimentaires et

(1) https://academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2024/11/Rapport-24-11-Offre-de-soins-en-canc-_2025_Bulletin-de-l-Acad-mie-Nationale.pdf

produits diététiques. À cela s'ajoutent les frais de transport liés aux nombreux rendez-vous médicaux qui pèsent d'abord sur les budgets les plus serrés.

Pour les patientes, ce décalage est incompréhensible. Selon une enquête de la Ligue contre le cancer, *« le décalage entre l'annonce de la prise en charge à 100 % liée à l'ALD et les frais de soins induits non remboursés reste incompris »*. La notion de « médicaments dits de confort » est particulièrement mal vécue. Faute de moyens, certaines femmes renoncent à des soins ou à des médicaments, rognent sur d'autres dépenses comme l'alimentation ou les loisirs, puisent dans leur épargne, sollicitent leurs proches, voire s'endettent. Le reste à charge devient ainsi un puissant facteur d'inégalité face à la maladie.

Pour y répondre en partie, le Parlement a adopté à l'unanimité la loi du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein. Son objectif est simple : que chaque patiente puisse accéder aux soins et équipements dont elle a besoin, quels que soient ses moyens.

La loi prévoit le remboursement intégral des prothèses mammaires externes et des soutiens-gorge adaptés, ainsi que du tatouage médical de l'aréole et du mamelon après reconstruction, lorsqu'il est réalisé par un professionnel de santé formé. Elle crée un forfait pour financer les produits qui préviennent ou atténuent les effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie, comme les vernis au silicium ou les crèmes hydratantes. Elle renforce la prise en charge du soutien psychologique, qui aide les patientes à mieux vivre leur parcours de soins et réduit le risque de dépression, et de l'activité physique adaptée, qui améliore les chances de rémission et réduit le risque de récidive. Elle prévoit enfin un plafonnement des dépassements d'honoraires pour la reconstruction mammaire, et demandait au Gouvernement un rapport sur une éventuelle indemnité de garde d'enfants pour les patientes.

Mais plus de dix-huit mois après sa promulgation, la loi reste très largement inappliquée. Seul le décret du 13 février 2026 a permis d'étendre le parcours de soins global aux patientes en cours de traitement. Pour le reste, les échéances ne cessent d'être repoussées. L'arrêté sur les soutiens-gorge adaptés n'est attendu que fin 2026. Celui sur le forfait n'est prévu que début 2027 et son périmètre est encore en discussion. Le cadre applicable au tatouage médical n'est toujours pas finalisé, et le plafonnement des dépassements d'honoraires dépend de négociations conventionnelles sans calendrier précis. La loi, souvent qualifiée de « coquille vide », n'a donc toujours pas tenu ses promesses, et le reste à charge continue de peser de tout son poids sur les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Recommandation n° 10 : Adopter d'urgence les décrets et les arrêtés permettant de rendre effectives les mesures contenues dans la loi n° 2025-106 du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'Assurance Maladie.

Le domaine où les restes à charge sont les plus importants et de loin est celui de la reconstruction mammaire, du fait notamment des dépassements d'honoraires pratiqués dans le secteur privé, vers lequel les patientes se tournent faute d'une offre de soins suffisante à l'hôpital public. **20 000 mastectomies par an sont réalisées dans le cadre d'un cancer du sein. Or,** ***« 15 % des femmes renoncent à cette chirurgie de réparation pour des raisons financières »***, souligne Catherine Simonin, présidente de la Commission société et politique de santé de la Ligue contre le cancer.

Déduction faite des remboursements de la sécurité sociale et de la mutuelle, les femmes doivent encore sortir en moyenne 1 390 euros de leur poche. Une somme importante qui s'explique essentiellement par les dépassements d'honoraires des chirurgiens plasticiens et des anesthésistes opérant en secteur privé. Mais aussi par l'abandon du remboursement du forfait hospitalier, des frais de transport ou d'hébergement si la patiente, traitée en ambulatoire, doit revenir à l'hôpital ou à la clinique le lendemain de l'intervention… auquel s'ajoute le coût des soutiens-gorge et/ou des gaines de contention, pas remboursés non plus. *« L'instauration des contrats responsables par les mutuelles participe également de ces restes à charge importants »*, souligne Christine Degland, présidente de l'Association pour la reconstruction du sein par DIEP [(1)]. *« Désormais, les mutuelles responsables ne peuvent plus rembourser au-delà de 200 % du tarif de la Sécurité sociale. » « 30 % des médecins libéraux faisant de la reconstruction mammaire sont en secteur 1 (tarifs conventionnés sans dépassement d'honoraires) ou ont adhéré à l'Optam (option pratique tarifaire maîtrisée). Un chiffre stable depuis deux ans »*. Autrement dit, 70 % des médecins pratiquant ces interventions ne sont ni en secteur 1, ni adhérents à l'Optam.

Pour ne pas avoir de reste à charge, **la solution est de passer par l'hôpital public ou un centre de lutte contre le cancer. Ces établissements, qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires, réalisent à ce jour 56 % des reconstructions mammaires. Mais il faut parfois patienter un an, voire plus, pour y être opérée**. Pour gagner du temps, certaines patientes prennent rendez-vous avec un chirurgien « public », mais sur son quota de consultations privées. Et là, il n'est pas rare de décrocher un premier rendez-vous dans les quinze jours. « *C'est de l'hypocrisie organisée* », dénonce Emmanuel Jammes, chargé de l'Observatoire sociétal de La Ligue contre le cancer. Payer plus cher pour être soignée plus rapidement, voilà pourtant la triste réalité …

(1) Le DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) utilise l'excès de peau et de graisse situé sur le ventre, entre le pubis et le nombril. Les muscles grands droits de l'abdomen (muscles abdominaux) sont laissés intacts. Le lambeau est transféré au niveau du sein et les vaisseaux rebranchés près du sein. L'abdomen est refermé comme une plastie abdominale esthétique, laissant une cicatrice horizontale au niveau du bas du ventre et une cicatrice autour de l'ombilic. Cette technique peut être utilisée en reconstruction mammaire immédiate ou différée.

Recommandation n° 11 : Élargir l'offre de reconstruction mammaire dans le secteur public, en renforçant les moyens humains et matériels, afin de réduire les délais d'attente et d'éviter des renoncements à la reconstruction, en raison de restes à charge trop importants dus aux dépassements d'honoraires pratiqués dans le secteur privé.

Force est de constater qu'avoir le temps, l'argent et l'accès à l'information pour prendre soin de soi, trouver des ressources de soutien et mieux gérer les effets secondaires physiques et psychologiques de la maladie, est probablement plus facile pour les femmes de statut socio-économique élevé que pour, par exemple, les mères de familles monoparentales à faibles revenus, sans relais pour leurs enfants. Or, de plus en plus de femmes jeunes sont touchées par le cancer du sein et en 2023, 23 % des enfants mineurs vivaient dans une famille monoparentale, les mères seules restant très majoritaires parmi les parents seuls avec enfants.

Le cancer du sein se traduit par des difficultés au quotidien. La fatigue liée au cancer est fréquente, souvent sous-estimée par les professionnels de santé, et peut persister des années après le traitement. Elle est influencée par la maladie, le stress, l'environnement du patient, et les traitements comme la chimiothérapie et la radiothérapie. Le traitement de la fatigue implique l'identification de ses causes spécifiques, avec des solutions incluant l'activité physique et les thérapies cognitivo-comportementales, qui sont efficaces pour réduire la fatigue et le risque de récidive du cancer.

II. CHANGER DE PARADIGME, EN PASSANT À UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE

Le cancer du sein n'est pas une pathologie ponctuelle qui s'efface de la vie des femmes à l'issue du traitement initial. Il impacte en profondeur leur vie dans tous ses aspects et justifie une prise en charge globale, nécessitant une véritable réflexion sur les causes de sa progression et le triste record de la France dans ce domaine.

A. UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL À RENFORCER

Le cancer du sein a un impact immense sur la vie des femmes qui y sont confrontées, ainsi que sur leur entourage qu'il s'agisse du conjoint ou des enfants. Il modifie durablement la trajectoire de ces femmes qui doivent non seulement faire face à des traitements lourds mais réorganiser leur vie et réévaluer leurs projets, à l'aune de la maladie.

1. Un diagnostic et des traitements à fort impact psychologique

Le cancer du sein, une des tumeurs les plus courantes chez les femmes, n'influence pas que la santé physique, mais peut également impacter significativement la sphère émotionnelle et psychologique de la personne ayant reçu

le diagnostic. **L'annonce du diagnostic d'un cancer du sein est un véritable bouleversement émotionnel dans la vie des femmes**. De l'annonce à la réalisation des traitements, les événements s'enchaînent rapidement et ces femmes n'ont pas le temps d'assimiler la situation.

L'impact psychologique est démontré par de nombreuses études explorant les expériences des patientes et les problèmes émotionnels pendant et après le parcours thérapeutique. Les femmes recevant un diagnostic de cancer du sein peuvent se sentir envahies par la peur du futur, les préoccupations liées aux traitements invasifs et l'éventuelle altération de leur image corporelle. Ces sentiments peuvent devenir douloureux sur le plan psychique, voire source de détresse psychologique ou de troubles anxio-dépressifs chez certaines.

Le cancer du sein peut être à l'origine de manifestations physiques importantes. **Selon le traitement mis en place, il existe des modifications réversibles et irréversibles altérant l'intégrité physique**. La chimiothérapie est associée à la perte des cheveux, poils, cils et sourcils, témoins visibles du cancer, ainsi que la fragilisation des ongles, les nausées et l'atteinte immunitaire. La radiothérapie entraîne également des troubles cutanés. Enfin, l'hormonothérapie génère les signes d'une ménopause artificielle, souvent accompagnée d'une prise de poids. Tous ces traitements vont avoir des répercussions fonctionnelles, telles que des douleurs musculaires et articulaires, une atteinte de la mobilité de l'épaule, de la fatigue et donc un déconditionnement à l'effort. Le lymphœdème du bras est aussi retrouvé, bien que son incidence diminue avec le progrès médical.

La chirurgie est définitive et radicale dans le cas d'une mastectomie. Cette dernière engendre la perte totale du sein, laissant place à une asymétrie et une cicatrice, témoins de la maladie. Cette perte nécessite un renoncement au corps passé qui n'est pas toujours évidente à accepter, d'autant que la reconstruction ne permet pas un résultat à l'identique. Il s'agit d'une chirurgie réparatrice et non esthétique. En outre, le coût dans le secteur privé et les délais d'attente dans le secteur public en limitent l'accès. Les femmes doivent alors se contenter, temporairement ou définitivement, d'une prothèse externe qui se glisse dans un soutien-gorge adapté. Or, la perte du sein, outre le préjudice esthétique et l'atteinte à la féminité, renvoie en permanence à la maladie, même après l'arrêt des traitements. Beaucoup de jeunes femmes sont touchées par des cancers plus agressifs menant à un traitement chirurgical radical, avec un taux deux fois plus important de mastectomie chez les moins de 40 ans. Cela expliquerait pourquoi l'image corporelle est plus altérée chez les jeunes femmes, outre le fait que l'apparence est plus importante à cet âge-là et que le lien avec la capacité de séduction est plus étroit. Cela montre à quel point le regard de l'autre peut être dévastateur, puisque les femmes prennent également conscience de cette transformation à travers les yeux de leurs proches et du conjoint.

Lors de l'annonce d'un cancer ou d'une maladie grave, les femmes ont six fois plus de risque que les hommes de se séparer de leur conjoint. Ce déséquilibre affecte donc très majoritairement les femmes. Une étude du

Dr Michael Glantz, parue dans la revue américaine Cancer, révélait déjà que le taux de séparation atteint 20,8 % lorsque la femme tombe malade, contre seulement 2,9 % quand le mari est touché. Les données françaises de l'enquête VICAN 5 confirment également cette vulnérabilité relationnelle et économique accrue chez les patientes. Selon certaines études, la moitié des femmes touchées par un cancer du sein sera quittée dans les mois qui suivent.

Une récente enquête met en lumière les séparations survenant sitôt le diagnostic d'un cancer posé, en particulier pour les tumeurs du sein ou gynécologiques. De nombreuses patientes témoignent d'une véritable « double peine » : subir le choc de la maladie tout en essuyant la défection brutale de leur conjoint. Cette rupture intervient au pire moment, alors que débutent la chimiothérapie, la chirurgie ou la radiothérapie. Les malades se retrouvent projetées dans une solitude logistique et affective totale, devant gérer seules les effets secondaires exténuants, les rendez-vous médicaux et le quotidien du foyer sans aucun relais immédiat.

Faire face à un diagnostic de cancer du sein et aux traitements successifs s'avère un défi complexe et stressant, ayant un impact significatif sur le bien-être psychologique des patients. Dans ce contexte, il est essentiel d'avoir un **soutien social et psychologique** adéquat. Le **soutien psychosocial** constitue une ressource fondamentale pour les patientes. Les **ressources psychosociales** adéquates peuvent sans doute faire une différence substantielle dans leur processus d'adaptation et dans la protection de leur qualité de vie. Les interventions psycho-oncologiques peuvent aider les patientes à réduire les symptômes, améliorer leur qualité de vie, contribuer à une réorganisation positive de leur vie quotidienne malgré les problèmes, et faciliter l'acceptation des traitements. Dans l'urgence des traitements médicaux, ce soutien psychologique adapté aux patientes souffrant d'un cancer du sein passe souvent au second plan, alors qu'il est essentiel pour traverser cette épreuve éprouvante.

Recommandation n° 12 : Porter le soin psychique au cœur de la cancérologie en informant précocement et systématiquement de la possibilité d'un soutien psychologique dès la consultation d'annonce, ou lors du temps d'accompagnement soignant, et à n'importe quel moment du parcours de soins. Développer l'offre en onco-psychologie et en onco-sexologie dans tous les établissements de santé prenant en charge des patientes atteintes de cancer du sein.

Après le traitement du cancer du sein, de nombreuses patientes font face à une période complexe se caractérisant par une grande variété d'émotions, d'espoirs et de préoccupations. D'un côté, le rêve de pouvoir reprendre leur vie là où elle s'est arrêtée est confronté à une réalité différente et, d'un autre côté, les préoccupations concernant les perspectives médicales futures risquent de devenir un élément central.

Le vécu post-traitement (1)

– 30 à 40 % des survivants du cancer présentent des symptômes dépressifs significatifs dans l'année suivant la fin des traitements.

– La peur de la récidive concerne jusqu'à 70 % des patients, avec une forme sévère chez environ 25 %.

– Le syndrome de fatigue post-cancer peut durer 2 à 5 ans après la fin des traitements.

– Moins de 30 % des patients reçoivent un accompagnement psychologique spécifique à la phase post-traitement.

Ces données soulignent l'**importance d'une prise en charge psychologique dédiée à cette période charnière, et souvent négligée, de la trajectoire de soins.**

Recommandation n° 13 : Orienter dès la fin du traitement les patientes vers le dispositif Mon soutien psy qui propose des séances d'accompagnement par un psychologue partenaire et favoriser les séances à distance pour les personnes éloignées d'un psychologue ou confrontées à des problèmes de garde d'enfants ou de mobilité. Augmenter le nombre de séances maximum, actuellement fixé à 12, pour les patientes atteintes d'un cancer.

Une étude de 2023 (Nardin et al.), publiée dans *Frontiers in Oncology*, montre que l'amélioration du pronostic du cancer du sein, avec un taux de survie atteignant 90 % à 5 ans et environ 80 % à 10 ans, a entraîné un besoin accru de gestion des complications à long terme et d'amélioration de la qualité de vie après traitement. L'étude suggère qu'une approche intégrée combinant le soutien psychologique et les interventions pour la gestion du style de vie, telles que l'exercice physique et les techniques de relaxation, peut être particulièrement utile pour améliorer le bien-être à long terme des patientes.

2. Des conséquences importantes sur l'activité professionnelle qui se traduisent souvent par une diminution des ressources

a. Une reprise de travail à accompagner

Pour les actifs en emploi, la survenue d'un cancer implique presque toujours un arrêt de travail. La sécurité sociale peut indemniser un arrêt jusqu'à trois ans dans certains cas, et des dispositifs complémentaires comme le temps partiel thérapeutique, la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) ou le congé longue maladie peuvent être mobilisés. Toutes ces situations conduisent à une

(1) Données cliniques (sources : INCa, HAS, Psycho-Oncology).

diminution des revenus pouvant entraîner des difficultés financières, voire un basculement vers la précarité. Quant à la reprise du travail après les traitements, c'est une étape délicate qui se traduit bien souvent par une diminution des perspectives professionnelles.

Après les traitements, la réinsertion professionnelle constitue une étape clef du retour à une vie « normale ». De plus en plus de femmes vivent longtemps après un diagnostic de cancer du sein et parmi elles nombreuses sont en âge de travailler. Les femmes jeunes pour lesquelles un cancer du sein est diagnostiqué cumulent les handicaps sur le marché du travail : elles sont femmes, jeunes, atteintes d'un cancer, et pour beaucoup dans des situations professionnelles pas encore stabilisées au moment du diagnostic. Cela souligne la nécessité de prendre en compte les effets du cancer et des traitements sur la vie quotidienne et le retour au travail. Il s'agit là d'un enjeu important car le travail assure la stabilité financière, l'indépendance et une meilleure santé mentale.

À cet égard, « ***21 % de celles qui ont eu un cancer du sein n'ont pas repris leur activité professionnelle deux ans après le diagnostic*** », indique Gwenn Menvielle, directrice de recherche Inserm, épidémiologiste à l'institut Gustave-Roussy à Villejuif [(1)]. Identifier l'ensemble des freins à cette reprise afin de proposer des moyens de les lever est donc un des enjeux actuels de la prise en charge de ce cancer. L'état de santé et les traitements ont certes leur part de responsabilité, mais la situation familiale et socio-économique joue aussi un rôle important. À revenu égal des ménages au moment du diagnostic, les femmes qui vivent en couple reprennent moins rapidement et davantage à temps partiel. *« Par ailleurs, avoir la charge de trois enfants ou plus est un facteur aggravant, mais uniquement pour les plus défavorisées. C'est comme si ces femmes étaient victimes d'une double peine »*, précise l'épidémiologiste.

« *La réinsertion professionnelle se heurte à des difficultés diverses et certaines patientes sont plus à risque d'être pénalisées par le cancer,* résume Gwenn Menvielle. *Il faut donc les identifier afin de proposer une approche individualisée au plus tôt après le diagnostic et ce d'autant plus qu'il existe des outils pour les aider* ». Par exemple, « *l'activité physique adaptée ou la thérapie cognitive et comportementale permettent de diminuer la fatigue »,* complète Ines Vaz- Luis, oncologue dans la même équipe.

Les traitements du cancer du sein peuvent entraîner des effets physiques qui affectent les capacités professionnelles. Parmi ces effets, on trouve une fatigue persistante. Beaucoup de femmes rapportent une fatigue prolongée, parfois appelée "fatigue chronique", qui peut rendre difficile la reprise du travail, surtout dans des environnements exigeants physiquement ou mentalement. Il peut y avoir également des problèmes de mobilité. La chirurgie, en particulier la mastectomie et l'ablation des ganglions lymphatiques, peut entraîner des douleurs ou des restrictions de mouvements, notamment au niveau du bras ou

(1) https://www.inserm.fr/actualite/cancer-du-sein-la-difficile-reprise-du-travail/

de l'épaule. Par ailleurs, après la chirurgie, les femmes peuvent se sentir moins à l'aise avec leur image corporelle, ce qui peut influencer leur confiance en soi au travail.

De nombreuses patientes atteintes d'un cancer du sein souffrent de troubles cognitifs, pendant et après les traitements. Plusieurs causes peuvent en être à l'origine : le cancer lui-même, l'impact de l'annonce de la maladie, l'anxiété et la fatigue, mais aussi l'action neurotoxique de la chimiothérapie (« chemobrain »), les perturbations hormonales, les troubles du sommeil, une dépression, l'état émotionnel perturbé, … Les symptômes sont multiples : une difficulté à se concentrer, des troubles de la mémoire, une perception suggestive de ne pas pouvoir penser aussi clairement que d'habitude, une difficulté à accomplir les tâches de routine qui engendrent du stress pour la reprise du travail, une plus ou moins grande difficulté à s'exprimer avec des mots, à se rappeler des mots ou à nommer des objets. Chez la majorité des patientes, les symptômes « chimio-encéphaliques » s'atténuent dans les 9 à 12 mois suivant la fin de la chimiothérapie.

Recommandation n° 14 : Prévoir dans toutes les structures médicales prenant en charge des patientes atteintes de cancer du sein, une consultation de fin de traitement, afin d'évaluer la fatigue persistante et les troubles cognitifs et proposer une prise en charge spécifique de ces troubles.

La gestion du temps au travail peut être un défi après un cancer du sein. La nécessité de suivre des traitements, de se rendre à des rendez-vous médicaux ou de se reposer risque d'interférer avec les horaires de travail. De plus, certaines femmes peuvent ressentir le besoin d'adapter leurs responsabilités professionnelles en fonction de leur état de santé. Le retour au travail après un cancer du sein doit être envisagé avec soin et souvent de manière progressive. Certaines femmes choisissent de reprendre à temps partiel, avec des horaires réduits ou flexibles, afin de mieux gérer la fatigue et les autres effets secondaires des traitements.

La médecine du travail est un interlocuteur privilégié pour accompagner le maintien en emploi, mais les ressources humaines et les managers jouent un rôle tout aussi essentiel. Ensemble, ils peuvent proposer des aménagements adaptés et créer au quotidien un environnement d'écoute et de soutien. Les employeurs ont ainsi un rôle clé à jouer pour faciliter le retour au travail des femmes, grâce à des aménagements raisonnables : des pauses régulières pour faire face à la fatigue, des ajustements ergonomiques du poste de travail (hauteur du bureau, siège plus confortable…) ou encore des horaires flexibles pour concilier activité professionnelle, rendez-vous médicaux et besoins de repos.

Le soutien émotionnel au travail est tout aussi crucial pour aider les femmes à surmonter les répercussions psychologiques du cancer du sein. Une communication transparente permet souvent de dissiper les malentendus et de réduire la stigmatisation associée à la maladie.

Recommandation n° 15 : Assurer une liaison systématique entre la médecine du travail et les services ressources humaines des entreprises en cas de reprise du travail après un cancer du sein, afin de mettre en place les aménagements adaptés à la situation médicale des femmes concernées.

Accepter que certaines limites existent après le cancer du sein est important pour ne pas s'épuiser. Cela peut aussi inclure une réévaluation des priorités de carrière. Certaines femmes choisissent de réorienter leur parcours professionnel vers des tâches moins stressantes ou de s'engager dans des métiers qui offrent une meilleure qualité de vie.

b. Le statut de travailleur indépendant accentue la précarité face à la maladie

L'interruption de l'activité professionnelle et la reprise du travail constituent déjà des problématiques délicates pour les femmes salariées mais **les femmes ayant le statut de travailleur indépendant se retrouvent dans une situation beaucoup plus fragile qui menace à la fois leurs ressources personnelles mais aussi la pérennité de leur entreprise**. Les travailleurs indépendants rassemblent différentes catégories de travailleurs non-salariés : artisans, commerçants, professionnels libéraux, gérants, agriculteurs, entrepreneurs individuels, micro-entrepreneurs. Pour eux, l'annonce d'une maladie grave, telle un cancer, peut laisser craindre des répercussions sur les sphères professionnelles (arrêt de l'activité, perte de clientèle, baisse des revenus de l'entreprise) et personnelle (perte ou baisse de revenus).

Le montant des indemnités journalières (IJ) diffère selon le statut des indépendants. Ils peuvent également bénéficier d'aides spécifiques : accompagnement pour prévenir la désinsertion professionnelle ou maintenir l'activité ; aide financière exceptionnelle (AFE) aux travailleurs indépendants invalides actifs ; aides au répit du travailleur indépendant actif afin de compenser le temps passé et les difficultés financières rencontrées pour accompagner son proche en situation de perte d'autonomie. Pour les indépendants aux revenus modestes et faisant face à des dépenses imprévues liées à l'état de santé, une aide financière individuelle et ponctuelle peut être obtenue en s'adressant à l'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie. Cette aide vise à couvrir les frais de santé non remboursés et médicalement justifiés (frais d'hospitalisation, prothèses, …), le financement d'une couverture santé, une perte de salaire, un retour et/ou maintien au domicile, une aide à la rééducation ou réorientation professionnelle.

Enfin, l'Urssaf, les Allocations familiales, l'Assurance retraite et l'Assurance maladie se sont associées pour proposer le dispositif « Help », destiné à répondre aux difficultés personnelles ou professionnelles majeures. Il permet d'obtenir une aide au paiement des cotisations et contributions sociales, une participation à la prise en charge des frais de santé et un examen des droits aux prestations sociales et à la retraite.

Pourtant, les femmes concernées ignorent souvent l'existence de ces aides et commencent par épuiser leurs économies avant d'y recourir. Il est donc essentiel de les accompagner dans leurs démarches, et ce le plus tôt possible. Pour être aidée rapidement, la première porte à pousser est celle du service social de l'hôpital.

Dans tous les cas, **si les travailleurs indépendants n'ont pas préalablement souscrit une assurance contre les « accidents de la vie », les éventuelles indemnités d'arrêt maladie ne suffisent pas à couvrir à la fois la vie quotidienne et les frais professionnels (charges, cotisations, loyers) qui continuent de courir.**

Recommandation n° 16 : Établir un questionnaire lors de l'entrée dans le parcours de soins, destiné à repérer les situations de fragilité financière et orienter les personnes concernées vers le service social de l'hôpital ou du centre de lutte contre le cancer pour les accompagner dans leurs démarches administratives, afin de les aider à faire valoir leurs droits aux dispositifs d'aide existants.

c. Des risques professionnels invisibilisés

Le cancer du sein est une maladie plurifactorielle : il résulte de la combinaison de multiples facteurs qui se renforcent mutuellement. Il est donc essentiel d'identifier les facteurs de risque modifiables ou évitables, notamment ceux liés au milieu professionnel, dont la part n'est pas négligeable.

Les expositions professionnelles sont nombreuses et leurs effets se cumulent : produits chimiques, rayonnements ionisants, bruit, risques psychosociaux… Elles appellent une approche globale de leurs impacts sanitaires, ainsi qu'une meilleure formation des médecins du travail et des recommandations adaptées.

La forte hausse des cancers du sein observée depuis la fin des années 1970 coïncide d'ailleurs avec l'entrée massive des femmes sur le marché du travail. Plusieurs études établissent un lien entre certaines professions et un surrisque de cancer du sein : enseignantes, coiffeuses, techniciennes de laboratoire ou de radiologie, ouvrières du textile, employées du nettoyage à sec et de la blanchisserie, hôtesses de l'air…

Pourtant, la santé des femmes au travail reste invisibilisée, et ce dès la recherche fondamentale. Moins d'études et moins de financements signifient moins de connaissances scientifiques pour établir les causes d'une maladie, et donc pour la relier à l'activité professionnelle.

S'agissant du cancer du sein, les analyses menées à partir d'une grande base de données [(1)], en collaboration avec les équipes de recherche à l'étranger, apportent de solides arguments en faveur d'un **lien entre le travail de nuit et le cancer du sein**. Elles montrent que **parmi les femmes non ménopausées**, le travail de nuit

(1) https://www.inserm.fr/actualite/travail-nuit-et-cancer-sein-nouveaux-arguments-en-faveur-lien/

(défini comme un travail d'au moins trois heures entre minuit et 5 heures du matin) **augmente de 26 % le risque de cancer du sein.** Le risque semble particulièrement croître chez les femmes qui ont travaillé plus de 2 nuits par semaine pendant plus de 10 ans. Les résultats montrent également que le risque diminue après l'arrêt du travail de nuit. Des perturbations du rythme circadien (rythme de 24 heures contrôlé par une horloge biologique interne) pourraient être la cause de l'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes qui travaillent de nuit.

Par ailleurs, un certain nombre de professions apparaissent comme particulièrement exposées, du fait de contacts répétés et non protégés avec des substances toxiques. Ainsi, *« Le personnel hospitalier qui manipule des substances cytotoxiques (toxique pour les cellules) a trois fois plus de risque de développer une maladie maligne et les infirmières exposées aux substances cytotoxiques ont deux fois plus de risque de faire une fausse-couche »*, résume une note récente de l'Institut syndical européen (Etui) [(1)]. Les métiers de la propreté qui emploient une forte majorité de femmes, comportent également une utilisation de produits d'entretien toxiques, corrosifs ou irritants. Or, on constate une formation insuffisante des salariés à la manipulation de ces produits et bien souvent une absence de protections individuelles (lunettes, masques, gants) [(2)].

Quant aux femmes dans le milieu agricole, leur exposition est également sous-évaluée. Comme souvent, la place des femmes dans le processus de production est moins évidente, moins visible. Sans être moins essentielle. Dans les documentaires, on voit l'homme asperger ses champs de pesticides. Mais on ne voit pratiquement jamais sa femme qui manipule, trie les récoltes. Et pourtant, *« Alors qu'on pense souvent, y compris les travailleurs et travailleuses, que l'exposition se fait principalement au moment de la pulvérisation, les activités dites de réentrée [(3)] dans les cultures traitées figurent parmi celles où les niveaux d'exposition sont les plus forts »*, souligne Moritz Hunsmann du Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle dans le Vaucluse. Autre exemple frappant : qui lave la chemise, les bottes contaminées par les pesticides ? Dans ce cas, on voit la difficulté pour établir le lien de causalité entre la maladie et les pesticides, et encore plus pour faire reconnaître la maladie professionnelle dans le cas où la femme n'a pas de contrat de travail, juste le poids de siècles d'exploitation du travail gratuit.

Recommandation n° 17 : Promouvoir la prévention en milieu de travail, afin de supprimer ou réduire l'exposition aux agents cancérogènes (biologiques, physiques, chimiques) et renforcer le suivi médical des sujets exposés à des risques de cancers professionnels. Reconnaître le cancer du sein comme maladie professionnelle.

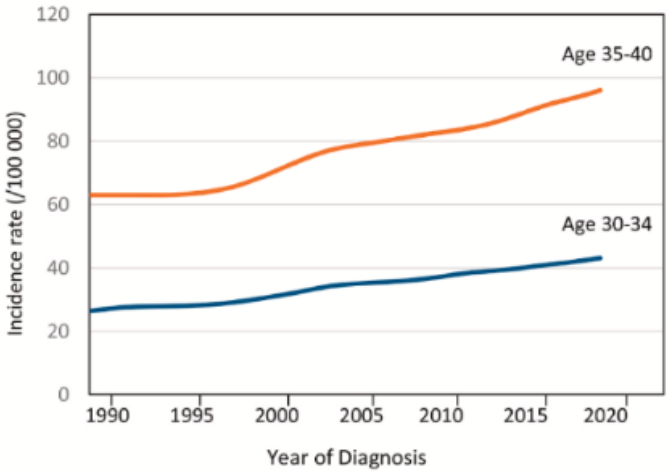
(1) https://syndicollectif.fr/linstitut-syndical-europeen-etui-agit-sur-les-cancers-professionnels/

(2) https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/votre-secteur/commerces-services/metiers-proprete

(3) Le Délai de Rentrée (DRE) est le délai minimal que les travailleurs agricoles doivent respecter avant de rentrer dans la parcelle traitée afin de limiter leur exposition aux produits encore présents.

3. Les problématiques spécifiques des femmes jeunes

L’incidence des cancers du sein précoces a augmenté de façon continue entre 1990 et 2023 (1).



Or, être atteinte d’un cancer du sein à 30 ans ne signifie pas vivre la maladie de la même manière qu’à 60 ans. À cet âge, on peut être en début de carrière professionnelle, en études, avoir de jeunes enfants, être en projet de maternité, construire sa vie de couple, avoir des difficultés financières ou encore être en pleine construction de son identité.

Le cancer ne met donc pas uniquement la santé en pause : il peut interrompre un parcours professionnel, universitaire, familial et social.

Les jeunes femmes atteintes d’un cancer du sein font face à des difficultés qui se cumulent et alourdissent encore leur charge mentale. Tout en suivant des traitements lourds, une jeune femme peut devoir poursuivre ou interrompre ses études, gérer une carrière qui démarre, s’occuper de jeunes enfants (une difficulté accrue pour les mères seules), préserver son couple et sa vie sociale, et faire face à une perte de revenus, en particulier si elle est indépendante ou déjà en situation de précarité.

À cela s’ajoutent les interrogations sur sa fertilité et son projet parental, une ménopause parfois très précoce, les transformations de son corps, les répercussions sur sa sexualité et son image de soi, ainsi que la fatigue, les douleurs ou les troubles cognitifs. L'association cancer du sein et grossesse, qui est définie par la survenue d'un cancer du sein durant la grossesse ou durant l'année suivant l'accouchement, est également une problématique à laquelle les femmes jeunes risquent davantage d’être confrontées. La fréquence estimée est de l'ordre de 2 à 4 % des cancers du sein, en augmentation avec un nombre plus élevé de grossesses après 40 ans.

(1) https://www.gazettelabo.fr/media/files/Augmentation%20CS%20femmes%20jeunes%20SFMPP_final.pdf

Paradoxalement, la femme jeune doit affronter toutes ces épreuves alors même que son entourage, la jugeant « jeune », attend souvent d'elle qu'elle « reprenne sa vie » rapidement.

La question du projet parental est centrale dans la prise en charge des jeunes femmes. La préservation de la fertilité doit donc être abordée rapidement, idéalement avant le début des traitements lorsqu'elle est pertinente. Des dispositifs existent, mais leur accès et l'information délivrée aux patientes doivent être les plus homogènes possibles sur le territoire. Il faut également mieux prendre en compte les femmes qui sont déjà mères. Être mère pendant un cancer, c'est devoir gérer ses propres traitements tout en continuant à s'occuper de ses enfants. La culpabilité est très souvent présente : culpabilité de ne pas être suffisamment disponible, de faire peur à ses enfants, de ne pas pouvoir assurer le quotidien comme avant.

Recommandation n° 18 : Alerter les professionnels de santé, afin de faire connaître les spécificités du cancer du sein chez les jeunes femmes et d'améliorer leur parcours de soins et leur prise en charge. Mieux former les professionnels de premier recours à la prise en compte des symptômes mammaires chez les femmes jeunes.

B. DES SOINS DE SUPPORT QUI RÉPONDENT À UNE VÉRITABLE NÉCESSITÉ

1. Une offre institutionnelle insuffisante et peu structurée

Les personnes ayant suivi un parcours de soins en lien avec un cancer, témoignent avoir gardé des séquelles deux ans après leur prise en charge. Ces séquelles ont révélé avoir un impact considérable dans la vie quotidienne des personnes concernées : douleurs, fatigue chronique, troubles moteurs, troubles de la vision, difficultés psychologiques, troubles de la mémoire et de l'attention, altération de la fertilité, …**Les soins de support jouent un rôle important dans la réintégration progressive des patients dans la société et permettent également de limiter le risque de récidive.**

Les soins oncologiques de support accompagnent les patients pendant et après le traitement du cancer. Prise en charge de la douleur et de la fatigue, nutrition, activité physique ou soutien psychologique : autant d'aides précieuses tout au long du parcours de soins. Le traitement d'un cancer ne s'arrête pas au traitement de la maladie seule. Les soins oncologiques de support (SOS) font partie intégrante du parcours de soins, ils ne sont ni secondaires ni optionnels.

Ils proposent une approche globale de la personne et visent à assurer la meilleure qualité de vie possible pour les personnes malades, sur les plans physique, psychologique et social. **Ils participent à l'amélioration de la tolérance aux traitements et de leurs effets à moyen et long terme.** Ils prennent en compte la diversité des besoins des malades, ainsi que ceux de leur entourage, et ce, quels que soient leurs lieux de soins.

Au total, neuf soins de support sont considérés comme indispensables. Ils composent le « panier des soins de support » validé au niveau national qui doivent être proposés aux patientes et sont remboursés en tout ou partie par l'Assurance maladie.

Ce panier comprend d'abord quatre soins dits « socle » : la prise en charge de la douleur (qui inclut deux techniques spécifiques d'analgésie : l'hypno-analgésie et l'analgésie intrathécale) ; la prise en charge diététique et nutritionnelle ; la prise en charge psychologique ; la prise en charge sociale, familiale et professionnelle.

Il comprend ensuite cinq soins complémentaires : l'activité physique ; la préservation de la fertilité ; la prise en soins des troubles de la sexualité ; les conseils d'hygiène de vie ; le soutien psychologique des proches et des aidants.

Ces soins sont prescrits par le médecin traitant et/ou le cancérologue lors d'une consultation de droit commun. Le médecin détermine, selon les besoins de la patiente, le type de soins de support, les bilans et les consultations de suivi nécessaires. Cette prescription s'inscrit dans le parcours de soins de la patiente et peut intervenir jusqu'à douze mois après la fin des traitements actifs (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, …).

Selon les besoins de la personne, elle peut comporter :

– un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique, réalisé par un professionnel de l'activité physique adaptée (APA), un bilan psychologique et un bilan diététique ;

– des consultations de suivi en diététique et/ou en psychologie, dans la limite de six pour l'ensemble des deux disciplines.

L'arrêté fixe la dépense maximale à 180 euros par personne, avec les tarifs suivants :

– 45 euros pour un bilan d'une heure ;

– 22,50 euros pour une consultation de suivi diététique ou psychologique d'une demi-heure.

Pour bénéficier de ces soins, la patiente doit transmettre sa prescription complétée, par courrier ou par mail, à la cellule de coordination de son département de résidence.

Recommandation n° 19 : Élargir le panier de soins de support qui ne concerne que trois soins de support, sous la forme de bilans : diététique, psychologie et activité physique adaptée et augmenter son montant, aujourd'hui fixé à 180 euros par an. Assurer une prise en charge pour les frais de transport.

L'Institut national du cancer (INCa) a publié le 20 septembre 2026 un nouveau référentiel : le Cahier des charges national relatif à la qualité de l'offre en soins oncologiques de support (SOS). L'objectif est d'harmoniser la qualité des SOS sur tout le territoire. Ce document fixe des critères de qualité applicables aux structures, hospitalières comme de ville, et aux professionnels proposant des soins oncologiques de support.

Les structures et professionnels conformes aux critères seront recensés dans des annuaires régionaux, pilotés par les dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC), comme ONCORIF pour l'Île-de-France. Une autoévaluation bisannuelle est prévue, ainsi que des exigences de formation pour les professionnels concernés. Ce cahier des charges définit les formations requises pour chaque type de SOS. Ainsi, pour la prise en charge de l'Activité physique adaptée (APA), il doit s'agir d'au moins une des formations suivantes : licence STAPS mention APA et Santé (APA-S) ; DES en médecine physique et réadaptation ; DE de masseur kinésithérapeute ; DE de psychomotricien.

L'activité physique adaptée (APA) est prescrite sous forme de **programmes structurés et limités dans le temps** d'exercices physiques **dispensés par un professionnel de l'APA**. Le professionnel de l'APA va adapter le programme à la condition médicale et physique du patient, ses capacités fonctionnelles et ses limites (locomotrices, cognitives, sensorielles), ainsi qu'à son degré d'autonomie et ses facteurs de risques à la pratique de l'APA.

L'APA permet d'accompagner des patients malades chroniques qui ne se sentent pas en capacité de pratiquer une activité sportive en autonomie et qui nécessitent un accompagnement personnalisé, et progressif dans un cadre sécurisé. Un programme d'APA à visée thérapeutique se compose de 2 à 3 séances d'activité physique par semaine, sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable. Chaque séance d'APA dure entre 45 et 60 minutes et associe des activités d'endurance, d'aérobie et de renforcement musculaire. Il doit y avoir au moins un jour de repos entre les séances. La réhabilitation physique a montré de nombreux avantages tels que la diminution de la fatigue, le contrôle du poids, une amélioration des fonctions cardio-respiratoires, une meilleure qualité de vie physique et mentale. Ces effets sont majorés lors d'une prise en charge en groupe.

Les mécanismes liés à l'activité physique qui jouent un rôle protecteur pour la santé sont les suivants : diminution des concentrations dans le sang d'hormones et facteurs de croissance qui jouent un rôle dans la prolifération cellulaire ; diminution du risque d'insulino-résistance et de l'inflammation ; stimulation de l'immunité. En outre, la marche et l'activité physique d'endurance contribuent à diminuer le risque de surpoids et d'obésité.

La mise en œuvre des soins oncologiques de support (SOS) s'est faite de façon progressive, cependant leur connaissance et leur accès se confrontent encore à de nombreux freins et sont encore loin d'être égalitaires. Depuis la reconnaissance des soins de support, le baromètre de l'Association Francophone des

Soins Oncologiques de support (AFSOS) met en évidence la persistance de multiples difficultés pour les patients comme pour les professionnels : inégalités territoriales, restes à charge, développement insuffisant de certaines ressources, manque de réévaluation régulière des besoins au long cours. Certes, si le 3e baromètre (2024) montre des progrès, il existe encore de nombreux axes d'amélioration. Du chemin reste à parcourir pour un accès homogène et égalitaire aux soins de support.

Pourcentage de patientes ayant eu accès aux différents soins de support, par ordre décroissant (1)

1. Soins de socio-esthétique : 75 % des patientes y ont eu accès
2. Prise en charge de la douleur : 72 %
3. Gestion des effets indésirables des traitements : 72 %
4. Soutien psychologique : 72 %
5. Prise en charge diététique et nutrition : 69 %
6. Pratiques complémentaires (sophrologie, acupuncture, hypnose) : 68 %
7. Consultation auprès d'une assistante sociale : 67 %
8. Activité physique adaptée : 64 %
9. Soutien psychologique des proches : 54 %
10. Accompagnement à la poursuite ou reprise de l'activité pro : 35 %.

Ces résultats soulignent un accès effectif aux principaux soins oncologiques de support (SOS) pour plus de deux-tiers des patients interrogés. Néanmoins, cela ne signifie pas qu'ils ont accès à l'ensemble des soins de support dont ils auraient besoin. Enfin, il est à noter que près d'un tiers des patients n'a pas eu l'accès souhaité, ce qui souligne une nette marge de progression possible au sein des établissements de santé ou en ville.

Les 2 660 patients ayant répondu à cette enquête ont été interrogés sur les éventuelles difficultés rencontrées lors de leur parcours de soins pour accéder aux soins de support. Les principaux freins rencontrés par les patients sont, par ordre décroissant :

- difficile de savoir à qui s'adresser (66 %) ;
- distance du domicile (58 %) ;
- difficile d'obtenir une consultation (56 %) ;
- coût/reste à charge (53 %) ;
- offre de soins non disponible dans mon établissement (51 %) ;
- compatibilité difficile avec l'activité professionnelle (38 %) et avec la vie personnelle (50 %).

En 10 ans l'information et la prise en charge des patients se sont certes améliorées. Un diplôme universitaire (DU) mission patient partenaire et référent en rétablissement en cancérologie, a notamment été créé, afin de former des patients-experts à l'accompagnement de parcours de soins en cancérologie en partenariat et

(1) https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2024/07/DP-AFSOS-Barometre-SOS_V3.pdf

en appui avec des soignants impliqués dans la coordination du parcours patient. Toutefois, les disparités déjà identifiées (ville/campagne, prise en charge tardive et coûteuse, …) persistent toujours. En 2024, le regard croisé des patients et des professionnels de santé souligne deux points centraux : la nécessité d'une meilleure information sur les soins de support dès l'annonce de la maladie et la nécessité d'une meilleure orientation des patients vers les professionnels de santé à même de répondre à leurs besoins.

Recommandation n° 20 : Organiser la lisibilité de l'offre de soins oncologiques de support (SOS) et évaluer son efficience ; proposer une coordination des soins ; adapter le maillage territorial ; veiller à une gradation des soins pour une prise en charge au plus près du domicile.

2. Des initiatives associatives qui méritent d'être soutenues et développées

Le principal frein est l'existence de déserts médicaux qui crée de fait des disparités régionales d'accès aux soins de support. On observe un déséquilibre très net entre Paris/les grandes villes et la province d'une part, et particulièrement avec les zones rurales d'autre part. Certaines femmes doivent parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour trouver un psychologue ou un soin esthétique. S'y ajoute un frein financier car une femme aisée trouvera toujours les moyens d'accéder aux soins dont elle a besoin alors qu'ils restent hors de portée d'une femme en situation de précarité financière (coût, mobilité, garde d'enfants, …).

S'y ajoute une autre difficulté : l'accessibilité aux SOS en dehors de la période de traitement en tant que telle. Certes, il y a des soins de support proposés dans la majorité des hôpitaux, mais une fois que la personne n'est plus en cours de traitement, elle n'y a plus accès. Toutefois, il y a aujourd'hui un meilleur accès pour les femmes atteintes d'un cancer du sein car les associations sont plus nombreuses dans cette pathologie et certaines proposent des soins de support.

Ainsi, l'association Étincelle propose des ateliers de soins de support gratuits, moyennant une adhésion de 20 euros seulement par an. Ces ateliers offrent entre 20 et 30 activités très variées. Les plus demandées par les femmes sont les soins esthétiques, le shiatsu, la sophrologie, la danse, la psychologie et l'art-thérapie. Une centaine de femmes en bénéficie chaque année. La plupart des ateliers ont lieu à Paris, mais l'association dispose également d'antennes à Montpellier et Toulouse (et des correspondants offrent des prestations dans toute l'Occitanie).

L'association Europa Donna propose également de manière régulière des ateliers et événements afin d'accompagner et soutenir au mieux les femmes atteintes d'un cancer du sein : sophrologie, socio-esthétique, mais aussi de l'activité physique adaptée telle que la marche nordique, l'escrime ou le qi gong. Europa Donna est présente à Paris mais a des délégations à Lyon, Angers, Bordeaux et Deauville et propose aussi quelques ateliers en distanciel.

L'Association Centre Ressource®, sous la direction du Dr Jean-Loup Mouysset, oncologue, propose un Programme personnalisé d'accompagnement thérapeutique (PPACT). Actuellement, à Aix-en-Provence, plus de 140 intervenants animent des ateliers de bien-être de façon individuelle ou en groupe. Le Centre Ressource® d'Aix-en-Provence est le plus grand centre en France avec plus de 900 m² dédiés au mieux-être. Huit autres Centres Ressource® ont vu le jour dans toute la France depuis la création du premier.

Ces exemples de structures associatives proposant des soins de support très appréciés par les femmes atteintes de cancer du sein pourraient servir de source d'inspiration pour les pouvoirs publics et notamment les Agences régionales de santé (ARS) et méritent à tout le moins d'être soutenues car elles contribuent à une mission de santé publique.

En effet, le monde associatif, et particulièrement les associations de patients, joue un rôle essentiel dans notre système de santé : elles accompagnent, représentent les patientes et patients, font remonter leur expertise du vécu et contribuent à faire évoluer les pratiques et les politiques publiques. Pourtant, **ces associations restent trop souvent dans une recherche de financements permanente qui mobilise une énergie considérable au détriment de leur mission première. L**a mise en place, notamment par le ministère de la Santé, de financements publics pluriannuels, pérennes et suffisamment structurants, permettant de garantir leur indépendance et leur autonomie, s'avère indispensable. Soutenir durablement les associations de patients, c'est reconnaître leur rôle d'actrices à part entière de la démocratie en santé et leur permettre de se concentrer pleinement sur celles et ceux qu'elles accompagnent et représentent.

Recommandation n° 21 : Mettre en œuvre des financements publics pluriannuels des associations mettant à disposition des patientes atteintes de cancer du sein une offre structurée de soins oncologiques de support. Favoriser les partenariats et la coordination avec les structures publiques, notamment au moment charnière de la fin des traitements.

Les soins de support oncologiques ont démontré leur intérêt dans l'amélioration de la tolérance des traitements du cancer, de la survie, de la qualité de la vie, de la diminution du stress post-traumatique et des rechutes. Il est donc essentiel d'en assurer l'égal accès à toutes les femmes atteintes de cancer du sein, sur tout le territoire et quelles que soient leurs ressources.

III. DES CAUSES ENVIRONNEMENTALES À INVESTIGER

Une des premières étapes de la prévention des cancers consiste à connaître leurs déterminants, c'est-à-dire les facteurs susceptibles d'influer sur leur apparition. 40 % des cas de cancers sont évitables, car liés en grande partie à des facteurs comportementaux (tabac, alcool, alimentation, activité physique).

Toutefois, même un mode de vie conforme à toutes les recommandations de santé ne constitue pas une « assurance tous risques » contre les cancers. Par ailleurs, seule une petite partie des cancers du sein, 5 à 10 %, sont héréditaires, c'est-à-dire attribuables à une mutation génétique.

Les facteurs personnels, liés au mode de vie ou à l'hérédité, ne permettraient d'expliquer que la moitié des cancers du sein. Il est donc primordial de déterminer quels sont les autres facteurs, sur le plan collectif et en lien avec l'exposome (1) qui peuvent influer sur l'apparition et l'évolution des cancers du sein et surtout expliquer la singularité française avec sa triste deuxième place mondiale, particulièrement préoccupante. Des études approfondies doivent donc être menées pour identifier les facteurs environnementaux qui peuvent être incriminés et agir pour limiter l'exposition et l'**effet « cocktail »**.

En effet, ce n'est pas une seule substance chimique qui compte, mais l'exposition totale. Or, au cours d'une même journée, une femme peut être exposée à différentes substances provenant des aliments, des emballages alimentaires, des produits d'hygiène personnelle, de la poussière domestique, de l'eau potable, des produits d'entretien, de l'air extérieur et de son environnement professionnel. Même si chacune de ces expositions se produit à de faibles doses, la charge environnementale à laquelle l'organisme est confronté ne provient pas d'une seule substance. Cette question revêt une importance particulière du point de vue du système endocrinien qui joue un rôle majeur dans l'apparition des cancers hormonodépendants comme le cancer du sein. En effet, **différentes substances peuvent agir sur un même récepteur hormonal**, exercer leur effet à différents stades d'une même voie biologique ou modifier un même résultat physiologique par le biais de mécanismes totalement différents.

A. LA RÉDUCTION DE L'EXPOSITION AUX PERTURBATEURS ENDOCRINIENS : UN ENJEU MAJEUR POUR LA SANTÉ HUMAINE ET L'ENVIRONNEMENT

1. Des perturbateurs endocriniens omniprésents

Le système endocrinien est un ensemble de glandes et organes qui produisent des hormones et les libèrent dans le sang. **Un perturbateur endocrinien est une substance ou un mélange de substances qui altère les fonctions du système endocrinien et de ce fait induit des effets néfastes pour la santé**.

Les perturbateurs endocriniens (PE) se retrouvent dans de nombreux objets et produits de la vie courante et professionnelle (produits ménagers, détergents, produits phytosanitaires, cosmétiques, produits alimentaires, ustensiles de cuisine, revêtement des sols...). **Les PE sont également présents dans**

(1) L'exposome est le cumul des expositions à des facteurs environnementaux (non génétiques) que subit un organisme, de sa conception à sa fin de vie.

l’environnement du fait d’une contamination des différents milieux (milieux aquatiques, sols, air).

Pour la population générale, les principales voies d’exposition aux PE sont maternelles (passage de la barrière placentaire, lait maternel), digestives, respiratoires et cutanées (produits cosmétiques, détergents, jouets, produits d’hygiène). Le tableau ci-dessous illustre l’omniprésence des perturbateurs endocriniens dans la vie de tous les jours, la plupart du temps sans que les consommateurs aient conscience de leur présence et du danger qu’ils représentent pour leur santé.

Perturbateurs endocriniens à « risque avéré ou probable de cancer » ©

Un certain nombre d'affections, avec des effets néfastes à court ou à long termes, sont (ou suspectés d'être) la conséquence d'une exposition aux PE. Parmi les pathologies et effets sanitaires pour lesquels le **niveau de preuve est considéré comme suffisant, on trouve un nombre important de troubles de la santé reproductive.** Figurent également dans cette catégorie les troubles du comportement et les troubles cognitifs chez l'enfant, l'asthme, **le cancer du sein** et le cancer de la prostate, les lymphomes et leucémies chez l'enfant et les maladies thyroïdiennes auto-immunes. Les indicateurs en matière de cancer du sein (un cancer hormono-dépendant pour lequel les perturbateurs endocriniens constituent un facteur de risque avéré) connaissent une dégradation constante, avec une progression du taux d'incidence de +1,1 %/an sur la période 1990-2018.

2. Un cadre juridique à renforcer d'urgence

Depuis 2014, une Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens a été lancée. Son objectif principal : réduire l'exposition de la population et de l'environnement aux perturbateurs endocriniens. Cette stratégie vise à encourager la recherche, poursuivre la réglementation sur les perturbateurs endocriniens, favoriser la formation des professionnels de santé et l'information de la population.

La loi n° 2012-1442 du 24 décembre 2012 a interdit le bisphénol A dans les contenants destinés aux enfants de moins de trois ans, notamment dans les biberons. Cette loi interdit également les collerettes de tétines, de sucettes et les anneaux de dentition pour bébés contenant ce produit. En 2015, l'interdiction du BPA a été étendue à tous les contenants alimentaires. Dans l'état actuel des connaissances, l'Anses n'encourage pas à utiliser d'autres bisphénols en substitution du BPA.

Le cadre réglementaire, fixé pour l'essentiel au niveau européen, demeure inabouti malgré des progrès récents. La prise en compte des perturbateurs endocriniens pâtit d'une fragmentation entre différents textes sans approche harmonisée. Au niveau sectoriel, certaines réglementations accordent un traitement particulier à la perturbation endocrinienne, en particulier s'agissant des pesticides. De façon plus générale, la perspective de réduction de l'usage des pesticides est affaiblie par un vote du Parlement européen de 2023 refusant une proposition de règlement visant à mettre en place une réduction de 50 % des pesticides les plus toxiques, compromettant ainsi un objectif annoncé dans la stratégie européenne « De la ferme à la table ». Il est donc indispensable de renforcer l'information des consommateurs et d'élaborer des politiques publiques volontaristes d'interdiction de substances, tant au niveau européen, national ou local permettant de lutter contre cet envahissement de notre vie quotidienne par les perturbateurs endocriniens.

S'agissant du cancer du sein et de l'infertilité, la priorité doit porter sur les Perturbateurs Endocriniens Non Persistants (PENP), qui par définition sont éliminés quotidiennement par l'organisme humain. Un objectif « Zéro exposition à échéance de 5 ans » doit permettre de voir une diminution des impacts sanitaires pour un

grand nombre de pathologies (a minima les 30 identifiées par Santé Publique France).

L'information mérite tout particulièrement d'être renforcée dans le domaine des produits cosmétiques, dont la France est grande consommatrice. Les cosmétiques représentent l'une des principales sources d'exposition aux perturbateurs endocriniens en raison de leur usage quotidien et de leur application directe sur la peau, les muqueuses ou les cheveux. Contrairement à d'autres polluants environnementaux comme les PCB, ces substances pénètrent rapidement dans l'organisme via l'épiderme, une barrière perméable qui ne filtre pas efficacement les molécules chimiques. Le marché français des produits cosmétiques est le quatrième au monde, après ceux des États-Unis, du Japon et de l'Allemagne. En termes de dépenses par tête, la France est le troisième pays européen après le Danemark (171e) et l'Espagne (169e). Or, la plupart des consommatrices ne sont pas conscientes de la présence importante de perturbateurs endocriniens dans ces produits du quotidien, ni de leur danger.

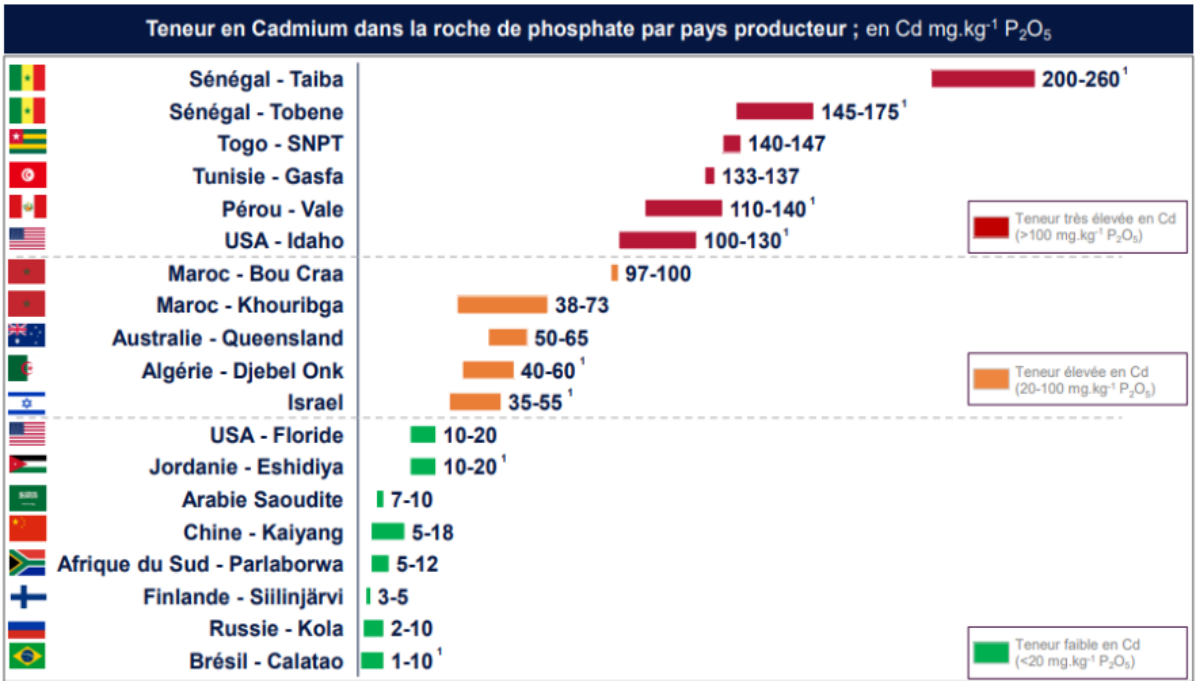
Recommandation n° 22 : S'agissant des perturbateurs endocriniens, renforcer l'information des consommateurs dans l'étiquetage des produits, en indiquant obligatoirement la présence de perturbateurs endocriniens. Créer un cadre juridiquement contraignant, afin d'interdire la présence de perturbateurs endocriniens dans les produits de consommation et dans les bâtiments publics, sauf quand l'utilisation est reconnue essentielle à la société.

B. LA SUREXPOSITION DES FRANÇAIS AU CADMIUM, MÉTAL LOURD CANCÉROGÈNE

1. Une exception française

Le cadmium est un métal lourd classé cancérogène, mutagène et toxique pour la reproduction, présent dans l'environnement et dans certains aliments de consommation courante comme les céréales du petit-déjeuner, le pain, les pâtes, les pommes de terre ou le riz. Ce contaminant s'accumule lentement dans l'organisme, principalement dans les reins et les os, et s'élimine très difficilement une fois absorbé. **Parmi les cancers associés au cadmium, le cancer du sein est l'une des pistes les plus explorées : en tant que perturbateur endocrinien, le cadmium peut interagir avec les récepteurs aux œstrogènes et potentiellement influencer la prolifération des cellules mammaires.**

Les activités humaines sont responsables de la large majorité des émissions et des contaminations dans différentes matrices environnementales (air, sols, eau). **Les activités agricoles représentent aujourd'hui la source dominante de contamination diffuse des sols en cadmium.** En effet, les engrais phosphatés contiennent naturellement du cadmium qui s'accumule dans les sols et est ensuite absorbé par les plantes. **Selon leurs provenances les engrais phosphatés contiennent plus ou moins de cadmium** (IGEDD, 2026) :



Le scandale du cadmium en France est lié aux importations d'engrais phosphatés marocains. En effet, la France importe 95 % de ses engrais phosphatés, et la plupart viennent du Maroc. Alors que le Maroc détient 70 % des réserves mondiales de phosphate, ces engrais sont un levier essentiel pour son développement économique, en dépit de conséquences sanitaires particulièrement néfastes. *« C'est un sujet important, avec des enjeux sanitaires, géopolitiques et agricoles, qui mobilise toute l'attention du gouvernement »*, avait assuré, au début de juin 2025, le ministère de l'agriculture, après l'alerte des médecins libéraux sur la « bombe sanitaire » que constitue le cadmium. Dans leur lettre, les praticiens pointaient **l'« explosion de la contamination » des Français et en particulier des enfants – ils sont six fois plus exposés que les jeunes Allemands.** Un projet de décret avait été écrit en novembre 2020 pour réduire l'exposition au cadmium.

À l'époque, l'Union européenne venait de durcir sa réglementation, et de fixer un maximum de 60 milligrammes de cadmium par kilogramme (mg/kg) d'anhydride phosphorique (P2O5) dans les engrais. Le projet de décret prévoyait d'aligner la réglementation française sur les règles européennes qui allaient bientôt entrer en vigueur, alors que la France autorisait jusqu'à 90 mg/kg de P2O5. Certains pays comme la Finlande ou la Hongrie appliquaient déjà des seuils nettement plus stricts, fixés à 20 mg/kg de P2O5. Le texte avait suscité une levée de boucliers de l'industrie des engrais.

Les données récentes issues des travaux de l'Anses mettent en évidence une imprégnation préoccupante de la population française au cadmium (Anses, 2026). Le niveau moyen de cadmium urinaire chez les adultes est estimé à environ 0,57 µg/g de créatinine, un niveau en nette augmentation par rapport aux années 2000 (environ 0,29 µg/g), soit **un quasi-doublement en une décennie**. Cette concentration moyenne dépasse le seuil sanitaire de référence fixé à 0,5 µg/g

de créatinine. **Les données montrent qu'environ 47 % de la population française dépasse ce seuil**, avec des proportions encore plus élevées dans certains groupes, notamment chez les enfants et les adultes d'âge moyen, ce qui souligne le caractère diffus et généralisé de l'exposition. Dans ce contexte, la situation française apparaît plus défavorable que celle observée dans plusieurs autres pays, avec des niveaux d'exposition parfois plusieurs fois supérieurs. Ces résultats traduisent une exposition chronique, principalement d'origine alimentaire, et soulignent l'importance de mesures de réduction à l'échelle de la population.

L'air ambiant peut également contenir du cadmium, notamment à proximité de certaines activités industrielles. Les industries métallurgiques, l'incinération des déchets ou encore la combustion de certains combustibles peuvent émettre du cadmium dans l'atmosphère. Ce cadmium peut ensuite être inhalé ou se déposer sur les sols et les cultures, contribuant indirectement à l'exposition alimentaire. Toutefois, pour la majorité de la population vivant loin de ces sources, cette voie d'exposition reste généralement secondaire.

2. Faire passer la santé avant les considérations économiques

La question de la diversification de l'approvisionnement pour les engrais phosphatés n'a pas été abordée par le gouvernement français. Elle risquerait de bousculer un important et ancien partenariat économique entre la France et le Maroc, et notamment le groupe OCP (Office chérifien des phosphates), principal producteur de produits phosphatés au monde, mais aussi première entreprise du Maroc (dont l'État marocain est le premier actionnaire). Or, dans les pays d'Afrique du Nord, les gisements de roches phosphatées sont constitués de roches sédimentaires, qui présentent des teneurs en cadmium *« pouvant être élevées »*, explique l'Anses. En revanche, l'agence souligne que les roches d'origine ignée, c'est-à-dire issues du manteau terrestre, *« comme celles provenant d'Afrique du Sud ou de Russie, présentent généralement des concentrations en cadmium peu élevées »*. **Les sols français sont deux fois plus contaminés que les sols d'Europe**. C'est deux fois plus que les sols allemands, trois fois plus que les sols belges, parce que les agriculteurs allemands et belges s'approvisionnent en Europe du Nord, souligne le député Benoît Biteau dans le documentaire *Aliments pollués : on mange quoi maintenant ?* diffusé sur France 5, en mai 2026. L'élu a également évoqué des gisements importants de phosphate faibles en cadmium au Brésil. L'Anses insiste sur la **nécessité d'agir à la source, en abaissant durablement la teneur en cadmium des engrais phosphatés qui nourrissent les sols agricoles.**

L'origine des engrais phosphatés n'explique pas à elle seule l'importante exposition des Français au cadmium. Derrière cette alarmante exception tricolore se trouve en effet une dérogation. **La France bénéficie depuis plusieurs années d'une mesure lui permettant d'utiliser des engrais phosphatés avec des taux de cadmium s'élevant à 90 mg/kg alors que la limite fixée à l'échelle de l'Union européenne depuis 2019 s'élève à 60 mg/kg, rappelle l'Anses.**

Une chose est certaine : agir n'aura des effets que sur le long terme. *« La diminution de la teneur en cadmium des engrais ne devrait avoir un effet sensible sur la teneur des récoltes qu'après plusieurs décennies »*, prévient l'Inrae.

Ces résultats soulignent l'importance de surveiller les sources environnementales de cadmium afin de limiter l'exposition de la population. Une première étape, pour mettre fin à cette exception française : l'Assemblée nationale a largement adopté, mercredi 3 juin 2026, une proposition de loi écologiste visant à limiter l'exposition de la population au cadmium en abaissant la teneur en cadmium des engrais phosphatés à 20 mg/kg dès 2030 (contre 90 mg/kg aujourd'hui). Le texte, adopté en première lecture par 144 voix contre 22, prévoit une trajectoire ambitieuse de réduction des taux autorisés de cadmium dans les engrais phosphatés. Il doit maintenant être examiné au Sénat.

Recommandation n° 23 : Mettre fin à l'exception française lui permettant d'utiliser des engrais phosphatés avec des taux de cadmium s'élevant à 90 mg/kg alors que la limite fixée à l'échelle de l'Union européenne depuis 2019 s'élève à 60 mg/kg. Interdire l'importation d'engrais phosphatés en provenance de pays où la teneur en cadmium est élevée.

C. RÉDUIRE IMPÉRATIVEMENT L'EXPOSITION AUX PESTICIDES

1. Une présence massive

Les pratiques des Européens concernant l'utilisation des pesticides varient beaucoup d'un pays à l'autre. En valeur absolue, la France, l'Espagne, l'Allemagne et l'Italie ont déclaré les volumes les plus importants en termes d'utilisation de pesticides de l'UE en 2023. Un classement assez logique, puisque ces quatre pays sont également les plus importants producteurs agricoles de l'Union européenne. **Rapportés au nombre d'hectares** cependant, l'Espagne (3,19 kg/ha), l'Allemagne (3,41 kg/ha) et **la France (3,65 kg/ha) se situent au-dessus de la moyenne européenne (2,67 kg/ha)**. L'Italie (4,17 kg/ha) se trouve quant à elle bien au-delà de cette moyenne, tout comme la Belgique (5,42 kg/ha). En France, la consommation est restée stable, passant de 3,46 kg/ha en 2013 à 3,65 en 2023 [(1)]. L'Union européenne est l'un des plus grands marchés de pesticides au monde. Les politiques destinées à réduire leur utilisation n'ont pas été couronnées de succès jusqu'à présent.

En Europe, la commercialisation et l'utilisation des pesticides, ainsi que les niveaux de résidus autorisés dans les denrées alimentaires, sont encadrés par plusieurs textes européens. La Commission européenne définit un pesticide comme « un produit qui prévient, détruit, ou contrôle un organisme nuisible ou une maladie, ou qui protège les végétaux ou les produits végétaux durant la production, le stockage et le transport ». Le terme regroupe donc des familles différentes de

(1) https://www.touteleurope.eu/agriculture-et-peche/quel-pays-europeen-utilise-le-plus-de-pesticides/

pesticides, comme les fongicides, les herbicides ou les insecticides, mais inclut aussi les répulsifs ou les régulateurs de croissance, entre autres.

En décembre 2025, la Commission européenne a proposé de simplifier les règles d'autorisation des pesticides. Pour de nombreuses substances actives, les renouvellements systématiques à échéance fixe seraient remplacés par des réexamens ciblés, notamment lorsque de nouvelles données scientifiques font apparaître un risque. Pensée pour renforcer la compétitivité du secteur agricole et agroalimentaire, cette nouvelle proposition suscite déjà la controverse car elle **remettrait en cause l'examen périodique pour l'autorisation des pesticides**. Cette proposition « omnibus » doit désormais obtenir l'aval du Parlement européen et du Conseil de l'UE pour entrer en vigueur. La proposition a suscité l'indignation de nombreuses ONG environnementales et des professionnels de santé.

Selon les données des ONG, **la France se place dans le « top 3 » des pays européens qui autorisent le plus de pesticides**. Avec 291 molécules autorisées sur 453 dans l'UE, elle talonne l'Espagne (296) et la Grèce (298). La cartographie de l'utilisation des pesticides en France laisse entrevoir des territoires fortement exposés et d'autres relativement épargnés, en fonction des types de culture et des caractéristiques biogéographiques. À cet égard, **les territoires ultramarins sont particulièrement exposés aux pesticides.** L'affaire du chlordécone (CLD) constitue aujourd'hui l'exemple le plus frappant de la surexposition des territoires ultramarins aux pesticides. Alors que la France s'était engagée en 2018 à réduire les usages de 50 % d'ici 2025 dans le cadre du plan Ecophyto II+, et que l'UE porte la même ambition à l'horizon 2030 (Pacte vert pour l'Europe), il reste encore beaucoup à faire pour atteindre les objectifs.

L'Atlas des pesticides [(1)] prend l'exemple du Danemark, un pays qui a pu réduire significativement sa consommation de pesticides, en appliquant une première taxe sur ces produits en 1972, puis en créant un impôt - indexé sur la toxicité du produit - dont les revenus sont aujourd'hui reversés au secteur agricole pour la transition.

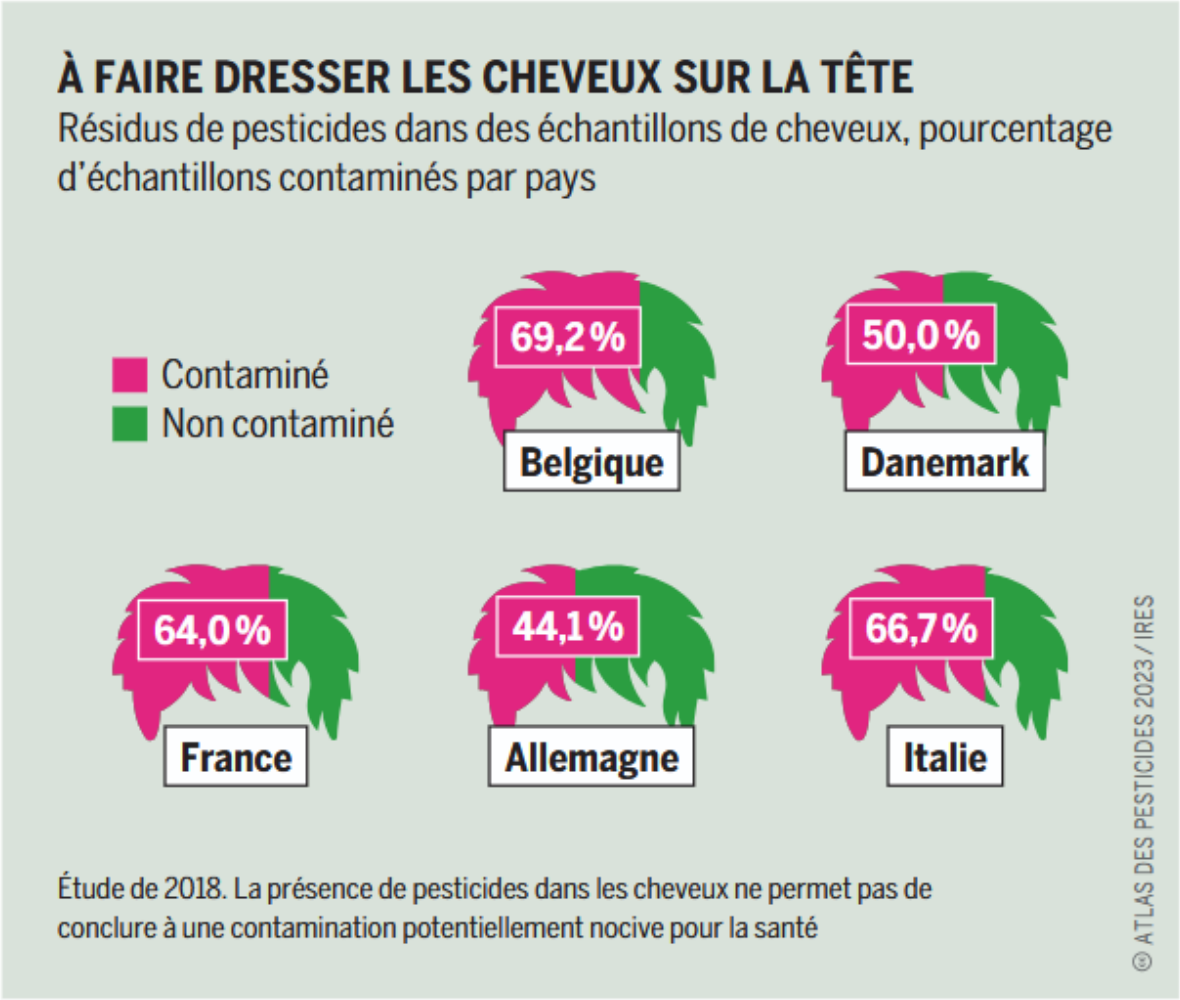
Recommandation n° 24 : Mettre en place une taxe pollueurs sur tous les produits pesticides et l'étendre à l'industrie chimique, à l'industrie cosmétique et à l'industrie agroalimentaire pour tous les produits contenant des polluants chimiques toxiques.

Outre les effets ravageurs sur l'écosystème et la biodiversité, les pesticides ont des conséquences délétères sur la santé humaine. Les pesticides se retrouvent dans la nourriture sous forme de résidus et sont ingérés par de nombreuses personnes. L'ingestion au quotidien d'aliments contaminés par les pesticides présente des risques graves pour la santé, En outre, les pesticides restent rarement à l'endroit où ils ont été appliqués. Les vents transportent poussières, particules et gouttelettes vers les zones résidentielles situées à proximité des terres agricoles ou

(1) Atlas des pesticides, faits et chiffres sur les substances chimiques toxiques dans l'agriculture, 2023.

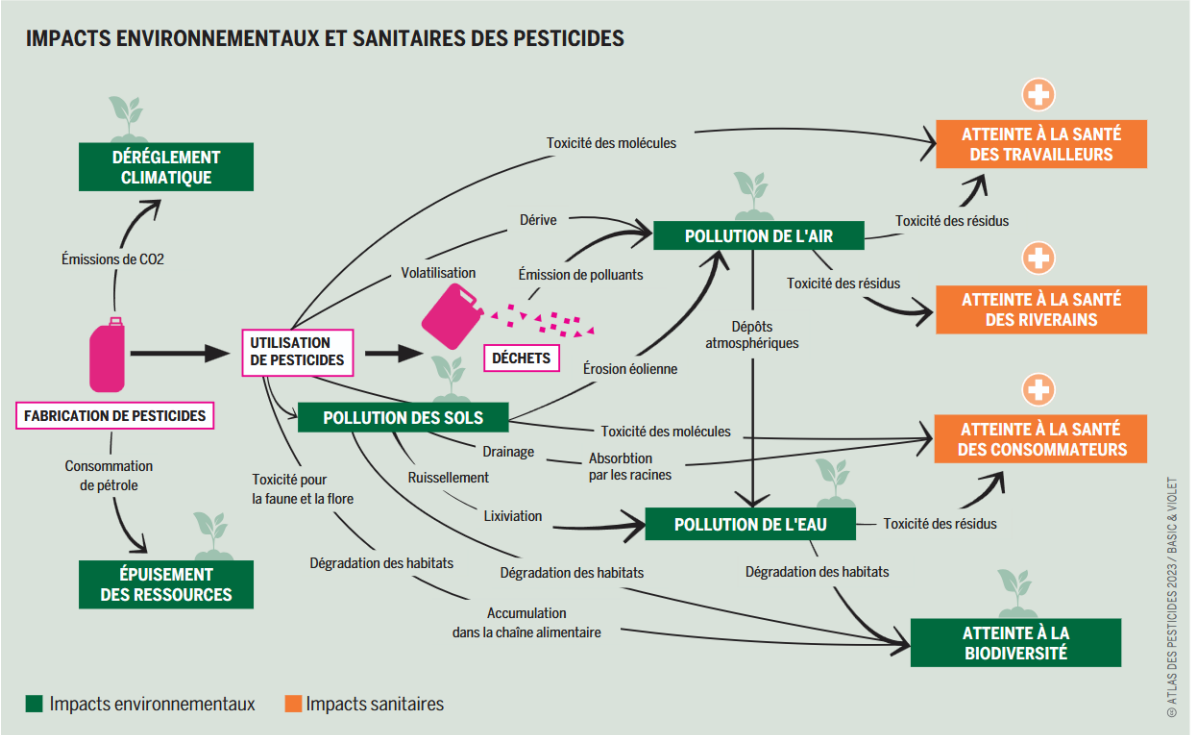
à des kilomètres de là. Une étude datant de 2020 a analysé sur une période de 12 mois les concentrations de pesticides atmosphériques dans 50 sites à travers la France. Du glyphosate a été détecté dans 80 % des cas, preuve supplémentaire de sa dissémination sur de longues distances. L'exposition à ces substances toxiques est particulièrement élevée en France.

Les cheveux des êtres humains poussent vite et servent souvent de support pour analyser la présence de substances chimiques. Ces taux élevés montrent combien les pesticides sont omniprésents dans l'environnement en France :



2. Les femmes en première ligne

Les femmes sont en première ligne face aux pesticides. Les dangers des pesticides ne sont pas les mêmes selon le sexe. Les personnes de sexe féminin ayant généralement une plus grande proportion de masse grasse, elles sont plus susceptibles de stocker les polluants qui s'accumulent dans les tissus adipeux. Leur corps est également constitué de plus de tissus sensibles aux hormones, ce qui les rend plus vulnérables à l'égard des pesticides, notamment ceux qui sont hormono-actifs ou connus pour être des perturbateurs endocriniens. Il existe en outre un lien établi entre le cancer du sein et certains pesticides qui agissent comme cancérogènes mammaires et promoteurs de tumeur.



Si la France est loin d'être sortie des pesticides, malgré leur impact négatif sur l'environnement et la santé, de nombreuses initiatives sur les territoires visant à réduire ou supprimer l'utilisation des pesticides, sont menées par différents types d'acteurs à des échelles diverses : agriculteurs, entreprises, collectivités territoriales, associations, organismes de recherche, … Un des principaux leviers d'action pour les collectivités est la restauration collective dans les cantines, de la crèche au lycée.

C'est toute cette panoplie d'initiatives, souvent en avance sur les lois, associant des acteurs locaux qui, si elles continuent à essaimer et sont soutenues par les politiques publiques à différentes échelles, pourra permettre de dessiner une France sans pesticides.

D. L'ALIMENTATION, UN LEVIER À MOBILISER POUR LUTTER CONTRE LE CANCER

1. Les facteurs augmentant les risques de cancer du sein

Boissons alcoolisées : Le risque augmente avec la quantité totale d'alcool consommée. On constate une augmentation significative dès une consommation moyenne d'un verre par jour, quel que soit le type d'alcool. La consommation régulière d'alcool entraîne une augmentation des taux d'hormones stéroïdes circulantes (œstrogènes, androgènes). Concernant l'exposition en France métropolitaine, en 2017 : 23,6 % des 18-75 ans dépassaient les repères de consommation (Santé publique France 2020). En 2021, la consommation moyenne a un peu diminué puisqu'elle est passée à 22 %, mais on observe toujours des consommations élevées chez les jeunes (Santé publique France 2023). Les

recommandations sont les suivantes : pas plus de 10 verres par semaine ; pas plus de 2 verres par jour ; avec des jours sans consommation.

Surpoids et obésité : L'excès de tissus adipeux entraîne un insulinorésistance qui augmente la sécrétion d'insuline par le pancréas et favorise la prolifération cellulaire. La production d'œstrogènes en excès par l'aromatase (enzyme) stimule la multiplication des cellules des tissus hormonodépendants (sein, endomètre, ovaire), même après la ménopause. Quant à l'obésité, elle engendre un état inflammatoire chronique qui favorise le stress oxydatif et peut induire des altérations de l'ADN. En France, 49 % des adultes sont en surcharge pondérale : 32 % en surpoids et 17 % en situation d'obésité (Étude Esteban, Santé publique France 2017). Il est recommandé de surveiller son poids en se pesant régulièrement (une fois par mois) ; de pratiquer une activité physique, d'avoir une alimentation équilibrée conforme aux recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS). **Plusieurs études convergent vers une association entre consommation élevée d'aliments ultratransformés et prise de poids.** À l'échelle de la population, certains travaux montrent qu'un apport important de ces produits augmente le risque d'être en surpoids ou obèse et favorise particulièrement l'accumulation de graisse abdominale. En effet, les aliments ultratransformés ont souvent plus de calories à volume égal et apportent peu de fibres ou d'eau. Ils sont donc moins rassasiants, ce qui peut conduire à manger davantage avant de ressentir la satiété. De plus, les produits riches en glucides raffinés et sucres rapides ont un impact sur les réponses insulinémiques et la façon dont le corps stocke l'énergie. La combinaison d'ingrédients sucrés, gras et salés peut activer fortement les voies de la récompense cérébrale. Cela facilite la surconsommation répétée parce que ces aliments incitent à les rechercher pour l'effet agréable qu'ils procurent.

Les aliments ultratransformés : Durant les dernières décennies, les habitudes alimentaires se sont modifiées dans le sens d'une augmentation de la consommation d'**aliments ultra-transformés qui contribuent aujourd'hui à plus de la moitié des apports énergétiques dans de nombreux pays occidentaux**. Le groupe des « aliments ultra-transformés » comprend notamment les pains et brioches industriels, les barres chocolatées, les biscuits apéritifs, les sodas et boissons sucrées aromatisées, les nuggets de volaille et de poisson, les soupes instantanées, les plats cuisinés congelés ou prêts à consommer et tous produits transformés avec ajout de conservateurs autre que le sel (nitrites par exemple), ainsi que les produits alimentaires principalement ou entièrement constitués de sucre, de matières grasses et d'autres substances non utilisées dans les préparations culinaires telles que les huiles hydrogénées et les amidons modifiés. Les procédés industriels comprennent par exemple l'hydrogénation, l'hydrolyse, l'extrusion, et le prétraitement par friture. **Des colorants, émulsifiants, texturants, édulcorants et d'autres additifs sont souvent ajoutés à ces produits**.

Une nouvelle étude associant des chercheurs de l'Inserm, de l'Inra et de l'Université Paris 13 (Centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne Paris Cité, équipe EREN) suggère une association entre la consommation

d'aliments ultra-transformés et le surrisque de développer un cancer [1]. Lors de cette étude, une augmentation de 10 % de la proportion d'aliments ultra-transformés dans le régime alimentaire s'est révélée être associée à une augmentation de plus de 10 % des risques de développer un cancer au global et un cancer du sein en particulier. Parmi les différentes hypothèses qui pourraient expliquer ces résultats, **la moins bonne qualité nutritionnelle globale des aliments ultra-transformés ne serait pas la seule impliquée, suggérant des mécanismes mettant en jeu d'autres composés (additifs, substances formées lors des process industriels, matériaux au contact des aliments, etc.)**. Pour poursuivre ces travaux, l'équipe de recherche lance actuellement un nouveau programme sur les additifs alimentaires, dont l'objectif principal sera d'évaluer les expositions alimentaires usuelles à ces substances et d'étudier leurs effets potentiels sur la santé et la survenue de maladies chroniques.

2. Les facteurs diminuant les risques de cancers

Fruits et légumes : Ils apportent une grande diversité de substances potentiellement protectrices à l'égard du cancer : les fibres qui contribuent à la réduction de l'hyperinsulinémie, de l'insulinorésistance, des concentrations d'hormones stéroïdiennes circulantes, du temps de transit intestinal et de l'exposition des cellules du côlon aux cancérogènes ; **les micronutriments** (vitamines, minéraux) **et microconstituants** (polyphénols, caroténoïdes, molécules soufrées, …) **qui ont des activités antioxydantes ou antiprolifératives** et participent aux modulations du métabolisme des molécules étrangères à l'organisme, de l'expression des gènes, du système immunitaire, etc. Par ailleurs, ils sont peu caloriques et contribuent à la réduction du risque de surpoids et d'obésité.

En France métropolitaine, pour les 18-54 ans, 72 % ont une consommation inférieure à 5 fruits et légumes par jour ; pour les 18-74 ans, 58 % ont une consommation inférieure à 5 fruits et légumes par jour (Étude Esteban, Santé publique France 2018, 2019). Or, il est recommandé de consommer au moins 5 portions (80-100 g) par jour, en privilégiant les fruits et légumes cultivés selon des modes de production diminuant l'exposition aux pesticides. Selon l'étude Beranski [2] de juillet 2014, les concentrations d'antioxydants tels que les polyphénoliques étaient entre 18 et 69 % plus élevées dans les cultures biologiques. Les cultures biologiques contenaient en moyenne des niveaux inférieurs de 48 % de cadmium. Les concentrations d'azote total étaient inférieures de 10 %, celles de nitrate de 30 % et de nitrite de 87 % dans les cultures biologiques par rapport aux cultures conventionnelles. Les résidus de pesticides étaient quatre fois plus susceptibles d'être trouvés dans les cultures conventionnelles que dans les cultures biologiques.

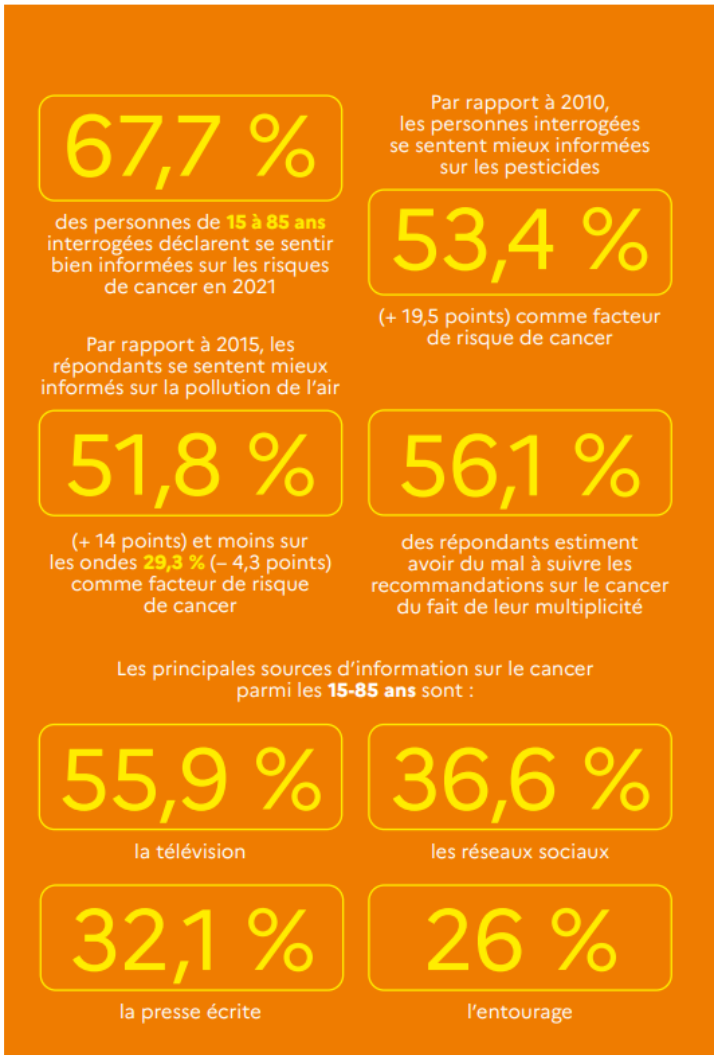
---

(1) https://presse.inserm.fr/consommation-daliments-ultra-transformes-et-risque-de-cancer/30645/

(2) Higher antioxidant and lower cadmium concentrations and lower incidence of pesticide residues in organically grown crops : a systematic literature review and meta-analyses, Baranski et al B J Nutr.septembre 2014.

3. Renforcer l’information et lutter contre l’alimentation industrielle

La relative information des consommateurs, n’influe néanmoins pas de manière significative sur les comportements de consommation. Selon le baromètre Cancer 2021, Institut national du cancer :



Alors que les dépenses de santé explosent, il est urgent de mettre en œuvre des politiques de prévention contre l’alimentation industrielle et ses effets mortifères. La bataille s’annonce ardue. L’alimentation industrielle s’impose aujourd’hui comme un enjeu sanitaire et financier central, tandis que son coût réel pour la société dépasse largement la simple addition des tickets de caisse. Or, entre explosion des pathologies chroniques et pression constante sur les finances publiques, l’alimentation industrielle révèle un modèle alimentaire à bout de souffle, dont les répercussions exigent une réponse politique ferme et coordonnée. Pourtant, alors que celle-ci s’impose durablement dans les habitudes alimentaires, la puissance publique peine encore à endiguer ses effets délétères, malgré des alertes scientifiques répétées et des chiffres désormais alarmants.

Si l’alimentation industrielle compromet la santé individuelle, elle impacte également de manière systémique les finances collectives. En effet, chaque euro investi pour soigner les conséquences de celle-ci constitue un coût évitable si une

politique de prévention efficace était mise en œuvre. Pourtant, alors que les dépenses de santé explosent, les mesures de régulation demeurent fragmentaires et souvent contestées.

La mise en œuvre de politiques coordonnées s'impose, comme l'affirme un communiqué de l'INSERM : *« La littérature scientifique montre que cette amélioration nécessite la mise en place de politiques publiques coordonnées visant à réduire la production, la commercialisation et la consommation d'aliments ultra-transformés »*. Responsabiliser, voire culpabiliser, les individus est soit insuffisant, soit inefficace. **L'action doit se concentrer sur la source du problème, c'est-à-dire l'offre elle-même**. La solution passe d'abord par une meilleure accessibilité des aliments sains, doublée d'une taxation renforcée sur la nourriture industrielle. Il faut également encadrer davantage la publicité et le marketing pour les aliments au profil nutritionnel défavorable, particulièrement lorsque celui-ci cible les enfants. Des solutions qui, jusqu'à présent, ont rencontré en France une forte opposition.

La bataille est ardue, au regard des moyens gigantesques dont disposent les multinationales de l'agroalimentaire. Celles-ci ont recours aux mêmes méthodes que celles que l'industrie du tabac a utilisées pendant des décennies, en discréditant le discours scientifique et en n'hésitant pas à produire ses propres études éhontément biaisées. En toile de fond d'un matraquage publicitaire, elles n'hésitent pas à faire du chantage à l'emploi, tout en mettant en avant le « droit au plaisir » du consommateur opposé à des politiques de santé publique accusées de restreindre la liberté individuelle. La vérité est que l'alimentation industrielle, au travers des maladies qu'elle provoque, détruit davantage de valeur qu'elle n'en crée pour la société, et qu'il est temps d'arrêter les frais.

Recommandation n° 25 : Mener des campagnes annuelles d'information et de sensibilisation, incluant les établissements scolaires et les parents d'élèves, sur les effets délétères pour la santé de l'alimentation ultratransformée. Intégrer dans le calcul du Nutri-score les additifs, le degré de transformation, l'origine des ingrédients, le mode de production et l'impact environnemental. Alourdir la taxation sur les produits les plus nocifs pour la santé.

E. DÉVELOPPER LA RECHERCHE SUR L'EXPOSOME

1. Un pan négligé de la recherche

Tout au long de sa vie, dans un environnement qui lui est propre, l'individu est exposé à une multitude de facteurs - chimiques, physiques, biologiques, psychologiques et même sociologiques - qui définissent son exposome. **L'exposome offre une vision réellement multidimensionnelle des relations entre environnement et santé**.

Né de la nécessité de mieux comprendre l'influence sur la santé de toutes les expositions auxquelles est soumis un individu durant sa vie entière, le concept

d'exposome est introduit en 2005 par le britannique Christopher Wild, épidémiologiste du cancer. Il prend en compte notre exposition aux agents chimiques, présents dans notre environnement et notre alimentation, physiques avec par exemple le bruit, biologiques via les micro-organismes avec lesquels nous sommes en contact mais aussi les carences alimentaires au cours du développement et des facteurs pyschosocioéconomiques (stress, inégalités sociales).

Les enjeux de la recherche sont aujourd'hui de caractériser les différentes facettes de l'exposome, d'en **mesurer l'effet sur la survenue de maladies humaines, en particulier les cancers**, les maladies neurodégénératives ou d'origine endocrinienne, d'étudier les interactions éventuelles entre les composants de l'exposome, ou entre l'exposome et divers paramètres biologiques. **Les expositions regroupées dans l'exposome sont, pour certaines d'entre elles, évitables. Une meilleure compréhension de l'exposome serait susceptible de jouer un rôle majeur en prévention**.

Différentes disciplines, complémentaires entre elles, permettent de mieux mesurer l'exposome : l'épidémiologie, la chimie analytique, la toxicologie et la modélisation, les sciences sociales. Une approche pluridisciplinaire apparaît donc indispensable. Malgré la nature holistique de l'exposome, la plupart des travaux de recherche ont concerné l'exposome chimique. Ceci est regrettable en raison de **fortes interactions entre différents types d'expositions**. Par exemple, il existe des interactions entre les agents chimiques et biologiques (certains contaminants ont des effets immunosuppresseurs ou pro-inflammatoires). Par ailleurs, la situation socio-économique influe sur le risque d'exposition à certains contaminants.

Jusqu'à récemment, les impacts sanitaires du changement climatique, de la perte de diversité et du franchissement des limites planétaires étaient relativement peu étudiés. Or, il est indispensable d'intégrer ces impacts dans celui des relations entre environnement et santé, notamment l'exposome. La crise climatique modifie des expositions : chaleur, polluants atmosphériques, maladies à vecteurs, rayonnements UV, pollens, désertification et diminution des terres agricoles, stress psycho-sociaux liés aux catastrophes naturelles, … Ces changements d'exposition s'additionnent avec ceux liés aux changements environnementaux d'origine anthropique comme la pollution de l'air, l'appauvrissement des terres liées à la surexploitation et à l'utilisation massive de pesticides, la pollution des océans et des cours d'eau mais aussi des expositions liées à l'habitat insalubre ou aux activités professionnelles.

2. Des priorités à définir et à financer

Selon l'Académie de médecine [(1)], la qualité et la quantité de recherche sur l'exposome en France a nettement progressé ces dernières années. Toutefois, s'il existe des cohortes assez grandes en France, elles n'ont pas été conçues dans le

(1) Rapport de l'Académie nationale de médecine, février 2024, « L'exposome, une contribution majeure pour la prévention ».

cadre de l'exposome, le bilan des expositions n'étant pas exhaustif. Par ailleurs, la durabilité de la biosurveillance à l'échelle européenne n'est pas garantie pour le moment. La recherche en toxicologie (expérimentale, clinique et numérique) est de bon niveau, mais la communauté est trop réduite pour répondre à l'ensemble des défis actuels. En particulier, des champs comme celui de l'épigénétique sont insuffisamment développés. Une vision européenne et durable serait aussi très bénéfique. Des clusters européens comme celui sur les perturbateurs endocriniens EURION et le Partenariat pour l'évaluation des risques chimiques (PARC) répondent en partie seulement à ces besoins et la durabilité de ces initiatives n'est pas assurée. L'exploitation des données et les liens entre données environnementales et sanitaires sont loin d'être suffisants. Enfin, la recherche sur l'exposome dans le champ clinique est très embryonnaire à l'heure actuelle. Quant à la recherche sur l'exposome tenant compte du sexe et du genre, elle est à ses débuts.

Recommandation n° 26 : Prévoir un financement ambitieux de la recherche sur l'exposome, tant sur le plan national, qu'européen, afin de structurer et renforcer la recherche sur l'exposome et mieux connaître le poids des maladies liées aux atteintes à l'environnement.

DEUXIÈME PARTIE

I. L'INFERTILITÉ, UN DÉFI DE SANTÉ PUBLIQUE ET UN ENJEU DE SOCIÉTÉ TROP LONGTEMPS PASSÉ SOUS SILENCE

L'infertilité se définit comme l'absence de grossesse après au moins douze mois de rapports sexuels réguliers et non protégés. Pour mémoire, chez un couple n'utilisant pas de contraception, la probabilité d'obtenir une grossesse au cours d'un cycle menstruel n'est que de 20 à 25 %. L'infertilité se distingue de la stérilité, qui désigne l'incapacité totale et irréversible d'un couple hétérosexuel à avoir un enfant, et qui ne peut donc être établie qu'au terme de la vie reproductive.

Réalité encore largement méconnue, l'infertilité n'est ni une fatalité individuelle ni un simple problème médical. C'est un enjeu de santé publique et un défi de société majeur. Elle demeure pourtant reléguée au second plan, absente des débats politiques comme des priorités nationales. Si les lignes commencent à bouger, il est temps d'en faire une véritable priorité de l'action publique.

A. UNE NETTE PROGRESSION DE L'INFERTILITÉ

1. Un phénomène observé au niveau mondial

Au niveau mondial, l'infertilité touche des millions de personnes et a une incidence sur leur famille et leur communauté. L'OMS estime à 17,5 % la part de la population adulte mondiale concernée au cours de sa vie. L'importance relative des causes de l'infertilité féminine peut varier d'un pays à l'autre, par exemple en raison de différences dans la prévalence naturelle des infections sexuellement transmissibles (IST) ou parce que les populations étudiées sont d'âges différents.

« Dans le monde, une personne sur six est confrontée à l'infertilité au cours de sa vie. Ce problème touche des individus et des couples de toutes les régions et de tous les niveaux de revenus, et pourtant, l'accès à des soins sûrs et abordables demeure très inégalitaire », a déclaré lors d'une conférence de presse à Genève, Pascale Allotey, Directrice du département Santé sexuelle et reproductive de l'OMS [(1)]. Alors que la demande de services augmente dans le monde entier, l'accès aux soins reste très limité. Dans de nombreux pays, les tests et les traitements contre l'infertilité sont en grande partie financés par les patients eux-mêmes, ce qui entraîne souvent des dépenses financières catastrophiques.

« L'infertilité est l'un des défis de santé publique les plus négligés de notre époque et un problème majeur d'équité à l'échelle mondiale. Des millions de personnes font face seules à cette épreuve », a déclaré le Dr Tedros Adhanom

(1) https://news.un.org/fr/story/2025/11/1157973

Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. Dans ses 40 recommandations publiées en novembre 2025, l'OMS fournit des conseils sur les mesures à prendre pour une prise en charge clinique efficace de l'infertilité.

L'agence plaide pour l'intégration de la fertilité dans les stratégies, les services et le financement nationaux de la santé et donne des consignes sur les étapes d'une prise en charge clinique efficace, dans le diagnostic comme dans le traitement. Les directives soulignent la nécessité de s'attaquer aux principaux facteurs de risque d'infertilité, notamment les infections sexuellement transmissibles non traitées et le tabagisme. **L'OMS** insiste sur les diagnostics masculins, souvent peu recherchés, et **suggère des orientations, comme des stratégies de prise en charge plus simples - où les cliniciens prodiguent d'abord des conseils - jusqu'à des traitements plus complexes tels que l'insémination intra-utérine ou la fécondation in vitro (FIV).** Plus globalement, l'OMS encourage chaque pays à *« adapter »* ces recommandations *« à leurs contextes locaux et à suivre les progrès accomplis »*. *« **La prévention et le traitement de l'infertilité doivent être fondés sur l'égalité des sexes et les droits en matière de reproduction**. Donner aux personnes les moyens de faire des choix éclairés concernant leur vie reproductive est un impératif sanitaire et une question de justice sociale. »,* a insisté la Dre Allotey.

2. La situation en France

L'infertilité constitue un enjeu croissant de santé publique, tant en France qu'à l'échelle mondiale. Ce phénomène s'inscrit dans un contexte de baisse continue de la fécondité, illustrée en France par un indicateur conjoncturel de fécondité passé de 2,00 à 1,62 enfant par femme entre 2010 et 2024. Les causes de l'infertilité sont multifactorielles : âge avancé de la parentalité, troubles ovulatoires, endométriose, altération de la spermatogenèse, facteurs environnementaux (polluants, perturbateurs endocriniens) et modes de vie (obésité, tabagisme, stress). Si les traitements (AMP, FIV, ICSI) se développent, leur accès reste inégal selon les pays et les profils socio-économiques.

En France, bien que le remboursement public soit large, les délais d'accès s'allongent et la demande explose depuis l'élargissement législatif de 2021, particulièrement les demandes de préservation de la fertilité d'indication sociétale. Ce constat appelle une réponse globale : améliorer la formation des professionnels, développer la prévention (notamment autour de l'âge et de l'environnement), renforcer l'information des couples, et soutenir la recherche. L'enjeu est double : garantir l'équité d'accès aux soins et enrayer le recul démographique dans un contexte où la fertilité devient un déterminant majeur de la résilience sociale (exprimée comme l'aptitude collective à faire face aux perturbations tout en maintenant une stabilité sociale et des solidarités actives). La mise en œuvre d'une stratégie de prévention et de santé publique apparaît désormais indispensable.

En France, on estime à environ 1 sur 8 le nombre de couples hétérosexuels en âge de procréer qui consultent pour une infertilité.

Néanmoins, tous ces couples n'ont pas eu à recourir à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) pour concevoir. En 2023, près de 28 440 enfants sont nés d'une AMP réalisée au cours de l'année 2023, dont 12,4 % d'enfants issus d'un don (près de 3 460 enfants). L'AMP est à l'origine d'environ 3 à 4 % des naissances en France chaque année, soit près d'un enfant sur vingt-quatre. Le chiffre peut surprendre, parce que ces conceptions restent le plus souvent tues. Derrière lui, il y a des couples, des femmes seules, des mois d'attente, des injections quotidiennes et des taux de réussite qui n'ont rien d'automatique. En effet, les taux de réussite restent limités : souvent moins de 25 % d'accouchement par tentative de FIV, d'où plusieurs cycles fréquents.

En 2023, on dénombre [(1)] :

- 17 535 tentatives avec don de spermatozoïdes ;
- 2 586 tentatives avec don d'ovocytes ;
- 109 tentatives avec double don ;

L'AMP s'appuie sur trois techniques principales : l'insémination artificielle, la fécondation in vitro classique et la FIV avec micro-injection ICSI. Le recours au don de gamètes reste minoritaire mais essentiel pour certaines situations. La loi de bioéthique du 2 août 2021 a ouvert l'accès à l'AMP aux couples de femmes et aux femmes non mariées.

L'insémination artificielle est la plus simple. On dépose des spermatozoïdes préparés directement dans l'utérus, au moment de l'ovulation. Pas de fécondation en laboratoire : tout se passe dans le corps. Elle s'adresse surtout aux troubles légers de la fertilité et aux situations sans partenaire masculin. La fécondation in vitro change d'échelle. Après une stimulation hormonale, on prélève des ovocytes, on les met en présence de spermatozoïdes dans une boîte de culture, et l'embryon obtenu est transféré quelques jours plus tard. La FIV avec ICSI va plus loin encore : un seul spermatozoïde est injecté directement dans l'ovocyte, à l'aiguille, sous microscope. Cette technique répond aux infertilités masculines sévères, quand les spermatozoïdes sont trop rares ou trop peu mobiles pour féconder seuls. Un mot revient dans chaque parcours : la stimulation ovarienne. Concrètement, la femme s'injecte des hormones pendant une dizaine de jours pour faire mûrir plusieurs ovocytes au lieu d'un seul. C'est la phase la plus lourde du traitement, celle qui rythme la vie quotidienne.

Aucune technique ne garantit une naissance. Les taux varient selon l'âge, l'indication et la méthode. Voici, en ordre de grandeur, ce que l'on observe par tentative selon les données de l'Agence de la biomédecine :

---

(1) https://www.procreation-medicale.fr/vos-questions/combien-de-personnes-ont-recours-a-lamp/, Agence de biomédecine

Technique d'AMP	Indication principale	Taux d'accouchement approx. par tentative
Insémination artificielle	Infertilité légère, absence de partenaire masculin	environ 10 à 12 %
FIV classique	Trompes obstruées, infertilité inexpliquée	environ 20 à 25 %
FIV avec ICSI	Infertilité masculine sévère	environ 20 à 25 %
Don d'ovocytes	Insuffisance ovarienne, âge maternel avancé	environ 25 à 30 %

Ces valeurs rappellent une réalité peu confortable et souvent méconnue du grand public : **la moyenne d'accouchement par tentative de FIV reste sous les 25 %.** Beaucoup de couples enchaînent donc plusieurs cycles. La réussite se mesure surtout au bout du parcours, en cumulant les tentatives, pas au premier essai. Beaucoup de parcours s'achèvent sans naissance, malgré plusieurs cycles. Présenter l'AMP comme une assurance de grossesse trompe les couples qui s'y engagent.

3. Les conditions d'accès à l'AMP en France

Jusqu'en 2021, l'AMP était réservée aux couples composés d'un homme et d'une femme, sur critère médical d'infertilité. La loi de bioéthique du 2 août 2021 a modifié ce cadre. Elle ouvre l'accès à l'AMP aux couples de femmes et aux femmes non mariées, sans exiger de diagnostic d'infertilité pour ces situations. La prise en charge par l'Assurance maladie suit les mêmes règles que pour les couples hétérosexuels, dans la limite d'âge et de tentatives fixée par la réglementation.

La même loi a transformé le régime du don. Depuis, **tout enfant conçu par don de spermatozoïdes ou d'ovocytes peut, à sa majorité, accéder à des données identifiantes sur son donneur s'il en fait la demande**. Les personnes qui donnent depuis l'entrée en vigueur du dispositif consentent à cette levée future de l'anonymat. **Le don reste gratuit et volontaire en France**. Un donneur ne vend rien, il ne reçoit pas de rémunération, seulement le remboursement de ses frais. Cette gratuité distingue le modèle français de pays où la rémunération des donneurs est autorisée. Elle explique aussi une partie des délais : **les gamètes disponibles manquent, surtout les ovocytes, dont le don suppose une stimulation et un prélèvement chirurgical.**

Les actes d'AMP sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour au maximum :

- 6 inséminations (une seule insémination artificielle par cycle) pour obtenir une grossesse ;

- 4 tentatives de fécondation in vitro pour obtenir une grossesse.

Cette prise en charge est la même pour tous (couple hétérosexuel, couple formé de 2 femmes, femme non mariée).

Les principes de la libre circulation des personnes et de la coopération en matière de soins de santé entre les États membres de l'UE/EEE, du Royaume-Uni et de la Suisse garantissent la mobilité des patients. Lors d'une AMP en Union européenne (UE) ou en Suisse, une autorisation du Centre national des soins à l'étranger (CNSE) est exigée afin de permettre leur prise en charge.

Les conditions d'âge requises pour bénéficier d'une AMP sont fixées comme suit :

- le prélèvement d'ovocytes peut être réalisé chez la femme jusqu'à quarante-deux ans révolus, soit jusqu'à la veille du 43e anniversaire ;

- le prélèvement de spermatozoïdes peut être réalisé chez l'homme jusqu'à cinquante-neuf ans révolus, soit jusqu'à la veille du 60e anniversaire.

Les conditions d'âge pour l'autoconservation sans motif médical des gamètes sont :

- **le prélèvement d'ovocytes** en vue de la réalisation ultérieure, à leur bénéfice, d'une AMP, **peut être réalisé chez les femmes à compter de leur vingt-neuvième anniversaire et jusqu'à trente-six ans révolus**, soit jusqu'à la veille du 37e anniversaire ;

- **le recueil de spermatozoïdes** en vue de la réalisation ultérieure, à leur bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, **peut être réalisé chez les hommes à compter de leur vingt-neuvième anniversaire et jusqu'à quarante-quatre ans révolus**, soit jusqu'à la veille du 45e anniversaire.

Par contre, **l'autoconservation des gamètes pour raison médicale n'est soumise à aucune condition d'âge.**

L'utilisation de gamètes prélevées et conservées à des fins d'assistance médicale à la procréation (dans le cadre de l'AMP ou de l'autoconservation) peut être réalisée, à la double condition d'âge des membres du couple suivante :

- **jusqu’à quarante-quatre ans révolus chez les femmes, non mariées ou au sein du couple, qui ont vocation à porter l’enfant**, soit jusqu’à la veille du 45e anniversaire ;

- jusqu’à cinquante-neuf ans révolus chez le ou la conjoint(e), soit jusqu’à la veille du 60e anniversaire.

À l’heure où l’infertilité croît et touche toutes les régions du monde et tous les milieux sociaux, une meilleure connaissance des facteurs d’infertilité s’impose pour la prévenir. Néanmoins, la préservation et la restauration de la fertilité impliquent de ne pas faire l’impasse sur les conditions naturelles de la fertilité qui restent, à ce jour, la garantie principale de procréer.

B. DES FACTEURS MAL CONNUS DU GRAND PUBLIC ET UNE PRÉVENTION INSUFFISANTE

Les causes de l’infertilité sont multifactorielles : âge avancé de la parentalité, troubles ovulatoires, endométriose, altération de la spermatogenèse, facteurs environnementaux (polluants, perturbateurs endocriniens) et modes de vie (obésité, tabagisme, stress).

1. Le premier facteur d’infertilité est le déclin naturel de la fertilité avec l’âge

La fertilité féminine diminue dès 30 ans, et nettement après 35-37 ans, en raison d’une diminution du nombre et de la qualité des ovocytes avec l’âge. Le risque de ne pas devenir mère augmente donc avec l’âge : il s’élève à 4 % à 20 ans, 14 % à 35 ans, 35 % à 40 ans et 80 % après 45 ans.

Généralement moins conscient de son « horloge biologique » et plus épargné par la pression sociale, l’homme est pourtant également moins fertile en vieillissant. Le génome des spermatozoïdes s’altère avec l’âge, ce qui entraîne plus de difficultés à concevoir et augmente le risque de fausses couches pour la compagne et le risque de pathologies génétiques pour la descendance. **L’âge des partenaires joue donc un rôle incontestable dans le taux de grossesse, ainsi que l’âge du couple en raison de l’effet cumulatif** [(1)].

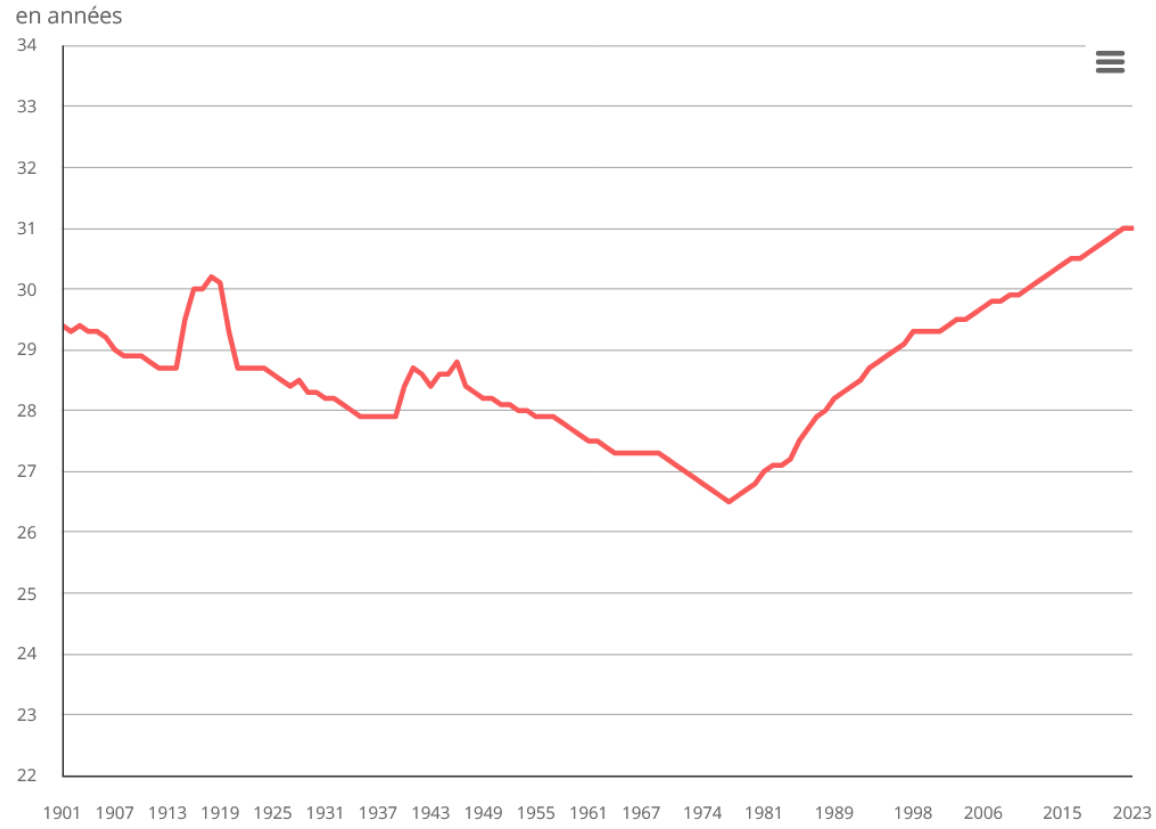
À cette réalité s’ajoute le report du projet d’enfant. L’âge de la parentalité recule depuis le milieu des années 1970, en particulier chez les femmes les plus diplômées. L’âge moyen à la naissance s’élève à 31,2 ans pour les femmes en 2023, contre 27 ans dans les années 1970, comme l’illustre le tableau INSEE [(2)] ci-dessous :

---

(1) L’infertilité au-delà de l’intime : une question sociale et politique État des lieux et perspectives d'un phénomène autant sanitaire que politique, Direction de la Prospective et du Dialogue Public (DPDP), juin 2026.

(2) https://www.insee.fr/fr/statistiques/8608134#titre-bloc-1

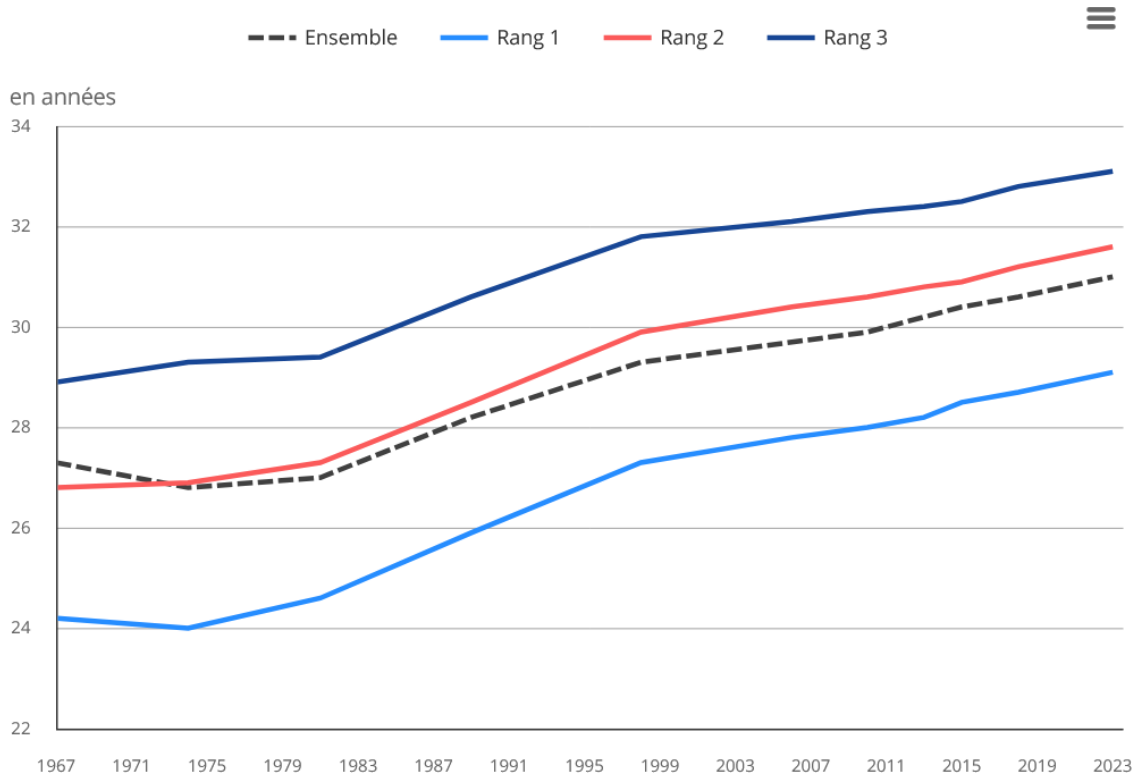
Figure 1 – Âge moyen des mères à l'accouchement depuis 1901



Du milieu des années 1970 jusqu'à la fin des années 1990, la hausse de l'âge au premier enfant a été soutenue (+0,14 année en moyenne par an entre 1974 et 1998). Sur cette période, la diffusion des méthodes de contraception a permis une plus grande maîtrise des grossesses. L'allongement des études, ainsi que la participation croissante des femmes au marché du travail, expliquent aussi ce report.

L'âge au premier enfant continue d'augmenter. **En 2023, 43 % des naissances sont des premières naissances**. L'âge conjoncturel moyen des mères à la naissance de leur premier enfant atteint 29,1 ans en 2023, soit 0,9 an de plus qu'en 2013 (figure 2). C'est 5,1 ans de plus qu'en 1974, et 4,9 ans de plus qu'en 1967. **La hausse de l'âge à la première maternité décale logiquement l'âge aux maternités suivantes**. En 2023, 34 % des naissances sont des deuxièmes enfants, 14 % des troisièmes et 8 % des quatrièmes ou plus. Les mères qui accouchent de leur deuxième enfant en 2023 sont âgées de 31,6 ans en moyenne, soit 0,8 an de plus qu'en 2013 et 4,8 ans de plus qu'en 1967. L'évolution de l'âge de la mère au deuxième enfant est ainsi similaire à celle de l'âge au premier enfant.

Figure 2 – Âge moyen des mères à l'accouchement selon le rang de naissance de l'enfant depuis 1967

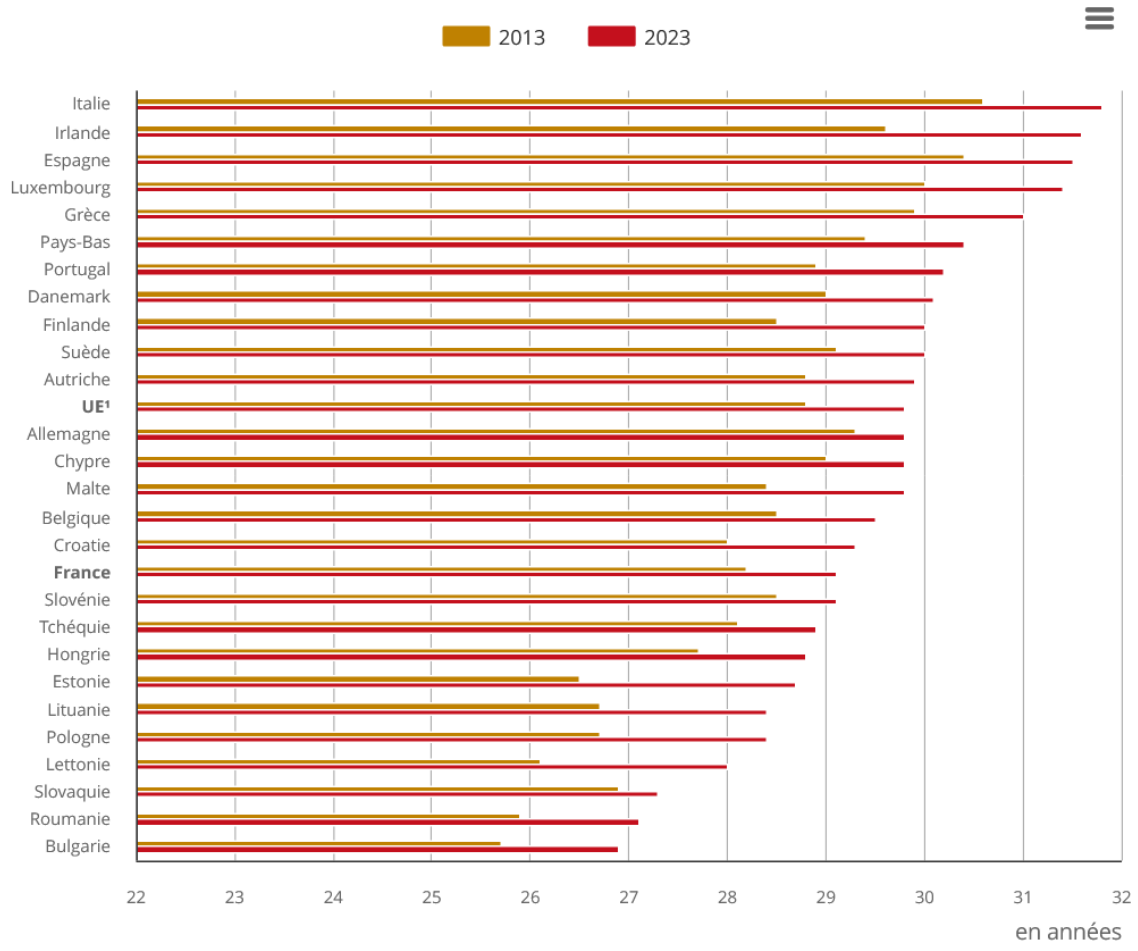


Depuis la fin des années 1990, l'âge des mères au premier enfant continue d'augmenter, mais à un rythme moindre (+0,07 année en moyenne par an entre 1998 et 2023). L'âge de fin d'études ayant cessé d'augmenter entre la fin des années 1990 et le milieu des années 2010, plusieurs autres facteurs peuvent jouer. Parmi eux, la première mise en couple s'inscrit de moins en moins dans la perspective de fonder une famille et, lorsqu'ils s'installent ensemble, les jeunes couples ont tendance à attendre plus longtemps avant d'avoir leur premier enfant. Par ailleurs, le contexte socio-économique, politique ou environnemental peut conduire à reporter des décisions de fécondité. En particulier, malgré une amélioration après la crise sanitaire, la situation des jeunes sur le marché du travail reste moins favorable que celle de leurs aînés. Enfin, depuis 10 ans, la durée de scolarisation s'est de nouveau accrue, ce qui pourrait expliquer une partie de la poursuite du report de l'âge à l'accouchement.

Entre 2013 et 2023, les femmes ont retardé l'arrivée de leur premier enfant dans tous les pays de l'UE. En France, l'augmentation de l'âge à la première maternité en 10 ans (+0,9 an) **est légèrement inférieure à celle de l'UE en moyenne** (+1,0 an) [(1)]. Dans l'Union européenne, l'âge moyen au premier enfant est de 29,8 ans en 2023. Il varie de 26,9 ans en Bulgarie à 31,8 ans en Italie, la France se situant à 29,1 ans.

(1) https://www.insee.fr/fr/statistiques/8608134#titre-bloc-1

Figure 4 – Âge moyen à l'accouchement pour les naissances de rang 1 dans l'Union européenne en 2013 et 2023



2. Renforcer l'information des jeunes

Selon le Baromètre FutURe 2025, mené par Merck dans 12 pays européens, près d'un jeune sur trois (30 %) déclare ne pas souhaiter avoir d'enfants. Ce choix s'explique avant tout par l'instabilité économique et la priorité donnée à la vie personnelle, mais aussi par un manque criant d'information sur la fertilité.

L'étude révèle en effet une méconnaissance préoccupante. Un jeune sur deux ignore que la fertilité diminue avec l'âge, et moins d'un sur deux (49 %) a déjà abordé le sujet avec un professionnel de santé. Les jeunes expriment pourtant une réelle attente : 70 % estiment qu'un accès précoce à la préservation de la fertilité leur donnerait davantage de liberté, et 77 % souhaitent que la fertilité soit davantage discutée publiquement.

Il ne s'agit pas de dire aux jeunes s'ils doivent avoir des enfants, ni quand. Il s'agit de leur donner les connaissances nécessaires pour faire leurs propres choix en connaissance de cause, qu'ils souhaitent devenir parents ou non. C'est pourquoi

la fertilité doit trouver toute sa place dans l'éducation à la sexualité, dès l'adolescence.

Instaurée par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, l'éducation à la sexualité se déploie progressivement de l'école maternelle au lycée. Le nouveau programme national, entré en vigueur à la rentrée 2025, s'articule en deux étapes complémentaires : une éducation à la vie affective et relationnelle (EVAR) à l'école maternelle et élémentaire, puis une éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité (EVARS) au collège et au lycée.

Une éducation complète à la sexualité permet aux jeunes de s'informer sur les dimensions cognitives, émotionnelles, physiques et sociales de la sexualité, et ainsi de protéger leur santé, leur bien-être et leur dignité. Elle leur apporte, de manière adaptée à leur âge, des informations sur les relations saines, la santé et les droits sexuels et reproductifs. Elle les aide à faire des choix éclairés, à prendre soin d'eux-mêmes et à exercer leur autonomie corporelle, autant de conditions indispensables au respect des droits humains et à l'égalité entre les femmes et les hommes.

Or, trop de jeunes arrivent à l'âge adulte avec des informations fausses, contradictoires ou incomplètes. Ils sont exposés à la sexualité plus tôt que les générations précédentes, sans pour autant être mieux informés, et en parlent souvent entre eux, hors du regard des adultes. À l'heure des réseaux sociaux, l'éducation à la sexualité doit aussi intégrer une dimension numérique, car c'est en partie en ligne que les jeunes construisent leur rapport à l'intimité et aux relations.

Il paraît donc essentiel d'intégrer la question de la fertilité et de son évolution avec l'âge dans la partie du programme d'éducation à la sexualité consacrée à l'anatomie et à la reproduction. Mais les séances d'éducation à la sexualité restant inégalement assurées selon les établissements, ces notions devraient également figurer dans les cours de sciences de la vie et de la terre (SVT), au sein de la séquence « reproduction humaine et sexualité », qui enseigne les mécanismes de la fécondation et les conditions de survenue d'une grossesse.

Ces notions relèvent pleinement de cet enseignement, qui vise à relier le fonctionnement des appareils reproducteurs à partir de la puberté aux principes de la maîtrise de la reproduction, et à expliquer ce qui fonde les comportements responsables en matière de sexualité. Le programme prévoit ainsi de :

- relier les changements liés à la puberté au déclenchement du fonctionnement des organes reproducteurs ;

- expliquer le fonctionnement des appareils reproducteurs à partir de la puberté et le relier à certains principes de la maîtrise de la reproduction ;

- expliquer les conditions d'une fécondation (rapport sexuel, formation d'une cellule-œuf) et le déroulement d'une grossesse ;

- expliquer les méthodes de prévention des infections sexuellement transmissibles ;

- expliquer la distinction entre reproduction et sexualité ;

- argumenter les enjeux liés aux comportements responsables dans le domaine de la santé.

L'aide à la procréation est quant à elle abordée en classe de 3e. Pour que cette information soit complète, les élèves doivent aussi apprendre que la fertilité diminue avec l'âge et que l'assistance médicale à la procréation (AMP) ne permet de compenser que partiellement ces limites physiologiques.

Recommandation n° 1 : Intégrer dans les séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité (EVARS) et les cours de sciences de la vie et de la Terre (SVT) une information sur la fertilité féminine et masculine, son évolution avec l'âge et les principaux facteurs susceptibles de l'altérer.

Ce besoin d'information en amont est tout aussi prégnant chez les jeunes adultes qui découvrent souvent tardivement le lien entre fertilité et âge ou n'en ont qu'une idée vague et parcellaire. L'information collective ayant souvent une incidence limitée auprès de jeunes adultes en bonne santé, celle-ci devrait être délivrée de manière préférentielle dans le cadre de consultations spécialisées dédiées à cette thématique.

En effet, bien que les problématiques de fertilité et la PMA concernent de plus en plus de couples, les Françaises demeurent mal informées.

C'est en tout cas ce que laisse penser une nouvelle enquête, menée par le réseau espagnol de cliniques de fertilité Eugin à l'occasion de la Journée de la Fertilité de ce 4 juin 2026. L'enquête [(1)], menée auprès de 1 200 Françaises en âge de procréer, indique que 73 % des femmes envisageant la maternité considèrent que l'âge idéal pour un premier enfant est 30 ans ou plus, et que 38 % placent l'âge réaliste à 35 ans ou au-delà, et ce *« sans nécessairement mesurer l'impact de l'âge sur les chances de concevoir* », déplore Eugin dans son communiqué. Le sondage révèle également que 36 % des femmes qui envisagent la maternité s'informent sur la PMA via Google qui constitue leur première source d'information, alors même qu'elles citent le gynécologue comme étant la source d'information la plus fiable et la plus influente. Mais le sujet n'est visiblement pas évoqué lors des consultations de routine, déplore le réseau de cliniques Eugin.

Ce dernier conseille aux femmes de prendre les devants, notamment en faisant réaliser un bilan de fertilité avant leurs 35 ans, en envisageant pourquoi pas de congeler leurs ovocytes, de consulter rapidement en cas de difficultés à tomber enceinte ou mener une grossesse à terme. Enfin, il est conseillé de *« faire examiner*

(1) https://www.parents.fr/actualites/envie-de-bebe/decouvrez-comment-les-francaises-percoivent-fertilite-et-pma-selon-une-nouvelle-enquete-1153097

son partenaire », car rappelons-le, un tiers des cas d'infertilité est lié uniquement à la femme, un tiers uniquement à l'homme, et un tiers à une combinaison des deux.

On constate d'une manière générale en France que les femmes arrivent trop tard, ou trop inquiètes, parce que personne ne les écoute avant l'infertilité avérée. S'y ajoute le fait que les professionnels de premier recours ne sont pas formés à dépister ni à conseiller. Il apparaît donc urgent de proposer aux femmes une consultation de prévention et conseil en santé reproductive.

Recommandation n° 2 : Développer une consultation d'information et de prévention en santé reproductive, accessible aux femmes et aux hommes au cours de leur vie reproductive et prise en charge par l'Assurance maladie. Elle permettrait d'aborder l'évolution de la fertilité avec l'âge, les facteurs de risque individuels, les possibilités de préservation de la fertilité et les limites des techniques disponibles. Elle constituerait également un temps d'information préalable à toute demande d'autoconservation des gamètes pour raison non médicale.

En France, une femme ne peut faire évaluer sa fertilité qu'après douze mois d'échec, six mois après 35 ans. Celle qui veut savoir avant, pour organiser sa vie, n'a pas d'interlocuteur. En octobre 2018, avec le Dr Jean-Marc Levaillant, la Pre Nathalie Massin a ouvert au CHI de Créteil, sur le modèle danois, le Fertilité Check-Up : un bilan et conseil en fertilité en quatre temps, sans prescription, ouvert à toute femme quel que soit son projet, son statut conjugal ou son orientation. Ce bilan comporte un auto-questionnaire de 86 items ; une échographie « tout-en-un » de 25 minutes (utérus, réserve ovarienne, perméabilité des trompes, endométriose) ; un entretien avec un spécialiste ; un suivi à un an.

Cette expérience a démontré que la demande existe : 1 598 demandes en 24 mois, pour un examen non remboursé à 350 euros. 61 % des femmes se disaient inquiètes pour leur fertilité. Il est apparu que les obstacles sont fréquents et silencieux : l'examen n'était strictement normal que dans 61 % des cas : ont été constatés 8 % d'obstruction tubaire bilatérale, 12 % d'anomalie de la cavité utérine, 13 % d'indication chirurgicale. Ce n'est pas la réserve ovarienne qui fait le conseil, mais l'anatomie, l'âge et les antécédents. Le conseil change les décisions : le conseil le plus fréquent a été « ne tardez pas » (30 %) ; 11 % ont été orientées vers une préservation, 8 % vers une AMP immédiate. À un an, la moitié des femmes sans projet immédiat avaient modifié leur projet de vie (arrêt du tabac, projet avancé, conservation) ; 98 % recommandent l'examen. Un tel bilan n'a pas pour objet de prédire la fertilité mais de dépister les obstacles.

En s'inspirant de cette expérience, il serait utile de proposer des bilans préconceptionnels, allant au-delà de la consultation préconceptionnelle qui se limite faire un point sur sa santé avant d'envisager la conception, en incluant des examens, afin d'éviter toute perte de temps dans les parcours qui ne peut conduire qu'à des prises en charge plus lourdes et plus aléatoires, au fur et à mesure que le temps s'écoule.

Recommandation n° 3 : Améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge de l'infertilité en facilitant l'orientation précoce des femmes et des hommes vers un bilan adapté à leur situation. Favoriser une évaluation médicale dès qu'un projet de conception se heurte à des difficultés ou que des facteurs de risque sont identifiés, sans imposer systématiquement les mêmes examens à tous les patients.

3. Hygiène de vie et facteurs environnementaux

Mieux connaître les facteurs qui influent sur la fertilité, qu'ils relèvent du quotidien ou de certaines situations médicales, est une condition essentielle pour permettre à chacune et à chacun de faire des choix éclairés. Encore faut-il que cette information soit accessible à tous, et que la prévention ne repose pas uniquement sur les épaules des individus.

Au-delà du recul de l'âge de la maternité, la baisse de la fertilité tient aussi à l'évolution de nos modes de vie : tabagisme, alimentation déséquilibrée favorisant l'obésité ou la maigreur, sédentarité, dérèglement du sommeil, stress chronique. Ces facteurs touchent aussi bien les hommes que les femmes et peuvent agir à différents niveaux des fonctions reproductives : taux d'hormones sexuelles, qualité du sperme ou de la réserve ovarienne, fécondation, développement embryonnaire.

Chez les femmes, le suivi gynécologique joue un rôle déterminant dans la prévention de l'infertilité. Les douleurs cycliques invalidantes ne doivent plus être banalisées : elles doivent conduire à envisager une endométriose, parfois associée à l'infertilité. Les cycles très irréguliers méritent d'être explorés tôt, et certaines lésions utérines doivent être traitées ou surveillées en fonction du projet de grossesse. Encore faut-il garantir à toutes un accès effectif à ce suivi, sur l'ensemble du territoire.

Plusieurs facteurs liés au mode de vie ont par ailleurs un effet désormais bien établi sur la fertilité.

Le tabac est le mieux documenté. Il accélère la perte des ovocytes, perturbe la production d'œstrogènes et l'ovulation, endommage les trompes de Fallope et peut avancer l'âge de la ménopause. Ses effets sur la fertilité féminine comme masculine sont aujourd'hui bien connus : un risque d'infertilité multiplié par deux pour les deux sexes, un risque de grossesse extra-utérine multiplié par 1,2 à 1,7 selon les études, et un risque accru de fausse couche.

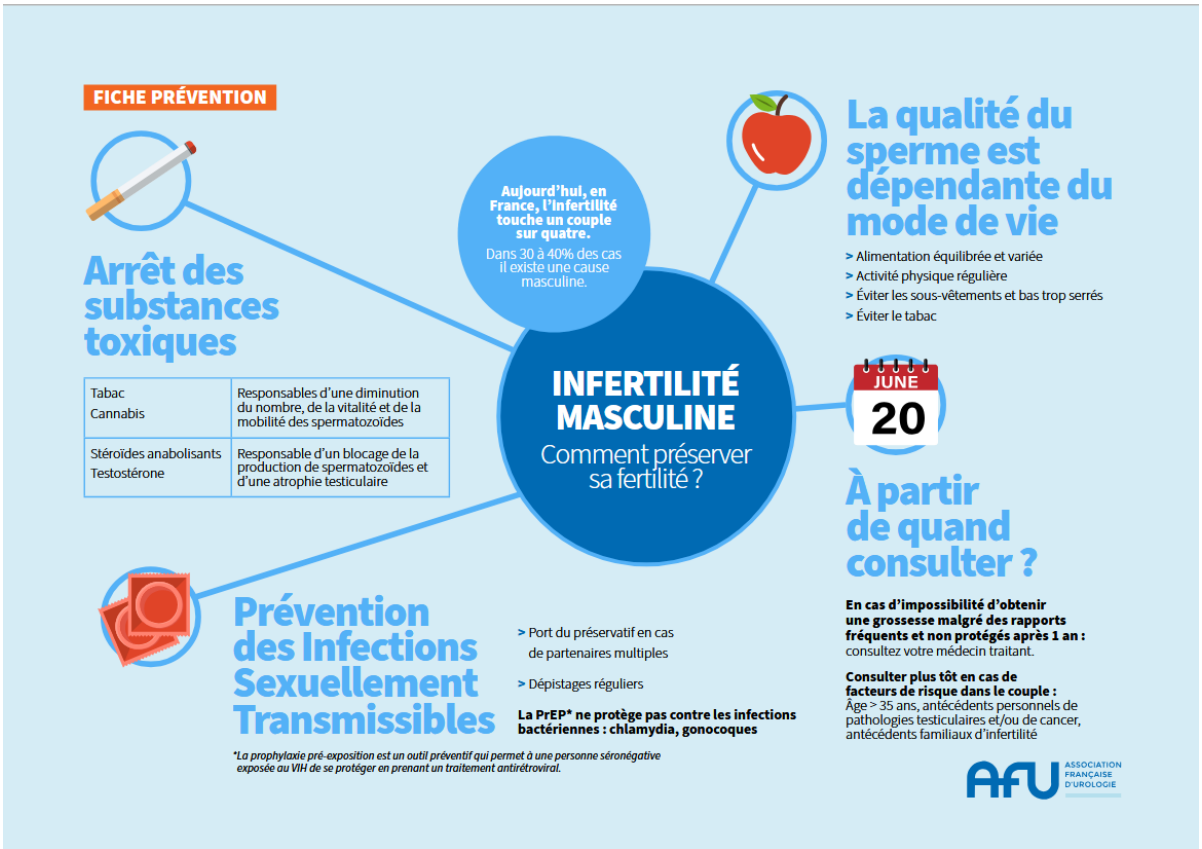
L'alcool, même en faible quantité, pourrait affecter l'équilibre hormonal et, à long terme, la qualité des ovocytes, réduisant les chances de fécondation. Certaines études établissent également un lien entre consommation d'alcool et risque accru de fausse couche en début de grossesse. C'est pourquoi l'abstinence est recommandée pendant la période de conception.

L'alimentation influe elle aussi sur les hormones, l'ovulation et la santé reproductive. Une consommation importante d'aliments transformés, de fritures et

de sucres peut favoriser l'inflammation et les déséquilibres hormonaux. Le poids joue également un rôle direct : un excès de masse grasse peut dérégler le taux d'œstrogènes et perturber l'ovulation, tandis qu'une insuffisance pondérale peut réduire leur production, au point parfois de bloquer complètement l'ovulation. En cas de surpoids, une perte de poids même modeste, de l'ordre de 5 à 10 %, peut améliorer la fertilité ; en cas de maigreur, une légère reprise de poids peut faire une réelle différence. L'activité physique est bénéfique lorsqu'elle est modérée (marche, natation, yoga…), de l'ordre de trente minutes la plupart des jours, tandis qu'un exercice trop intense peut au contraire perturber le cycle et l'ovulation. Enfin, un stress important peut entraîner des déséquilibres hormonaux et des troubles de l'ovulation, ce qui rappelle que la santé mentale fait pleinement partie de la santé reproductive.

Mais la prévention ne peut se résumer à une affaire de comportements individuels. L'exposition aux perturbateurs endocriniens en est la meilleure illustration. Présentes dans les contenants en plastique, les cosmétiques, les laques pour cheveux, les pesticides ou les produits d'entretien, ces substances perturbent le système hormonal. Elles affectent l'ovulation, la qualité des ovocytes et la fertilité en général, et une exposition prolongée peut réduire les chances de concevoir et avoir des conséquences sur le développement de l'enfant. Chez l'homme, elles seraient notamment associées à la baisse de la qualité et de la quantité du sperme, constatée depuis plusieurs années par des études françaises et internationales. Il serait illusoire de demander à chacun de s'en protéger seul : c'est aux pouvoirs publics qu'il revient d'en réduire l'exposition, en encadrant plus strictement leur usage.

Enfin, la fertilité n'est pas qu'une affaire de femmes. Les facteurs de risque concernent les deux membres du couple, et la prévention doit donc s'adresser autant aux hommes qu'aux femmes. Comme le montre le tableau ci-dessous, les hommes sont eux aussi exposés à de nombreux facteurs susceptibles d'affecter leur fertilité et de compromettre le projet parental.



Recommandation n° 4 : Mener des campagnes annuelles d'information et de sensibilisation sur les conseils d'hygiène de vie permettant de favoriser la fertilité et mettre en garde contre les comportements à risque. Diffuser ces conseils de prévention via les professionnels de santé (pharmaciens, médecins, gynécologues, sages femmes, biologistes, …) et dans les médias traditionnels, ainsi que digitaux.

II. SIMPLIFIER ET FLUIDIFIER LE PARCOURS DE SOINS

L'assistance médicale à la procréation (AMP) représente un immense espoir pour les personnes qui souhaitent avoir un enfant, mais elle ne permet pas toujours de le devenir. Ses limites restent pourtant mal connues. Comme le souligne la professeure Nathalie Massin, « Femmes et hommes sous-estiment l'effet de l'âge et surestiment l'AMP. Le message atteint les mauvaises personnes : il angoisse la femme de 35 ans qui a encore le temps et n'atteint pas celle de 43 ans qui "verra dans un an ou deux" ». C'est donc moins un défaut de prévention individuelle qu'un défaut d'information collective qu'il faut corriger, avec une information juste, délivrée au bon moment, sans culpabiliser ni alarmer.

Le don de gamètes et l'AMP sont pratiqués dans des centres autorisés par les agences régionales de santé (ARS), après avis de l'Agence de la biomédecine, par des praticiens spécialement compétents. Le plus souvent situés au sein d'établissements de santé, ces centres réunissent des équipes pluridisciplinaires de médecins, de biologistes, de psychologues et d'autres professionnels de santé.

A. UNE EXPLOSION DES DÉLAIS D'ATTENTE DEPUIS LA LOI DE BIOÉTHIQUE DE 2021

Avant la loi de bioéthique du 2 août 2021, la procréation médicalement assistée (PMA) était uniquement accessible aux couples hétérosexuels sur indication médicale. La loi relative à la bioéthique de 2021 a modifié en profondeur la PMA en l'élargissant aux couples de femmes et aux femmes seules et donne de nouveaux droits pour les enfants nés d'une PMA. En outre, jusqu'au vote de la loi, la congélation des ovocytes n'était autorisée en France que pour des motifs médicaux. Désormais, les femmes peuvent choisir de préserver leur fertilité sur une base sociétale.

1. Une prise en charge de l'AMP assurée à la fois par des centres publics et privés

L'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules par la loi de bioéthique de 2021 a élargi l'accès à ces parcours. Il reste toutefois nécessaire de garantir un accès effectif aux prises en charge, dans des délais raisonnables et avec des capacités suffisantes dans les centres. La répartition territoriale de l'offre et les moyens disponibles doivent permettre de répondre à cette demande sans que les délais ou l'éloignement géographique ne constituent des obstacles supplémentaires.

La forte demande engendrée par ces nouvelles dispositions a eu des conséquences importantes sur l'organisation et le fonctionnement des centres de AMP. En effet, l'offre de soins en AMP est répartie sur le territoire national hormis pour trois régions (la Corse, la Guyane et Mayotte sont les seules régions françaises (hors TOM) dépourvues de centre clinico-biologique d'AMP et également de laboratoire d'insémination en ce qui concerne la Guyane et Mayotte) comme suit :

- 173 laboratoires ont assuré les préparations de spermatozoïdes en vue d'insémination intra-utérine. Cela concerne à la fois les laboratoires des centres clinico-biologiques et les laboratoires de biologie médicale qui pratiquent uniquement les préparations de spermatozoïdes en vue d'insémination intra-utérine ;

- 105 centres clinico-biologiques ont assuré les activités de fécondation in vitro.

Les activités de recueil, conservation et mise à disposition des gamètes et embryons en vue de don, ainsi que les activités d'auto-conservation médicale et non médicale nécessitent des autorisations spécifiques délivrées par les Agences régionales de santé (ARS). Ces autorisations sont réservées aux établissements à but non lucratif.

L’accès à l’assistance médicale à la procréation (AMP) constitue un enjeu majeur de santé publique. L’offre de soins doit permettre une prise en charge adaptée aux différentes situations d’infertilité, qu’il s’agisse de stimulation ovarienne, d’insémination ou de fécondation in vitro (FIV), avec ou sans tiers donneur. Le maintien d’une offre publique complète, accessible et innovante est essentiel. La réponse à l’infertilité ne peut se limiter à l’autoconservation des ovocytes : elle doit également reposer sur un accès effectif aux traitements, la qualité des parcours de soins et le développement des techniques médicales.

En 2023 :

- 36 centres clinico-biologiques ont assuré les activités de don d’ovocytes, 30 centres les activités de don de spermatozoïdes, et 20 la mise en œuvre de l’accueil d’embryons. Parmi ces centres, 20 détiennent les 3 autorisations.

- 58 centres ont conservé des gamètes dans un cadre médical en vue d’un projet d’enfant ultérieur, 42 dans un cadre non médical.

Dès 2021, les demandes ont dépassé les capacités des 33 Centres d’Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain (CECOS), puisque, à leur mission historique d’accompagner les couples infertiles dans leur parcours d’AMP avec tiers donneur, s’ajoutaient les nouveaux profils de femmes seules ou en couple homosexuel. La deuxième mission de ces centres est la préservation de la fertilité en cas de traitement affectant la production des gamètes, à laquelle s’ajoute donc désormais l’autoconservation ovocytaire, mais aussi l’autoconservation des spermatozoïdes des hommes entre 29 et 44 ans également prévue par la loi.

« La demande à laquelle ils font face a été multipliée par huit », constate Marine Jeantet, directrice générale de l’Agence de la biomédecine, l’établissement public qui supervise l’AMP. *« Les centres sont submergés et les professionnels, en tension »*, observe la professeure Catherine Guillemain, cheffe du service de biologie de la reproduction à l’hôpital de Marseille à la tête de la fédération des CECOS. Elle rappelle que si les CHU ont obtenu une enveloppe de 7 millions d’euros à l’entrée en vigueur de la loi bioéthique, ceux-ci ne les ont pas systématiquement fléchés vers les centres agréés. Certains centres n’ayant pas ouvert de listes d’attente, on ne peut pas mesurer la part invisible de Françaises qui n’ont pas pu faire une demande ou qui se sont orientées vers des centres à l’étranger.

De nombreux centres publics d'AMP fonctionnent en sous-effectif, avec des délais de rendez-vous qui s'allongent et des équipes soumises à une charge de travail croissante. Les plateaux techniques de biologie de la reproduction sont également sollicités au-delà de leurs capacités dans certains territoires. Un renforcement des postes médicaux et paramédicaux, ainsi qu'un investissement dans les équipements de laboratoire, seraient nécessaires pour absorber la hausse continue de la demande sans dégrader les délais ni la qualité de la prise en charge.

Recommandation n° 5 : Renforcer les capacités des centres de médecine de la reproduction pour réduire les délais de prise en charge, garantir le maintien d'une offre publique complète et accessible sur l'ensemble du territoire et améliorer la coordination entre les secteurs public et privé.

2. Ouvrir d'urgence l'autoconservation sociétale aux centres privés pour remédier à la thrombose des centres publics

Le fait que les centres privés lucratifs ne soient pas autorisés à pratiquer l'autoconservation sociétale a paradoxalement déplacé fortement l'AMP, qui constitue le cœur de métier de la médecine de la reproduction, vers les centres privés, lesquels assument désormais 50 % de l'activité d'AMP. Les centres publics se trouvent ainsi totalement embolisés par l'autoconservation sociétale, avec des délais qui s'allongent. Ce basculement fait perdre des techniciens aux centres publics et démotive les médecins qui ont fait le choix du secteur public, bien qu'ils y soient moins rémunérés. Ces derniers se trouvent de plus en plus absorbés par des tâches répétitives dont ils ne voient pas la finalité étant donné qu'il n'y a pas d'embryon, ni de grossesse ensuite.

À partir du moment où la France a fait le choix d'ouvrir l'autoconservation pour motif sociétal, il est indispensable que tous les centres d'AMP participent à cet élan national et prennent leur part de l'effort collectif, afin que celle-ci ne repose pas uniquement sur le secteur public ou privé non lucratif. Les centres privés lucratifs autorisés à réaliser des activités cliniques ou biologiques d'assistance médicale à la procréation par les Agences régionales de santé après avis de l'Agence de la biomédecine, devraient non seulement avoir la possibilité mais aussi l'obligation de consacrer une part de leur activité à l'autoconservation sociétale. Si des quotas ne sont pas prévus en la matière, il y a fort à parier que les médecins des centres privés seront réticents à pratiquer au sein des centres des ponctions peu rémunérées dans le cadre de la conservation sociétale, du fait de l'interdiction de dépassements d'honoraires.

L'annonce du Président de la République consistant à *« ouvrir aux centres privés l'autoconservation ovocytaire »* nécessite de passer par une modification de la loi. En effet, le texte de 2021 spécifie que l'autoconservation ovocytaire doit être assurée dans des établissements hospitaliers publics ou privés à but non lucratif, et non par des centres privés, contrairement à ce qui existe, par exemple, en Espagne.

Recommandation n° 6 : Intégrer les centres privés lucratifs dans la prise en charge de l'autoconservation sociétale et conditionner l'autorisation d'ouverture et de renouvellement de ces centres privés à la réalisation d'un quota de ponctions dédiées à l'autoconservation sociétale (pris en charge par l'Assurance maladie), de façon à répartir la charge entre les centres privés et publics, ces derniers en assumant actuellement seuls la charge, au détriment de leur activité d'AMP.

3. Mieux organiser la préservation de la fertilité

La préservation de la fertilité recouvre des situations différentes qui nécessitent des modalités d'accès et d'accompagnement adaptées. Lorsqu'une pathologie ou un traitement, notamment une chimiothérapie, risque d'altérer la fertilité, la possibilité de conserver des gamètes ou des tissus germinaux doit être envisagée suffisamment tôt. L'orientation vers un centre spécialisé doit intervenir en amont du traitement, grâce à une meilleure coordination entre les équipes médicales qui le prescrivent et les professionnels de la médecine de la reproduction. Cette organisation doit permettre aux patients d'être informés de leurs possibilités et d'engager, si nécessaire, une démarche de préservation, sans retarder les soins indispensables.

L'autoconservation des gamètes pour raison non médicale répond à une autre logique. Elle suppose une information claire sur les chances de succès, les limites de la technique et les modalités de financement, afin que chacun puisse prendre une décision éclairée, sans considérer cette démarche comme une garantie de grossesse future.

Il convient donc de distinguer explicitement ces deux situations, tant dans l'organisation des parcours que dans les modalités d'accès et de prise en charge, afin de répondre aux besoins médicaux des patients tout en garantissant une information adaptée aux personnes qui souhaitent anticiper leur projet parental.

Recommandation n° 7 : Distinguer clairement l'autoconservation des gamètes pour indication médicale de l'autoconservation pour raison non médicale, en adaptant les modalités d'accès et de prise en charge à chacune de ces situations. Pour l'autoconservation médicale, garantir une orientation rapide des personnes dont une pathologie ou un traitement risque d'altérer la fertilité. Pour l'autoconservation non médicale, assurer une information préalable sur les chances de succès, les limites de la technique et les modalités de financement.

Recommandation n° 8 : Renforcer l'organisation de la préservation de la fertilité en amont des traitements susceptibles de l'altérer (chimiothérapie, etc.), en améliorant la coordination entre les équipes médicales à l'origine du traitement et les centres spécialisés. Prévoir une orientation suffisamment précoce pour permettre aux patients de connaître les possibilités de conservation des gamètes ou des tissus germinaux, sans retarder les soins nécessaires.

4. Assurer un meilleur suivi des parcours

Depuis la naissance de Louise Brown, premier « bébé-éprouvette » né en 1978 en Grande-Bretagne, l'aide médicale à la procréation a connu un essor spectaculaire et n'a cessé de transformer la façon de devenir parent. En France environ 4 % des enfants voient le jour grâce à l'AMP, ce qui signifie en moyenne qu'un enfant par classe de trente élèves est né grâce à la PMA. Depuis 1981, ce sont

donc environ 300 000 enfants qui sont nés ainsi, signe d'une banalisation progressive de la médecine de la reproduction. La France est l'un des pays qui pratique le plus la PMA, c'est aussi le pays où la prise en charge par la collectivité est la plus généreuse, ce qui facilite sa diffusion.

Toutefois, cette gratuité peut parfois conduire à un recours non réfléchi aux examens et aux techniques de PMA, en multipliant de manière redondante les analyses et les examens ou en rapprochant les tentatives, mettant parfois la santé des patientes en danger sans qu'elles s'en rendent compte, sans prendre le temps de réfléchir aux causes de l'échec précédent. Or, il est essentiel pour les professionnels de santé en charge de la médecine de la reproduction d'avoir une vision précise et exhaustive du parcours de soins des patientes qui s'adressent à eux. Un identifiant unique et un dossier partagé gérés par la sécurité sociale paraissent la solution adaptée.

Recommandation n° 9 : Attribuer un identifiant unique tout au long de la vie à toute personne en parcours de PMA quel que soit le nombre de partenaires. Rattacher cet identifiant à un dossier partagé entre la patiente et les différents professionnels de santé intervenant dans son parcours de PMA, dossier qui regrouperait les résultats d'analyses et d'examens, afin de mieux suivre l'historique de prise en charge de la patiente et d'éviter les analyses et examens redondants.

B. UNE FORTE POUSSÉE DE LA DEMANDE D'AUTOCONSERVATION SOCIÉTALE

1. Une possibilité qui a déclenché un engouement immédiat

La loi de bioéthique du 2 août 2021 a profondément transformé le paysage de l'autoconservation des gamètes en France. Pour la première fois, toute femme ou tout homme peut désormais faire congeler ses ovocytes ou ses spermatozoïdes sans avoir à justifier d'un motif médical - une évolution majeure après des décennies de débat. Le résultat : une explosion des demandes que le système peine à absorber, avec 42 300 (1) demandes déposées en quatre ans et des délais d'attente atteignant plus d'un an dans certaines régions.

L'autoconservation consiste à congeler et conserver ses propres gamètes - ovocytes pour la femme, spermatozoïdes pour l'homme - afin de les avoir disponibles si un projet parental devait nécessiter une AMP dans le futur. **L'objectif est simple : préserver sa fertilité à un âge où les gamètes sont de bonne qualité, pour les utiliser plus tard si nécessaire**. Cette démarche ne garantit pas une grossesse future. Elle constitue une « assurance » partielle - si les gamètes conservés sont de bonne qualité et en nombre suffisant, les chances de succès d'une FIV ultérieure seront meilleures qu'avec des gamètes prélevés à un âge plus avancé.

(1) https://www.fivfrance.com/l-autoconservation-des-ovocytes-et-du-sperme-en-france/#definition

Mais la conservation ne protège pas contre tous les facteurs d'infertilité (problèmes utérins, maladies, …) et ne prédit pas le résultat d'une tentative de FIV.

La France est le seul pays au monde où l'autoconservation est prise en charge à 100 % (sauf le renouvellement annuel de la conservation de l'ordre de 40 euros). Une autoconservation ovocytaire non médicale a été réalisée pour 5 127 personnes en 2024 (1). Les demandes sont en hausse (15 550 en 2024) mais le nombre de premières consultations se stabilise. **Le délai moyen de prise en charge est de 13 mois en 2024**, contre 10 mois en 2023.

Recommandation n° 10 : Réduire les délais d'accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP) et renforcer les capacités de prise en charge des centres, en veillant à maintenir une offre publique complète, accessible et innovante. Évaluer les besoins en personnel, en équipements et en places disponibles, notamment au regard de l'augmentation des demandes d'AMP et l'autoconservation des gamètes.

Les femmes reçues lors d'une première consultation avaient :

entre 35 et 37 ans pour 59 % d'entre elles ;

entre 30 et 34 ans pour 39 % d'entre elles ;

29 ans pour 3 %.

Les 3 voies d'autoconservation des gamètes en France

Cadre légal issu de la loi de bioéthique du 2 août 2021 — conditions et limites d'âge

Autoconservation sociétale (sans motif médical)

Nouveauté loi 2021 — pour toute personne souhaitant préserver sa fertilité par anticipation

FEMME — OVOCYTES	HOMME — SPERMATOZOÏDES
29 → 37 ans	29 → 45 ans
PRISE EN CHARGE	DÉLAI D'ATTENTE 2024
Recueil : SS	13 mois (national)
Conservation : 40,50 €/an (non remboursé)	18+ mois (IDF)

42 300 demandes depuis 2021 | 5 127 ponctions en 2024 | Saturation des centres

(1) https://www.ameli.fr/yvelines/assure/sante/devenir-parent/concevoir-un-enfant/procreation-medicalement-assistee-pma-amp/autoconservation-des-gametes-et-tissus-germinaux-en-vue-d-une-amp

2. Repenser l'organisation des centres autorisés

Malgré l'amélioration nationale du délai de prise en charge, l'Île-de-France concentre encore 54 % des demandes. Les 20 nouveaux centres ouverts en 2025 ont permis de réduire les délais, mais l'hétérogénéité selon les centres reste importante. Les centres franciliens sont submergés de demandes, mais comme nombre de franciliennes refusées dans leur région s'adressent en province, la saturation gagne les centres de province qui commencent à refuser les franciliennes.

Il est connu depuis longtemps (Ined 2012) que les femmes font leurs enfants plus tard dans les grandes villes où sont concentrées les femmes les plus diplômées. L'âge moyen à la maternité était en 2022 de 31 ans en France (INSEE 2023) mais en Ile-de-France il était de 34 ans ! On aurait donc dû anticiper les demandes franciliennes et ouvrir plus de centres en Île-de-France et dans les grandes villes. Les femmes de 36 voire 35 ans sont refusées dans certains centres en raison de leur délai d'attente et doivent s'adresser à l'étranger. Paradoxe de la loi française, ces femmes sont adressées dans des centres étrangers privés alors que les centres privés français n'ont pas le droit de faire de l'autoconservation !

Pour ouvrir des consultations supplémentaires il faut des moyens humains et des salles de consultation, pour faire des ponctions supplémentaires, il faut des

box d'hospitalisation de jour et des places au bloc opératoire, du temps d'anesthésiste, et de la même façon en biologie. Il faut du temps humain pour la vitrification ovocytaire et du matériel pour contenir ces paillettes d'ovocytes congelés et des locaux pour stocker ces bonbonnes ! Certes il y eut des crédits supplémentaires mais ces crédits sont alloués aux établissements et non directement aux centres d'AMP et les directions sont frileuses à embaucher avec des crédits non pérennes.

Pour que l'état idéal de conservation puisse être préservé, il est indispensable de disposer d'une technique efficace de congélation ou vitrification. La vitrification est une technique de congélation ultra-rapide qui préserve les ovocytes sans formation de cristaux de glace, principale cause de dommage cellulaire lors d'une congélation lente classique. C'est grâce à la vitrification que l'autoconservation ovocytaire est devenue cliniquement efficace - les taux de survie post-décongélation atteignent aujourd'hui 80 à 90 % avec cette technique. Il est tout aussi important de pouvoir ensuite stocker les échantillons congelés dans des conditions leur permettant de rester constamment à la même température, pour les préserver parfaitement.

L'azote liquide est le matériau qui permet de conserver les échantillons dans les meilleures conditions. Il permet de maintenir une température de -200 °C (-195,8 °C exactement). À cette température, les cellules se mettent dans un état de pause totale, sans limitation de durée. **De grandes cuves aménagées en compartiments et remplies d'azote liquide en phase vapeur servent à conserver et à classer les échantillons.** Ces cuves, de fabrication allemande, peuvent accueillir entre 13 000 et 30 000 échantillons chacune et sont placées en atmosphère stérile. Elles offrent un niveau de sécurité optimale, puisqu'elles contrôlent en permanence la température et le niveau d'azote.

Il existe actuellement deux goulots physiques : le bloc pour les ponctions, les cuves d'azote pour la conservation. Il serait donc pertinent de prélever et de vitrifier au centre, puis de conserver dans une banque régionale, comme pour le sang placentaire. Cela libérerait les cuves des centres. En effet, chaque centre dispose pour le stockage d'une pièce de 20 ou 30 m2 dont la capacité risque d'être rapidement saturée, d'autant que les gamètes doivent être conservés parfois plusieurs années. Sur le modèle de l'Établissement français du sang, il faudrait prévoir des centres régionaux, où tous les gamètes des centres avoisinants habilités à pratiquer l'autoconservation seraient rassemblés, sachant qu'il y a actuellement 65 centres actifs pour l'autoconservation sans raison médicale en 2025 répertoriés par l'Agence de Biomédecine [(1)]. Il faudrait parallèlement habiliter des transporteurs au transport de gamètes, à l'instar des produits sanguins.

(1) https://www.procreation-medicale.fr/centres-habilites-a-lautoconservation-de-gametes/

Recommandation n° 11 : Mutualiser le stockage des gamètes disséminés dans les différents centres habilités à pratiquer l'autoconservation, en les rassemblant dans des banques régionales de stockage spécialement aménagées à cet effet et présentant toutes les garanties de sécurité, assistées d'un logiciel permettant d'assurer le traçage de tous les gamètes.

Recommandation n° 12 : À l'instar du règlement relatif aux bonnes pratiques de transport des prélèvements, produits et échantillons issus du sang humain, mettre en place une habilitation permettant aux établissements de santé et aux entreprises prestataires d'assurer le transport des gamètes dans un cadre légal et sécurisé.

Un nouveau problème émerge pour les centres qui font cette autoconservation : le coût. À l'heure des comptes, les directions savent faire remarquer que l'autoconservation n'est pas une activité rentable ! Une FIV est cotée B1550, une ICSI B2600 mais une autoconservation B1250, alors que le temps de travail au laboratoire d'AMP est quasi identique pour vitrifier tous ces ovocytes et organiser les relances annuelles. De plus il n'y a pas de transfert d'embryon lui aussi coté (perte estimée à 130 euros par rapport à une FIV mais 400 euros par rapport à une ICSI). Certes l'Agence de Biomédecine prévoit des crédits pour compenser mais il faut qu'ils compensent ou que la cotation soit relevée sinon des quotas seront imposés et les femmes auront de plus en plus de mal à faire une autoconservation en France.

Certains actes cliniques et biologiques doivent aujourd'hui être réévalués et revalorisés afin que leur tarification corresponde davantage à la réalité actuelle de la médecine de la reproduction : sa technicité, le temps professionnel nécessaire, les équipements mobilisés et les exigences de qualité et de sécurité. Une tarification insuffisante ou devenue inadaptée peut limiter les capacités des équipes, freiner l'investissement dans des équipements performants ou de nouvelles pratiques et contribuer aux difficultés de recrutement ou de maintien des professionnels dans cette activité.

Recommandation n° 13 : Améliorer la cotation des actes de biologie impliquant la congélation et la cryoconservation des gamètes et des embryons, pour permettre l'acquisition, par les centres habilités à pratiquer l'autoconservation, de matériel performant à la hauteur des évolutions techniques en matière d'AMP et se mettre au niveau européen.

Le taux de reprise des ovocytes par les femmes pose également question. Une étude canadienne (1) de 2024 et une étude belge (2) de 2023 révélaient **qu'environ 11 à 17 % des femmes ayant congelé leurs ovocytes en faisaient**

(1) Return rates and pregnancy outcomes after oovocyte preservation for planned fertility delay : a systematc review and meta-analysis », Fertily and Sterility Novembre 2024.

(2) A 10-year follow-up of reproductive outcomes in women attempting motherhood after elective oocyte cryopreservation », Human Reproduction, Décembre 2023.

effectivement usage dans le cadre d'un parcours d'assistance médicale à la procréation, ce qui était utilisé par les détracteurs de la technique pour pointer le peu d'utilité de cette préservation sociétale. On peut espérer que ces femmes donneront leurs ovocytes à une autre femme résolvant ainsi la pénurie de don d'ovocytes mais ce don dit « don secondaire » ne sera pas si simple, il faudra que la femme soit revue en consultation et se soumette aux examens nécessaires, ce qui nécessitera donc encore des moyens humains.

Pouvoir conserver ses ovocytes en France est une véritable avancée pour les femmes françaises, mais une fausse image de l'autoconservation a trop longtemps circulé, celle de la femme carriériste qui n'a pas de temps pour la maternité. Tout au contraire toutes les études publiées montrent que plus de 80 % des femmes qui font une autoconservation le font parce qu'elles n'ont pas de partenaire. Il faut toutefois reconnaître que l'on commence à voir arriver en consultation des femmes en couple mais qui expliquent que ce n'est pas le moment de mettre en route une grossesse (le contexte économique n'y est sûrement pas étranger) ou que leur partenaire n'est pas encore décidé. L'autoconservation ne « neutralise » pas l'impact de l'âge sur la fertilité globale. Elle protège uniquement la qualité ovocytaire — pas la réceptivité utérine, la santé générale, ni les autres paramètres de la fertilité.

Recommandation n° 14 : Soutenir la recherche et l'innovation en médecine de la reproduction, notamment dans les domaines de la préservation de la fertilité, de la maturation ovocytaire in vitro et de l'amélioration des techniques d'AMP. Veiller à ce que les innovations évaluées comme sûres et efficaces puissent bénéficier aux patients, y compris dans les situations médicales complexes.

C. UN NOMBRE DE DONNEURS DE GAMÈTES INSUFFISANT

1. Des PMA sur la base du don de plus en plus fréquentes

En 2020, 96 % des 123 174 tentatives d'AMP ont été réalisées avec les gamètes des deux membres du couple (1) et seuls 4 % des AMP avaient utilisé des spermatozoïdes, des ovocytes ou des embryons issus de don. Or, l'élargissement de la PMA aux femmes non mariées et aux couples de femmes a fortement augmenté le recours au don, alors que le nombre de donneurs est bas en France. Cela s'est traduit par un allongement des délais d'attente et des importations, voire des départs à l'étranger.

Entre la révision de la loi de bioéthique de 2021 et avril 2025, l'activité de PMA avec dons de spermatozoïdes a été multipliée par 8,5, avec près de 47 000 demandes enregistrées de la part de femmes non mariées et de couples de femmes. L'élargissement de l'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) aux couples de femmes et aux femmes seules a fragilisé les centres

(1) https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pma-chiffres-cles.pdf

d'assistance médicale à la procréation déjà en manque de moyens, en nombre de professionnels, en ressources financières, mais aussi en quantité de gamètes donnés.

La demande explose : *« On a largement sous-estimé cette demande »*, admet la Dre Olivia Gervereau, médecin spécialiste de la reproduction. *« Avant la loi de bioéthique, on faisait 50 inséminations par an avec sperme de donneur. À l'heure actuelle, on en fait 700 »*. Problème : le nombre de donneurs, lui, n'a pas augmenté. Et même baissé. À l'échelle de l'hexagone, ils sont ainsi passés de 714 à 676, soit une chute de 5,3 %. Est-ce l'effet de la levée de l'anonymat (la personne issue d'un don peut demander, au moment de sa majorité, l'identité du donneur), effective depuis septembre 2021 ? Selon un baromètre d'opinion mené par l'Agence de Biomédecine, cette levée de l'anonymat freinerait *« 33 % des hommes à donner leurs gamètes »*.

Depuis plusieurs années, les professionnels de la reproduction alertent sur des dons de gamètes insuffisants et des demandes de PMA qui explosent. Fin 2024, 2 770 personnes attendaient un don d'ovocytes et plus de 10 600 un don de spermatozoïdes… Pour seulement 1 500 donneurs et donneuses par an, d'après l'Agence de la biomédecine.

En France, les donneurs doivent être majeurs et en bonne santé. La prise en charge va chercher à limiter les risques pour les personnes receveuses et leur descendance. Sont ainsi réalisés, pour les donneurs : un bilan d'évaluation de leur fertilité ; une étude génétique (consultation, caryotype), des tests sanitaires initiaux et de contrôle (VIH, hépatites, …) ; un entretien psychologique. Les gamètes issus d'un même donneur ne pourront donner naissance à plus de dix enfants.

Pour donner ses gamètes, il faut : être âgé de 18 à 37 ans inclus pour les femmes et de 18 à 44 ans inclus pour les hommes ; être en bonne santé ; accepter de donner accès à son identité aux personnes issues de son don.

En 2023, 692 hommes ont donné leurs spermatozoïdes, 18 044 tentatives d'AMP ont été réalisées à partir de spermatozoïdes issus de dons (double don exclu), **près de 2 880 enfants sont nés suite à une AMP avec don de spermatozoïdes** (double don exclu). **Le délai d'attente moyen est d'environ 17,7 mois pour recevoir un don de spermatozoïdes**, mais peut aller jusqu'à plusieurs années.

En 2023, 912 femmes ont donné leurs ovocytes, 2 634 tentatives d'AMP ont été réalisées à partir d'ovocytes issus de dons (double don exclu), **près de 555 enfants sont nés suite à une AMP réalisée avec don d'ovocytes** (double don exclu). **Le délai d'attente moyen est d'environ 22 mois pour recevoir un don d'ovocytes.**

Le parcours de dons d'ovocytes dure entre 4 et 6 mois. Lors du rendez-vous dans le centre de don, la postulante rencontre plusieurs professionnels de santé (médecin, psychologue, gynécologue, etc.) et réalise divers examens. Ces examens

permettent de vérifier que le don est bien envisageable. Au cours de ces rendez-vous, la personne recevra une information complète sur le parcours du don.

Lorsque le don est possible, la stimulation peut démarrer. L'équipe médicale du centre de don reprend contact avec la donneuse pour organiser la suite du parcours et décide avec elle de la période la plus favorable pour le don en fonction de son emploi du temps personnel et professionnel et de l'organisation du centre. **Les donneuses suivent un traitement pendant 10 à 12 jours, avec des injections d'hormones, le plus souvent quotidiennes. Le but est d'aboutir à la maturation de plusieurs ovocytes.** Cette période demande une grande disponibilité. Afin de surveiller le déroulé du traitement de stimulation, les personnes réalisent une prise de sang et une échographie vaginale, à plusieurs reprises pendant le traitement (environ 3 fois), le matin. L'après-midi même, après ces examens, le centre de don leur indique : la suite du traitement (ajustement du dosage, par exemple), puis, la date de la ponction des ovocytes. Des effets secondaires (ou effets indésirables) sont possibles. Des douleurs similaires à celles parfois ressenties à différentes étapes du cycle menstruel sont fréquentes. Peuvent aussi être ressentis : de la pesanteur dans le bas du ventre, des crampes dans le bas du ventre, une forte fatigue.

Le prélèvement des ovocytes (ou ponction) s'effectue à l'hôpital, sous échographie par voie vaginale. Il est réalisé deux jours après la dernière injection, le matin. **Le prélèvement peut se dérouler sous anesthésie locale ou générale de courte durée.** Le prélèvement dure environ 10 minutes, suivies d'une surveillance et d'un repos d'environ 2 à 3 heures. La personne peut ensuite sortir de l'hôpital, en étant accompagnée. Les ovocytes prélevés sont attribués à une personne ou un couple. Ils peuvent être congelés et conservés en laboratoire, ou utilisés immédiatement.

Malgré des campagnes répétées d'incitation au don de gamètes, le nombre de volontaires reste faible, au regard des besoins et demande un altruisme important, notamment pour le don d'ovocyte, procédure relativement lourde pour la donneuse et dont la motivation correspond souvent à des situations bien précises. Ainsi, un témoignage indique : *« Je suis née grâce à un don. J'ai voulu offrir à d'autres ce bonheur de devenir parent ».*

2. Un recours croissant aux importations

Les personnes qui veulent réduire les délais n'ont d'autre alternative que d'importer des gamètes ou de se rendre à l'étranger.

La création de l'Association Nationale du Don d'Engendrement (ANDDE) procède d'un constat partagé de longue date par les professionnels de terrain, les chercheurs et les personnes directement concernées par l'AMP avec don : un décalage persistant entre les cadres juridiques et organisationnels, historiquement construits, et la réalité contemporaine des pratiques et des besoins.

Pour compenser le manque de dons en France, l'importation de spermatozoïdes de banques étrangères a nettement augmenté, bien que cela soulève des questions d'égalité d'accès à la PMA et de coûts supplémentaires pour les bénéficiaires [(1)]. Depuis 2024, le nombre d'importations de paillettes de spermatozoïdes progresse. Trois importations entre 2021 et 2023, contre une centaine en 2025.

En France, l'importation ou l'exportation de gamètes et de tissus germinaux est prévue dans le Code de la santé publique (article L. 2141-11-1). Cela résulte de dispositions introduites en 2008, suite à la transposition en France de la Directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relatifs à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution des tissus et cellules humaines. Depuis, il est prévu dans le droit français que les importations de gamètes (spermatozoïdes ou ovocytes) se fassent uniquement entre établissements professionnels autorisés. Chaque demande d'importation est examinée au cas par cas. L'Agence de la biomédecine est seule compétente pour délivrer au cas par cas les autorisations d'importation et d'exportation de gamètes et tissus germinaux (article L. 2141-11-1 du CSP). L'importation de gamètes depuis une banque européenne vers un particulier ou un médecin non autorisé est, quant à elle, interdite.

Les banques étrangères offrent souvent plus d'informations sur les donneurs, ce qui attire les Français, mais cette pratique peut créer des inégalités économiques.

Les centres de PMA peuvent se fournir à l'étranger, notamment au Danemark, auprès des banques Cryos et Nordic Cryobank. Cryos est le numéro 1 des ventes au niveau mondial et approvisionne plus de 50 pays. Ole Schou, le fondateur de Cryos, banque de sperme danoise se présentant comme la plus grande du monde, constate que l'attrait des Français et Françaises pour son entreprise est en nette augmentation depuis la révision de la loi de bioéthique de 2021. *« Pendant de nombreuses années, les patients français n'avaient d'autre choix que d'attendre ou de se tourner vers l'étranger. Désormais, nous pouvons répondre à leurs demandes dans un cadre légal et sécurisé, avec nos gamètes provenant majoritairement du Danemark et des États-Unis, respectant la stricte législation de l'Union européenne »*, assure-t-il.

III. MIEUX ACCOMPAGNER LES PATIENTES

La procréation médicalement assistée n'est pas qu'une succession d'examens et de traitements. C'est aussi un vécu : attente, montagnes russes

(1) https://www.parents.fr/envie-de-bebe/pma/pma-pourquoi-limport-de-spermatozoides-de-banques-etrangeres-est-elle-en-augmentation-1154269

émotionnelles, charge mentale, impact sur le couple, et parfois sentiment d'injustice. Ce parcours qui n'a rien d'anodin suscite une forte demande de soutien de la part des femmes qui n'est pas toujours au rendez-vous. Celui-ci s'avère pourtant indispensable, afin de limiter les effets psychologiques de ces traitements lourds, longs et dont le résultat n'est pas garanti.

A. UN BESOIN FORT D'ACCOMPAGNEMENT ET D'INFORMATION

En novembre 2022, à l'occasion de la semaine européenne de la fertilité, trois associations Asso' SOPK, Collectif BAMP! et EndoFrance ont réalisé, avec le support institutionnel du laboratoire Merck, une enquête Ipsos auprès de femmes actuellement ou récemment en parcours de PMA.

Les femmes interrogées font état d'un parcours de PMA difficile à vivre et qui impacte fortement leur vie quotidienne. Le temps est une composante indéniable du parcours de PMA. C'est un constat partagé par la quasi-totalité des femmes : s'engager dans un tel protocole prend du temps, et cette réalité est particulièrement mal vécue par beaucoup d'entre elles. **Un parcours qui, au-delà de la durée dans lequel il s'inscrit, est ponctué de stress, de fatigue et de déceptions pour les femmes**. Une démarche qui les éprouve très fortement et dans laquelle elles se sentent seules avec le ressenti massivement partagé que personne ne peut comprendre ce par quoi elles sont passées. Ce parcours impacte tous les aspects de la vie des femmes que ce soit dans leur vie quotidienne, leur vie au travail, mais aussi dans leur intimité (leur vie sexuelle et affective).

1. Un soutien psychologique indispensable

La procréation médicalement assistée est un parcours souvent ardu et épuisant sur le plan émotionnel pour les personnes qui souhaitent avoir un enfant [(1)]. Au-delà des aspects médicaux et physiologiques, la dimension psychologique joue un rôle crucial dans cette démarche.

La complexité émotionnelle qui accompagne le parcours de PMA est profonde et multifacette. Dès les premières étapes, lorsque les couples ou les femmes réalisent qu'ils auront besoin d'une assistance médicale pour concevoir un enfant, un tourbillon d'émotions peut les submerger. Il y a souvent un sentiment d'injustice, une frustration face à l'idée que quelque chose qui semble si naturel pour tant d'autres personnes soit si difficile à atteindre pour eux. Ensuite, il y a l'espoir, parfois fragile, parfois éclatant, mais toujours teinté de peur. Chaque nouvelle tentative de traitement est accompagnée d'une lueur d'espoir, la possibilité que cette fois-ci, cela fonctionne. Mais cette lueur est souvent obscurcie par la crainte de l'échec, de devoir faire face à une autre déception.

La PMA est également un processus marqué par l'attente, une attente angoissante et parfois interminable. Chaque étape du traitement, des tests médicaux

(1) https://www.psychologue.net/articles/laccompagnement-psychologique-lors-du-parcours-pma

aux résultats des analyses, est ponctuée d'une attente tendue et difficile à accepter. L'échec répété des traitements en PMA peut également être dévastateur pour le bien-être émotionnel des individus. Chaque résultat négatif peut sembler être un coup dur supplémentaire, remettant en question la viabilité de leur désir d'avoir un enfant. L'incertitude quant à l'issue du traitement peut également peser lourdement sur l'esprit, créant un climat d'anxiété permanent. Pour certaines personnes, chaque échec peut sembler remettre en question leur valeur en tant que partenaires, leur capacité à fonder une famille et même leur place dans la société.

Enfin, la pression sociale et familiale, souvent bien intentionnée mais parfois oppressante, est également à prendre en considération. Les couples en parcours de PMA peuvent se sentir jugés par leur entourage, mal compris, voire exclus. Les questions innocentes comme *« Quand est-ce que vous aurez des enfants ? »* peuvent devenir des déclencheurs de douleur émotionnelle, rappelant aux couples leur lutte silencieuse pour fonder une famille. **Dans cette complexité émotionnelle, il est facile de se sentir submergé, isolé, voire désespéré. L'accompagnement psychologique offre un soutien pour aider les personnes à traverser ces différentes émotions.**

Les thérapeutes spécialisés en PMA comprennent les défis uniques auxquels sont confrontés ces couples et sont formés pour les aider à faire face à leurs émotions de manière saine et constructive. En leur offrant un espace sûr pour exprimer leurs sentiments, en leur fournissant des outils pour gérer le stress et l'anxiété, ces professionnels jouent un rôle crucial dans le soutien émotionnel des personnes tout au long de leur parcours de PMA. De plus, l'accompagnement psychologique fournit aux couples des outils et des stratégies pour faire face aux défis spécifiques rencontrés tout au long du parcours de PMA. Les thérapeutes les aident à développer des mécanismes d'adaptation sains pour gérer le stress, l'anxiété et la dépression qui peuvent accompagner ce processus. Ils offrent des techniques de relaxation, des exercices de gestion du stress et des conseils pratiques pour renforcer la résilience émotionnelle des individus.

Souvent, avant de commencer un parcours de PMA, les personnes doivent rencontrer un psychologue, mais elles n'ont pas de suivi pendant le reste de leur parcours. Elles se retrouvent donc à avoir des difficultés émotionnelles à vivre la situation et à savoir comment l'aborder.

Recommandation n° 15 : Proposer dans tous les centres d'AMP des séances gratuites de soutien psychologique avec des thérapeutes spécialisés en PMA que les patientes et les couples pourraient rencontrer tout au long de leur parcours PMA et non pas simplement au début de celui-ci.

2. Répondre au besoin d'information et de transparence

On constate un manque d'accès à l'information des patientes concernant la PMA. Les personnes qui commencent un parcours de PMA rentrent dans un « nouveau monde » qui a son propre vocabulaire et ses propres termes et c'est

parfois très compliqué pour celles-ci d'arriver à suivre dès le début du parcours toutes les démarches et examens à effectuer. Dès la première consultation, les personnes se retrouvent avec un flot d'informations à assimiler sans toujours tout comprendre ; parfois elles oublient certaines informations. Certaines patientes estiment que les médecins n'expliquent pas très bien les différents protocoles et les différents risques concernant la PMA et les laissent avec leurs doutes et leurs questions. D'autres estiment également ne pas avoir été suffisamment informées sur les différentes démarches et sur les risques et inconvénients possibles.

Ce constat est partagé par le collectif BAMP!. L'association est née en 2013 d'un état des lieux très simple : les personnes confrontées à l'infertilité et engagées dans des parcours d'assistance médicale à la procréation étaient insuffisamment entendues, insuffisamment informées et insuffisamment représentées. L'association considère que lorsque des centaines de patients leur décrivent les mêmes difficultés - délais, manque d'information, difficultés professionnelles, ruptures de parcours, sentiment de ne pas être suffisamment associés aux décisions -, il ne s'agit plus d'une accumulation d'expériences individuelles mais de problématiques du système de santé.

L'amélioration des parcours d'AMP existants constitue donc une priorité. Les patientes ont besoin de davantage de transparence et de bienveillance dans leur prise en charge, afin de mieux comprendre le déroulement de leur parcours, qu'on se penche sur l'analyse des échecs et qu'elles puissent devenir actrices de leur parcours, au lieu de subir une succession d'examens et d'actes médicaux sans pouvoir émettre un avis éclairé et sans que leur ressenti soit pris en considération.

Une meilleure personnalisation des prises en charge s'avère donc indispensable. L'articulation entre la modernisation de l'AMP et l'amélioration des parcours est essentielle. Il y a encore trop de témoignages de personnes qui se détournent de l'AMP en France car **la communication est souvent défaillante avec les équipes, les échecs non expliqués, les diagnostics non précis.**

L'inefficience d'un parcours doit aussi être mesurée du point de vue du patient. Multiplier les tentatives sans avoir suffisamment recherché les causes d'échec, répéter des examens déjà réalisés, maintenir des délais excessifs, imposer des déplacements évitables ou obliger des patients à recommencer une partie de leur parcours lors d'un changement de centre constituent également des formes d'inefficience. La sobriété en AMP ne doit pas signifier faire moins pour les patients, mais faire mieux, au bon moment, avec les moyens adaptés : mieux diagnostiquer, mieux orienter, personnaliser davantage, réduire les délais et éviter les actes et les échecs évitables.

La formation des professionnels de première ligne est également essentielle : médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, médecins du travail, professionnels de santé scolaire. Ils doivent pouvoir parler de fertilité avant l'infertilité. Il est important que les professionnels soient davantage formés à

l'annonce, à l'accompagnement et aux conséquences psychologiques et sociales de l'infertilité.

Recommandation n° 16 : Renforcer la formation des équipes médicales en charge de l'AMP à la prise en charge personnalisée des patientes. Désigner un référent par patiente dans les centres d'AMP, afin que celles-ci disposent d'un espace de dialogue dédié, leur permettant d'accéder à toutes les informations nécessaires au sujet du déroulement de leur parcours et d'être associées aux décisions les concernant.

B. AMÉLIORER LE TAUX DE RÉUSSITE DE L'AMP

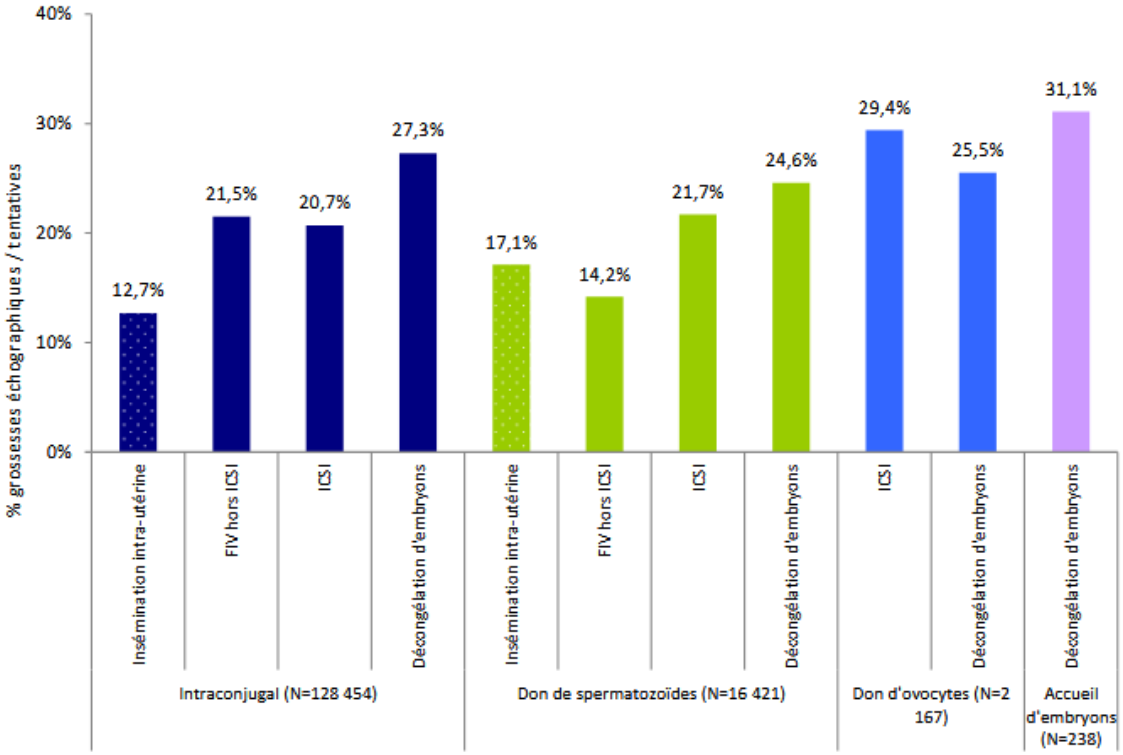
1. Des résultats français peu performants

Les taux de réussite des différentes techniques d'AMP en France sont évalués tous les ans par l'Agence de Biomédecine[1]. On parle généralement de chances de grossesse pour indiquer le succès de l'AMP. Néanmoins, ce succès n'aboutit pas toujours à une naissance (risques de fausses couches ou d'interruptions médicales de grossesse, …).

Le taux de réussite d'une FIV dépend avant tout de l'âge de la femme, facteur pronostique le plus important. En France, l'Agence de la biomédecine publie chaque année les résultats de tous les centres. En moyenne, on observe environ 20 à 24 % de grossesse clinique par transfert.

(1) https://rams-back.agence-biomedecine.fr/uploads/2023_amp_dpi_1_14_2026_3_06_58_PM_d024d4f184.pdf

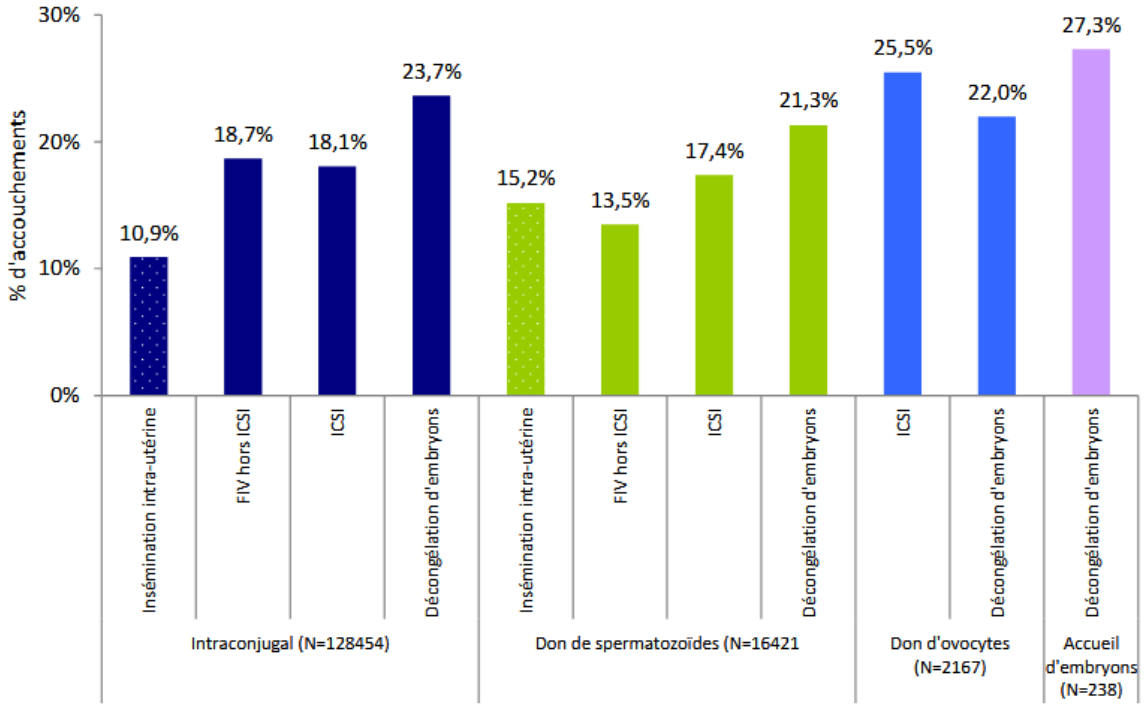
Figure AMP10. **Taux de grossesses échographiques après tentative* d'AMP** selon la technique et l'origine des gamètes en 2023 :



*Tentatives : cycles d'insémination 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 ; décongélations d'embryons en vue de TEC ; mises en fécondation (don d'ovocytes) ; décongélations d'ovocytes (ICSI) ; N : nombre de tentatives

*Les taux de succès des tentatives d'AMP utilisant ovocytes et spermatozoïdes de donneurs ne sont pas rapportés dans ce graphique en raison des faibles effectifs (< 50 en 2023).

Figure AMP11. **Taux d'accouchements après tentative* d'AMP** selon la technique en 2023



*Tentatives : cycles d'insémination 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 ; décongélations d'embryons en vue de TEC ; mises en fécondation (don d'ovocytes) ; décongélations d'ovocytes (ICSI) ; N : nombre de tentatives

Les résultats de la PMA par pays varient considérablement selon le cadre réglementaire, le volume d'activité des centres et les techniques pratiquées. L'accès aux traitements, le coût des soins, les législations relatives à la procréation médicalement assistée et les aspects culturels influencent significativement la situation de chaque pays.

Des variations importantes existent dans les statistiques de réussite de la FIV selon les pays. L'Espagne et la République tchèque sont souvent citées pour leurs taux élevés, tandis que les données pour les États-Unis montrent une moyenne autour de 42 %. Force est de constater que **la France n'est pas particulièrement bien placée en termes de résultats de PMA par rapport aux autres pays européens. En France, il faut en moyenne trois tentatives pour obtenir une naissance.**

Résultats PMA par pays — tableau comparatif 2024–2026

Données issues des registres nationaux, de la SEF (Espagne), de l'ESHRE et de l'ABM (France). Les taux sont exprimés en taux de grossesse clinique ou de naissance vivante selon les pays — voir note.

Pays	FIV propres ovocytes	TEC (embryon congelé)	FIV-DO (don d'ovocytes)	Âge limite femme	Couples ⚲⚲ / fem. seules
France	30 % cumulé 18,9 %/ tentative	24,3 %	Remboursée SS	43 ans (SS)	✓ Depuis 2021
Espagne	~35–40 %	~40–45 %	55–60 %	50 ans	✓ Oui
Belgique	~30–35 %	~35–40 %	50–55 %	~45 ans	✓ Oui
Grèce	~35–42 %	~38–44 %	50–58 %	~50 ans	✗ Hétéro seulement
Danemark	~28–34 %	~35–40 %	45–52 %	~46 ans	✓ Oui
Rép. Tchèque	~30–36 %	~35–40 %	48–55 %	~49 ans	✗ Hétéro seulement
Portugal	~30–35 %	~33–38 %	48–55 %	~50 ans	✓ Oui

⚠️ Ces chiffres sont des fourchettes indicatives. Les taux de succès varient selon les cliniques, l'âge de la patiente, la cause de l'infertilité et la technique utilisée. Certains pays publient des taux de grossesse clinique, d'autres des taux de naissance vivante — ces deux indicateurs ne sont pas comparables directement. Pour une comparaison fiable entre centres espagnols, consulter le registre officiel de la SEF (sefertilidad.net).

L'Espagne publie les résultats PMA par pays les plus complets d'Europe grâce au registre national de la SEF, qui recense l'activité de plus de 200 centres privés. **Avec 168 000 cycles réalisés en 2023, l'Espagne représente environ 15 % du volume européen total**. Surtout, les résultats pour un don d'ovocytes avec transfert frais atteignent 55 à 60 % de grossesse clinique par transfert - un niveau nettement supérieur à la moyenne européenne, en grande partie grâce à la disponibilité de donneuses jeunes (1) (moins de 28 ans en moyenne) et au recours croissant au DPI-A. **Pour la FIV avec ses propres ovocytes, les grandes cliniques espagnoles affichent des résultats de 35 à 40 % de grossesse clinique par**

(1) En Espagne, c'est le Ministère de la Santé qui fixe le prix de la compensation entre 800 et 1 000 euros, selon les recommandations de la Commission Nationale de Procréation Assistée, somme qui est révisée de façon périodique.

transfert pour les femmes de moins de 38 ans - comparables aux meilleurs centres français. Toutefois, l'Espagne se distingue surtout pour les patientes au-delà de 40 ans, grâce au DPI-A disponible à la demande et à l'accès sans délai aux donneuses. Le recours très répandu au DPI-A dans les cliniques privées espagnoles augmente mécaniquement les taux d'implantation par transfert.

2. Autoriser le DPI-A pour éviter certains échecs de FIV

Le diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies (DPI-A) est au cœur du débat sur l'évolution de la médecine de la reproduction en France. Cette technique, qui consiste à analyser le nombre de chromosomes d'un embryon conçu par fécondation in vitro (FIV) avant son transfert dans l'utérus, est aujourd'hui interdite en France, alors qu'elle est autorisée selon des modalités variables dans de nombreux autres pays européens.

Les aneuploïdies correspondent à un nombre anormal de chromosomes. Chez l'être humain, les cellules possèdent normalement 46 chromosomes. Une anomalie de leur nombre peut compromettre le développement de l'embryon et constitue une cause importante d'échec d'implantation et de fausse couche précoce. Leur fréquence augmente avec l'âge maternel. Le DPI-A consiste à prélever quelques cellules sur un embryon obtenu par FIV afin d'en analyser le nombre de chromosomes avant son éventuel transfert. Il s'agit d'un outil d'aide à la décision médicale, qui ne modifie en aucun cas les caractéristiques génétiques de l'embryon.

L'objectif est de mieux identifier les embryons susceptibles de se développer et d'éviter, dans certaines situations, des transferts qui ont peu de chances d'aboutir à une naissance. Les échecs répétés ne sont pas sans conséquences : ils prolongent les parcours de soins, retardent les projets parentaux et exposent les patientes à la charge physique et psychologique face à de nouvelles tentatives. Les traitements de FIV comportent également des risques médicaux, notamment le syndrome d'hyperstimulation ovarienne et les complications liées à la ponction ovarienne.

Le DPI-A ne garantit toutefois ni l'implantation ni la naissance d'un enfant. Son intérêt dépend du profil de la patiente et du contexte clinique. L'amélioration du taux de réussite par transfert ne signifie pas nécessairement une augmentation du taux cumulé de naissances pour toutes les patientes. Son utilisation doit donc être évaluée au regard des données scientifiques disponibles et réservée aux situations dans lesquelles un bénéfice est attendu.

En France, le diagnostic préimplantatoire (DPI) est actuellement autorisé dans un cadre strict, principalement pour les couples présentant un risque élevé de transmettre une maladie génétique grave à leur descendance (mucoviscidose, myopathie de Duchenne, drépanocytose, etc.). Il permet alors de rechercher une anomalie génétique identifiée ou une anomalie chromosomique structurelle connue. Il ne s'agit pas d'un dépistage général du nombre de chromosomes.

Le DPI est réalisé dans des centres autorisés par l'Agence de la biomédecine. Le nombre limité de centres (6 centres agréés) et les délais d'accès, qui peuvent atteindre un an et demi à deux ans selon les situations, constituent déjà des difficultés pour les patients concernés. Le DPI-A, qui vise à rechercher des anomalies du nombre de chromosomes, n'est quant à lui pas autorisé en France.

Les résultats avancés illustrent les écarts entre les parcours de FIV en France et dans certains centres étrangers. En France, moins de 25 % des tentatives de FIV aboutissent à un accouchement, avec en moyenne trois tentatives nécessaires pour obtenir une naissance. En Espagne, de grandes cliniques rapportent des taux de grossesse clinique de 35 à 40 % par transfert chez les femmes de moins de 38 ans, et mettent particulièrement en avant l'intérêt du DPI-A après 40 ans.

Cette situation crée une inégalité d'accès aux soins : seules les personnes qui disposent des moyens financiers nécessaires peuvent se rendre à l'étranger pour bénéficier d'une technique indisponible en France. Elle soulève également un paradoxe : l'Assurance maladie peut prendre en charge une partie des frais de FIV réalisées à l'étranger, alors même que certaines patientes choisissent ces destinations pour accéder au DPI-A, qui n'est pas autorisé en France.

Le DPI-A s'inscrit dans le débat sur la révision de la loi de bioéthique et les consultations citoyennes engagées à cette fin. Son éventuelle autorisation suscite des positions contrastées, entre les arguments médicaux en faveur d'un meilleur choix des embryons à transférer et les interrogations éthiques qu'elle soulève. Les positions exactes des autorités sanitaires et des instances consultatives doivent être distinguées : contribuer au débat sur le DPI-A ne signifie pas nécessairement soutenir sans réserve sa légalisation. Ses opposants redoutent notamment une dérive eugéniste, en particulier en raison de la possibilité d'identifier certaines anomalies chromosomiques, comme la trisomie 21. Cette préoccupation doit être entendue. Elle doit toutefois être mise en perspective avec le dépistage prénatal de la trisomie 21, déjà proposé pendant la grossesse et susceptible, lorsque le diagnostic est confirmé, de conduire certaines femmes à envisager une interruption médicale de grossesse.

Ces interrogations doivent être prises au sérieux. Elles ne dispensent cependant pas d'examiner précisément les finalités de la technique et les conditions dans lesquelles elle pourrait être utilisée. Le DPI-A intervient à un stade différent du dépistage prénatal et répond à un objectif distinct : éclairer le choix de transfert embryonnaire dans le cadre d'une FIV. L'autorisation du DPI-A ne saurait donc signifier une sélection généralisée des embryons. Elle doit néanmoins être strictement encadrée, limitée à l'analyse du nombre de chromosomes et réservée à des indications médicales définies. Les critères d'accès, les conditions de réalisation et le suivi des résultats devraient faire l'objet d'un cadre réglementaire précis.

La révision de la loi de bioéthique prévue en 2027 constitue une occasion d'examiner cette question à la lumière des connaissances scientifiques, des enjeux éthiques et des inégalités d'accès aux soins.

Recommandation n° 17 : Inscrire l'autorisation et l'encadrement du DPI-A dans la loi, notamment en cas d'âge maternel avancé, d'échecs répétés d'implantation ou de fausses couches à répétition, en limitant l'analyse aux anomalies du nombre de chromosomes et en réservant la pratique aux centres autorisés disposant des compétences nécessaires.

Recommandation n° 18 : Garantir l'accès au DPI-A lorsqu'une indication médicale est reconnue, en prévoyant sa prise en charge par l'Assurance maladie et en renforçant les capacités des centres de diagnostic préimplantatoire afin de réduire les délais d'accès au DPI existant et de permettre le déploiement du DPI-A dans de bonnes conditions.

Recommandation n° 19 : Mettre en place un suivi national des résultats du DPI-A, notamment en matière de taux cumulés de naissance, de fausses couches, de nombre de tentatives, de délais de prise en charge et de coûts pour l'Assurance maladie, afin d'évaluer ses bénéfices selon les profils de patientes.

CONCLUSION

La manière d'aborder la santé des femmes est lacunaire et génère de profondes inégalités avec les hommes. Le cancer du sein, tout comme l'infertilité, sont des problématiques de santé qui concernent les femmes au premier chef. 99 % des personnes touchées par le cancer du sein sont des femmes. S'agissant de l'infertilité, si la fertilité masculine, souvent moins discutée que la fertilité féminine, joue pourtant un rôle dans 30 à 50 % des cas d'infertilité de couple, c'est néanmoins sur la femme que repose la lourdeur des traitements dans les parcours de PMA. Dans les deux cas, outre le fort retentissement psychologique, la compatibilité des traitements avec l'activité professionnelle se pose de manière aiguë. Or, celle-ci joue un rôle fondamental pour l'autonomie des femmes.

Du dépistage à l'après-cancer en passant par les soins, la prise en charge du cancer du sein connaît de nombreuses lacunes, avec de fortes inégalités sociales et territoriales. Compte tenu de ses conséquences sanitaires, sociales et économiques, **le cancer du sein** - le plus répandu et le plus meurtrier pour les Françaises - **constitue un enjeu majeur de santé publique**. **Il a mobilisé près de 4,7 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie en 2023**, soit plus de 65 % qu'en 2015, et un reste à charge significatif - 1 549 euros en moyenne -, poussant les plus démunies à des renoncements de soins. Précarité, retour à l'emploi, charge mentale, organisation du foyer …, pendant et après les traitements, la survenue d'un cancer chez une femme est une rupture renforcée et l'impact social de la maladie est plus lourd pour elles. Le cancer vient aggraver les inégalités femmes-hommes à tous les niveaux de la société.

Quant à l'infertilité, celle-ci doit être reconnue comme un véritable enjeu de santé publique, et pas uniquement comme une question démographique. Une politique de fertilité ne doit pas avoir pour objectif de demander aux femmes de faire davantage d'enfants ou de les faire plus tôt. Elle doit permettre aux femmes et aux hommes de disposer d'informations fiables, de préserver autant que possible leur santé reproductive et de pouvoir réaliser, lorsqu'ils le souhaitent, leur projet familial. **L'infertilité** est encore trop souvent présentée comme un problème individuel : *« leur problème pour avoir un enfant »*. Or elle **constitue un enjeu de santé publique et un enjeu de société**. Elle interroge notre environnement, nos politiques de prévention, notre système de santé, notre organisation du travail, l'égalité entre les femmes et les hommes, l'accès aux soins, la recherche et notre manière collective de considérer le désir d'enfant et sa réalisation dans notre société.

La prévalence du cancer du sein et l'infertilité en France sont très élevées. La France détient désormais le premier rang mondial en ce qui concerne la prévalence du cancer du sein et l'efficience des parcours de PMA en France nous place derrière un certain nombre de nos voisins européens. Ces résultats peu satisfaisants, alors que les dépenses de sécurité sociale sont particulièrement élevées

dans ces deux domaines clés de la santé et du bien-être des femmes, nécessitent la mise en œuvre de politiques publiques volontaristes pour apporter une réponse à la hauteur des enjeux.

Les facteurs environnementaux ne peuvent plus être ignorés. En effet, l'environnement dans lequel nous vivons joue un rôle majeur dans l'augmentation du nombre de cancers du sein et la baisse de la fertilité. De nombreuses études ont montré l'impact des perturbateurs endocriniens - présents dans les plastiques, les cosmétiques et les pesticides - sur le système hormonal. Ces substances sont suspectées de dérégler les fonctions hormonales, déterminantes dans l'apparition des cancers hormonodépendants comme le cancer du sein, et de contribuer à la diminution de la fertilité masculine et féminine. En quarante ans, la concentration en spermatozoïdes a chuté de moitié dans les pays industrialisés.

Plus de prévention, des parcours de soins plus efficients, une attention particulière aux facteurs environnementaux, un effort accru de recherche, sont indispensables pour changer la donne et redonner de l'espoir aux femmes. Face à l'urgence sociale, sanitaire et humaine que représente ce constat, il est temps de passer à une mobilisation collective.

Le cancer du sein, tout comme l'infertilité ne peuvent plus être considérés uniquement comme des sujets relevant de l'intime. Ils interrogent nos politiques sociales, environnementales, économiques et de recherche et ils reflètent aussi nos inégalités : de genre, de territoire, de conditions de vie.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

I. CANCER DU SEIN

Recommandation n° 1 : Financer un vaste programme de recherche à caractère pluridisciplinaire, afin d'identifier les causes de la prévalence supérieure du cancer du sein en France, par rapport aux autres pays européens, en mettant l'accent sur les facteurs environnementaux, à commencer par les perturbateurs endocriniens et les pesticides.

Recommandation n° 2 : Rendre obligatoire, dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, la participation au dépistage organisé pour les centres d'imagerie souhaitant pratiquer l'imagerie sénologique - mammographique et échographique - de diagnostic et de dépistage.

Recommandation n° 3 : En lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS) développer le parc des unités mobiles de dépistage (mammobiles), afin de parvenir à un maillage de l'ensemble du territoire, y compris les territoires ultramarins et pratiquer une politique d'*aller vers* pour les publics les plus vulnérables, en partenariat avec les associations, en amenant la mammographie, grâce aux mammobiles, sur les lieux où se trouvent ces femmes.

Recommandation n° 4 : Afin de permettre l'accès à la mammographie des femmes en situation de handicap, rendre accessibles et adaptés les lieux d'accueil et de soins, prévoyant un accompagnant de confiance et du matériel adapté, comme des tables réglables en hauteur et inclinables.

Recommandation n° 5 : Élaborer et diffuser auprès des soignants de proximité (médecins généralistes, infirmières, sages femmes, …) et des associations, des dépliants en langues étrangères et en FALC sur les étapes clés du dépistage du cancer du sein. Garantir un interprétariat en consultation.

Recommandation n° 6 : Prévoir des campagnes de sensibilisation annuelles à l'autopalpation des seins, y compris dans les établissements scolaires et d'enseignement supérieur, avec diffusion de vidéos de démonstration sur les réseaux sociaux et proposer des ateliers gratuits d'apprentissage à l'autopalpation animés par des professionnels de santé.

Recommandation n° 7 : Former l'ensemble des professionnels de santé en contact avec des femmes (médecins généralistes, gynécologues, sages femmes, infirmières) à la technique d'autopalpation, en ayant recours à des outils pédagogiques tels que les kits de communication et les bustes d'autopalpation. Les inviter à informer systématiquement leurs patientes à ce sujet lors des consultations.

Recommandation n° 8 : Relever le seuil d'autorisation des établissements de santé pour avoir une activité de chirurgie du cancer du sein à 150 interventions chirurgicales par an, en s'alignant sur les recommandations européennes, comme le préconise la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) dans son rapport charges et produits pour 2019.

Recommandation n° 9 : Mettre en place une Formation Spécialisée Transversale (FST) de sénologie carcinologique d'une durée d'un an pour les internes en chirurgie désireux de pratiquer cette activité. Permettre à ces internes de maîtriser à la fois les techniques carcinologiques, oncoplastiques et réparatrices mammaires proposées dans le même temps opératoire. Former les internes dans des établissements autorisés à la prise en charge des cancers du sein. Autoriser ces internes à exercer ultérieurement cette activité de sénologie carcinologique de manière exclusive ou non exclusive.

Recommandation n° 10 : Adopter d'urgence les décrets et les arrêtés permettant de rendre effectives les mesures contenues dans la loi n° 2025-106 du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'Assurance Maladie.

Recommandation n° 11 : Élargir l'offre de reconstruction mammaire dans le secteur public, en renforçant les moyens humains et matériels, afin de réduire les délais d'attente et d'éviter des renoncements à la reconstruction en raison de restes à charge trop importants, dus aux dépassements d'honoraires pratiqués dans le secteur privé.

Recommandation n° 12 : Porter le soin psychique au cœur de la cancérologie en informant précocement et systématiquement de la possibilité d'un soutien psychologique dès la consultation d'annonce, ou lors du temps d'accompagnement soignant, et à n'importe quel moment du parcours de soins. Développer l'offre en onco-psychologie et en onco-sexologie dans tous les établissements de santé prenant en charge des patientes atteintes de cancer du sein.

Recommandation n° 13 : Orienter dès la fin du traitement les patientes vers le dispositif Mon soutien psy qui propose des séances d'accompagnement par un psychologue partenaire et favoriser les séances à distance pour les personnes éloignées d'un psychologue ou confrontées à des problèmes de garde d'enfants ou de mobilité. Augmenter le nombre de séances maximum, actuellement fixé à 12, pour les patientes atteintes d'un cancer.

Recommandation n° 14 : Prévoir dans toutes les structures médicales prenant en charge des patientes atteintes de cancer du sein, une consultation de fin de traitement, afin d'évaluer la fatigue persistante et les troubles cognitifs et proposer une prise en charge spécifique de ces troubles.

Recommandation n° 15 : Assurer une liaison systématique entre la médecine du travail et les services ressources humaines des entreprises en cas de reprise du travail

après un cancer du sein, afin de mettre en place les aménagements adaptés à la situation médicale des femmes concernées.

Recommandation n° 16 : Établir un questionnaire lors de l'entrée dans le parcours de soins, destiné à repérer les situations de fragilité financière et orienter les personnes systématiquement vers le service social de l'hôpital ou du centre de lutte contre le cancer pour les accompagner dans leurs démarches administratives, afin de les aider à faire valoir leurs droits aux dispositifs d'aide existants.

Recommandation n° 17 : Promouvoir la prévention en milieu de travail, afin de supprimer ou réduire l'exposition aux agents cancérogènes (biologiques, physiques, chimiques) et renforcer le suivi médical des sujets exposés à des risques de cancers professionnels. Reconnaître le cancer du sein comme maladie professionnelle.

Recommandation n° 18 : Alerter les professionnels de santé, afin de faire connaître les spécificités du cancer du sein chez les jeunes femmes et d'améliorer leur parcours de soins et leur prise en charge. Mieux former les professionnels de premier recours à la prise en compte des symptômes mammaires chez les femmes jeunes.

Recommandation n° 19 : Élargir le panier de soins de support qui ne concerne que trois soins de support, sous la forme de bilans : diététique, psychologie et activité physique adaptée et augmenter son montant, aujourd'hui fixé à 180 euros par an. Assurer une prise en charge pour les frais de transport.

Recommandation n° 20 : Organiser la lisibilité de l'offre de soins oncologiques de support (SOS) et évaluer son efficience ; proposer une coordination des soins ; adapter le maillage territorial ; veiller à une gradation des soins pour une prise en charge au plus près du domicile.

Recommandation n° 21 : Mettre en œuvre des financements publics pluriannuels des associations mettant à disposition des patientes atteintes de cancer du sein une offre structurée de soins oncologiques de support. Favoriser les partenariats et la coordination avec les structures publiques, notamment au moment charnière de la fin des traitements.

Recommandation n° 22 : S'agissant des perturbateurs endocriniens, renforcer l'information des consommateurs dans l'étiquetage des produits, en indiquant obligatoirement la présence de perturbateurs endocriniens. Créer un cadre juridiquement contraignant, afin d'interdire la présence de perturbateurs endocriniens dans les produits de consommation et les bâtiments publics, sauf quand l'utilisation est reconnue essentielle à la société.

Recommandation n° 23 : Mettre fin à l'exception française lui permettant d'utiliser des engrais phosphatés avec des taux de cadmium s'élevant à 90 mg/kg alors que la limite fixée à l'échelle de l'Union européenne depuis 2019 s'élève à 60 mg/kg. Interdire l'importation d'engrais phosphatés en provenance de pays où la teneur en cadmium est élevée.

Recommandation n° 24 : Mettre en place une taxe pollueurs sur tous les produits pesticides et l'étendre à l'industrie chimique, à l'industrie cosmétique et à l'industrie agroalimentaire pour tous les produits contenant des polluants chimiques toxiques.

Recommandation n° 25 : Mener des campagnes annuelles d'information et de sensibilisation, incluant les établissements scolaires et les parents d'élèves, sur les effets délétères pour la santé de l'alimentation ultratransformée. Intégrer dans le calcul du Nutri-score les additifs, le degré de transformation, l'origine des ingrédients, le mode de production et l'impact environnemental. Alourdir la taxation sur les produits les plus nocifs pour la santé.

Recommandation n° 26 : Prévoir un financement ambitieux de la recherche sur l'exposome, tant sur le plan national, qu'européen, afin de structurer et renforcer la recherche sur l'exposome et mieux connaître le poids des maladies liées aux atteintes à l'environnement.

II. INFERTILITÉ

Recommandation n° 1 : Intégrer dans les séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité (EVARS) et les cours de sciences de la vie et de la Terre (SVT) une information sur la fertilité féminine et masculine, son évolution avec l'âge et les principaux facteurs susceptibles de l'altérer.

Recommandation n° 2 : Développer une consultation d'information et de prévention en santé reproductive, accessible aux femmes et aux hommes au cours de leur vie reproductive et prise en charge par l'Assurance maladie. Elle permettrait d'aborder l'évolution de la fertilité avec l'âge, les facteurs de risque individuels, les possibilités de préservation de la fertilité et les limites des techniques disponibles. Elle constituerait également un temps d'information préalable à toute demande d'autoconservation des gamètes pour raison non médicale.

Recommandation n° 3 : Améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge de l'infertilité en facilitant l'orientation précoce des femmes et des hommes vers un bilan adapté à leur situation. Favoriser une évaluation médicale dès qu'un projet de conception se heurte à des difficultés ou que des facteurs de risque sont identifiés, sans imposer systématiquement les mêmes examens à tous les patients.

Recommandation n° 4 : Mener des campagnes annuelles d'information et de sensibilisation sur les conseils d'hygiène de vie permettant de favoriser la fertilité et mettre en garde contre les comportements à risque. Diffuser ces conseils de prévention via les professionnels de santé (pharmaciens, médecins, gynécologues, sages femmes, biologistes, …) et dans les médias traditionnels, ainsi que digitaux.

Recommandation n° 5 : Renforcer les capacités des centres de médecine de la reproduction pour réduire les délais de prise en charge, garantir le maintien d'une

offre publique complète et accessible sur l'ensemble du territoire et améliorer la coordination entre les secteurs public et privé.

Recommandation n° 6 : Intégrer les centres privés lucratifs dans la prise en charge de l'autoconservation sociétale et conditionner l'autorisation d'ouverture et de renouvellement de ces centres privés à la réalisation d'un quota de ponctions dédiées à l'autoconservation sociétale (pris en charge par l'Assurance maladie), de façon à répartir la charge entre les centres privés et publics, ces derniers en assumant actuellement seuls la charge, au détriment de leur activité d'AMP.

Recommandation n° 7 : Distinguer clairement l'autoconservation des gamètes pour indication médicale de l'autoconservation pour raison non médicale, en adaptant les modalités d'accès et de prise en charge à chacune de ces situations. Pour l'autoconservation médicale, garantir une orientation rapide des personnes dont une pathologie ou un traitement risque d'altérer la fertilité. Pour l'autoconservation non médicale, assurer une information préalable sur les chances de succès, les limites de la technique et les modalités de financement.

Recommandation n° 8 : Renforcer l'organisation de la préservation de la fertilité en amont des traitements susceptibles de l'altérer (chimiothérapie, etc.), en améliorant la coordination entre les équipes médicales à l'origine du traitement et les centres spécialisés. Prévoir une orientation suffisamment précoce pour permettre aux patients de connaître les possibilités de conservation des gamètes ou des tissus germinaux, sans retarder les soins nécessaires.

Recommandation n° 9 : Attribuer un identifiant unique tout au long de sa vie à toute personne en parcours de PMA quel que soit le nombre de ses partenaires. Rattacher cet identifiant à un dossier partagé entre la patiente et les différents professionnels de santé intervenant dans son parcours de PMA, dossier qui regrouperait les résultats d'analyses et d'examens, afin de mieux suivre l'historique de prise en charge de la patiente et d'éviter les analyses et examens redondants.

Recommandation n° 10 : Réduire les délais d'accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP) et renforcer les capacités de prise en charge des centres, en veillant à maintenir une offre publique complète, accessible et innovante. Évaluer les besoins en personnel, en équipements et en places disponibles, notamment au regard de l'augmentation des demandes d'AMP et l'autoconservation des gamètes.

Recommandation n° 11 : Mutualiser le stockage des gamètes disséminés dans les différents centres habilités à pratiquer l'autoconservation, en les rassemblant dans des banques régionales de stockage spécialement aménagées à cet effet et présentant toutes les garanties de sécurité, assistées d'un logiciel permettant d'assurer le traçage de tous les gamètes.

Recommandation n° 12 : À l'instar du règlement relatif aux bonnes pratiques de transport des prélèvements, produits et échantillons issus du sang humain, mettre en

place une habilitation permettant aux établissements de santé et aux entreprises prestataires d'assurer le transport des gamètes dans un cadre légal et sécurisé.

Recommandation n° 13 : Améliorer la cotation des actes de biologie impliquant la congélation et la cryoconservation des gamètes et des embryons, pour permettre l'acquisition, par les centres habilités à pratiquer l'autoconservation, de matériel performant à la hauteur des évolutions techniques en matière d'AMP et se mettre au niveau européen.

Recommandation n° 14 : Soutenir la recherche et l'innovation en médecine de la reproduction, notamment dans les domaines de la préservation de la fertilité, de la maturation ovocytaire in vitro et de l'amélioration des techniques d'AMP. Veiller à ce que les innovations évaluées comme sûres et efficaces puissent bénéficier aux patients, y compris dans les situations médicales complexes.

Recommandation n° 15 : Proposer dans tous les centres d'AMP des séances gratuites de soutien psychologique avec des thérapeutes spécialisés en PMA que les patientes et les couples pourraient rencontrer tout au long de leur parcours PMA et non pas simplement au début de celui-ci.

Recommandation n° 16 : Renforcer la formation des équipes médicales en charge de l'AMP à la prise en charge personnalisée des patientes. Désigner un référent par patiente dans les centres d'AMP, afin que celles-ci disposent d'un espace de dialogue dédié, leur permettant d'accéder à toutes les informations nécessaires au sujet du déroulement de leur parcours et d'être associées aux décisions les concernant.

Recommandation n° 17 : Inscrire l'autorisation et l'encadrement du DPI-A dans la loi, notamment en cas d'âge maternel avancé, d'échecs répétés d'implantation ou de fausses couches à répétition, en limitant l'analyse aux anomalies du nombre de chromosomes et en réservant la pratique aux centres autorisés disposant des compétences nécessaires.

Recommandation n° 18 : Garantir l'accès au DPI-A lorsqu'une indication médicale est reconnue, en prévoyant sa prise en charge par l'Assurance maladie et en renforçant les capacités des centres de diagnostic préimplantatoire afin de réduire les délais d'accès au DPI existant et de permettre le déploiement du DPI-A dans de bonnes conditions.

Recommandation n° 19 : Mettre en place un suivi national des résultats du DPI-A, notamment en matière de taux cumulés de naissance, de fausses couches, de nombre de tentatives, de délais de prise en charge et de coûts pour l'Assurance maladie, afin d'évaluer ses bénéfices selon les profils de patientes.

TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION

I. LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURES

● ***Jeudi 28 mai 2026***

– **Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF).**

– Pre Carole Mathelin, cheffe du service de chirurgie de l'Institut de cancérologie de l'ICANS à Strasbourg, présidente de la Société internationale de sénologie et ancienne présidente de l'Académie nationale de chirurgie ; elle est par ailleurs présidente de la commission sénologie du CNGOF.

– **Pre Catherine Uzan**, cheffe du service de chirurgie et de cancérologie gynécologique et mammaire de l'hôpital Pitié-Salpêtrière et membre de la commission sénologie du CNGOF.

– Mme Aline Cristiani, patiente partenaire.

● ***Lundi 29 juin 2026***

– **Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF).**

– **Pre Joëlle Belaisch-Allart**, présidente d'honneur du CNGOF, professeure au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris et membre du Comité consultatif national d'éthique – elle siège également au sein du COPIL du plan fertilité du Gouvernement.

– **Pr Pietro Santulli**, chirurgien gynécologique et responsable du centre d'assistance à la procréation à l'hôpital Cochin Port-Royal.

– **Pr Fabien Reyal**, chef du service de chirurgie gynécologique sénologique et reconstructrice de l'Institut Curie.

– **Pr Mikaël Agopiantz**, chef du service de médecine de la fertilité, coordinateur du Centre d'AMP du CHRU de Nancy.

● ***Jeudi 23 juillet 2026***

– **Dre Silvia Alvarez**, gynécologue obstétricienne, PMA infertilité, coordinatrice générale La Femme.

● ***Lundi 27 juillet 2026***

– **Mme Virginie Rio**, co-fondatrice du collectif BAMP !

– **Mme Priscilla Saracco**, directrice générale de l'association ENDOmind.

● ***Lundi 31 août 2026***

– **M. André Cicolella**, président de l'association Réseau Environnement Santé (R.E.S.).

● ***Mercredi 2 septembre 2026***

− **Mme Catherine Adler Tal**, onco-psychologue, présidente de l'association Étincelle.

− M. **Bernard Srour**, directeur de recherche INRAE, coordonnateur du réseau NACRe (Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche).

● ***Jeudi 3 septembre 2026***

− **Mme Sophie Beaupère**, Déléguée générale d'Unicancer.

● ***Vendredi 4 septembre 2026***

− **Dre Marie-Pierre Chauvet**, coordonnatrice du comité de sénologie du Centre Oscar Lambret à Lille, présidente de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM).

● ***Lundi 7 septembre 2026***

– **Unité de recherche Inserm Anticipe.**

– Présentation U1086 INSERM ANTICIPE – Guy Launoy, directeur.

– Facteurs de risque professionnels et environnementaux des cancers du sein – Pierre Lebailly.

– Données épidémiologiques (registres de cancer) - Inégalités sociales de santé et dépistage du cancer du sein – Guy Launoy.

– Vivre avec un cancer du sein – Prévention tertiaire - Florence Joly.

– Nouveaux espoirs thérapeutiques - Outils d'aide à la décision - Laurent Poulain.

● ***Mercredi 9 septembre 2026***

− **Dr Jean-Loup Mouysset**, oncologue médical, hôpital privé de Provence, membre fondateur de l'association Santé Environnement France (ASEF).

− **Pr Michaël Grynberg**, chef du service de médecine de la reproduction et préservation de la fertilité de l'Hôpital Antoine Béclère.

● ***Jeudi 10 septembre 2026***

− **Pr Samir Hamamah**, coprésident du comité national de pilotage du plan fertilité et président de la Fédération française d'étude de la reproduction (FFER).

● ***Vendredi 18 septembre 2026***

− **Mme Dominique Vexiau**, vice-présidente d'Europa Donna France.

− **Mme Mélanie Courtier**, co-fondatrice et directrice générale de l'association Jeune & Rose.

● ***Vendredi 25 septembre 2026***

− **Pre Christine Decanter**, présidente du Groupe de Recherche et d'Étude sur la Cryoconservation de l'Ovaire et du Testicule (GRECOT), chef du service d'AMP et de préservation de la fertilité du CHU de Lille.

● ***Mercredi 9 octobre 2026***

− **Unité HEALTHFEX Inserm**.

Pr Xavier Coumoul, professeur de toxicologie et de biochimie à l'Université Paris Cité, Directeur de l'unité HEALTHFEX Inserm.

Pre Meriem Koual, service de chirurgie cancérologique gynécologique et du sein de l'Hôpital européen Georges Pompidou, équipe METATOX.

− **Pr Nathalie Massin**, gynécologue médicale et endocrinologue de la reproduction, spécialiste en Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

II. EXAMEN DU RAPPORT EN DÉLÉGATION

Lors de sa réunion du 21 octobre 2026, sous la présidence de Mme Véronique Riotton, présidente, la Délégation a adopté le présent rapport.

Ces débats sont accessibles sur le portail vidéo du site de l'Assemblée nationale à l'adresse suivante :

https://assnat.fr/TbPmQW