Mars 2026

Déclaration de l'IMAP pour une meilleure offre de soins de fertilité

1. Introduction

1.1 Contexte

L'infertilité, reconnue comme une maladie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), touche environ 1 personne sur 6 en âge de procréer dans le monde, ce qui en fait l'une des affections chroniques les plus courantes chez les individus en âge de concevoir (1, 2). On estime que 52,6 à 200 millions de couples sont confrontés à l'incapacité de débuter une grossesse, d'avoir un enfant ou un enfant supplémentaire, la plupart résidant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (2).

Chaque individu a droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, ainsi qu'à la liberté de décider du nombre d'enfants, du moment de leur naissance et de l'espacement de ceux-ci. Cependant, l'infertilité peut constituer un obstacle important à ces droits, affectant l'autonomie personnelle et le bien-être général (3). Au-delà de ses implications médicales, l'infertilité entraîne de profondes conséquences émotionnelles et financières, exacerbées dans les milieux à ressources

NB: Ce document inclut les femmes, les filles et toutes les personnes susceptibles de tomber enceintes, y compris les personnes intersexes, les hommes et garçons transgenres, et les personnes ayant d'autres identités de genre qui pourraient avoir la capacité reproductive de mener une grossesse et de recourir à un avortement. Aux fins de ce document, les références aux « femmes et filles » désignent toutes les personnes ayant la capacité de tomber enceintes.

limitées par l'indisponibilité des services de santé, l'insuffisance des infrastructures, les coûts prohibitifs et les barrières socioculturelles au traitement. Dans certaines cultures, l'infertilité peut entraîner une ostracisation sociale, voire des violences basées sur le genre, intensifiant les défis pour les personnes concernées, en particulier les femmes (2).

Une priorité de la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) est de garantir l'accès à des soins de fertilité de haute qualité, basés sur les droits et abordables, adaptés aux infrastructures locales et sensibles aux contextes culturels. L'IPPF reconnaît que la planification familiale consiste tout autant à fonder une famille qu'à en limiter la taille. Ces directives fournissent des recommandations basées sur des données probantes pour les soins de fertilité au sein des services de santé sexuelle et reproductive.

1.2 Objectif de la déclaration

Cette déclaration propose des orientations basées sur des données probantes concernant la reconnaissance, le diagnostic et la prise en charge de l'infertilité, particulièrement dans les contextes à ressources limitées. Ce document constitue une ressource pour les Associations membres (AM) de l'IPPF afin de promouvoir un accès équitable aux options fondées sur des preuves pour fonder une famille, dissiper les idées reçues sur l'infertilité et offrir des recommandations pratiques pour optimiser les soins et les résultats centrés sur les patient·e·s. Elle a été approuvée par l'IMAP en février 2026.

1.3 Définition du problème

1.3.1 L'infertilité

L'infertilité est diagnostiquée lorsqu'un couple n'a pas conçu après au moins 12 mois de rapports sexuels vaginaux réguliers et non protégés. Certaines sociétés professionnelles précisent que ce délai de 12 mois s'applique aux partenaires féminines de moins de 35 ans, tandis que pour celles de 35 ans et plus, l'évaluation des causes potentielles d'infertilité doit débuter après 6 mois de tentatives infructueuses (4). Chez les femmes de plus de 40 ans et/ou lorsque la cause de l'infertilité est connue, comme après une salpingectomie bilatérale consécutive à une grossesse extra-utérine, le couple doit être évalué sans délai.

Bien que cette définition s'applique aux couples hétérosexuels cisgenres, il est important de reconnaître que l'OMS et l'IPPF incluent une gamme diversifiée d'individus pouvant nécessiter des soins de fertilité. Cela comprend les couples de même sexe, les personnes de toute identité de genre (ex. non-binaires, transgenres), les personnes plus âgées, celles qui n'ont pas de relations sexuelles, et les personnes présentant certaines conditions médicales, comme les client·e·s vivant avec le VIH ou ayant survécu à un cancer. L'OMS souligne que les inégalités d'accès aux soins de fertilité touchent de manière disproportionnée les populations marginalisées, en particulier celles ayant un accès limité à l'éducation, aux ressources financières ou aux services de santé, creusant davantage les disparités sanitaires.

Les causes sous-jacentes de l'infertilité peuvent être divisées en trois catégories : i) l'infertilité d'origine féminine, ii) l'infertilité d'origine masculine, qui contribuent à une proportion similaire de cas, et iii) l'infertilité inexpliquée (10 à 30 % des cas) (5, 6).

1.3.2 Obstacles aux soins

Divers obstacles peuvent entraver l'accès aux services de fertilité, certains variant selon le contexte. Ces obstacles incluent :

- Manque d'infrastructures
- Manque de soutien ou de financement
- Coût et accessibilité financière des procédures diagnostiques et des options de traitement
- Facteurs socio-culturels, diversité et inégalités de genre
- Programmes d'éducation ou de prévention inefficaces ou inexistants
- Connaissances ou littérature limitées sur les méthodes alternatives rentables
- Manque de ressources éducatives ciblant les différentes parties prenantes (ex. décideur·euse·s, chercheur·euse·s, professionnel·le·s de santé, responsables communautaires, établissements scolaires)
- Manque de données disponibles pour optimiser les droits individuels et les objectifs reproductifs sociétaux via les politiques de santé publique (7)
- Stigmatisation des personnes infertiles

2. Conseil et éducation

Une information de haute qualité est essentielle pour la prévention de l'infertilité et les soins de fertilité, car les individus peuvent avoir besoin de mesures complémentaires aux consultations cliniques pour améliorer leur santé reproductive. L'éducation doit être accessible tant au niveau individuel que communautaire pour renforcer la sensibilisation à la santé. L'OMS recommande conditionnellement de fournir des informations sur la fertilité et l'infertilité via des stratégies à faible coût à la population générale en âge de procréer dès que l'occasion se présente (8).

2.1 Conseil et éducation pour les client·e·s

L'information destinée aux client·e·s doit inclure le potentiel de fertilité, les facteurs de risque d'infertilité, les stratégies de prévention et l'amélioration des facteurs liés à un mode de vie sain. L'objectif de la fourniture d'informations au sein d'une population présumée fertile est d'améliorer la connaissance de la fertilité et la planification des grossesses futures. La connaissance de la fertilité est la compréhension de la reproduction, de la capacité à concevoir et des facteurs de risque individuels associés (ex. âge avancé, santé sexuelle telle que les IST, et mode de vie comme le tabagisme ou l'obésité) et non individuels (ex. facteurs environnementaux et professionnels), incluant la conscience des facteurs sociétaux et culturels affectant la capacité à atteindre les objectifs de planification familiale, y compris la constitution d'une famille (8).

2.1.1 Conception naturelle

Encadré 1 : Points de conseil pour optimiser la conception naturelle et savoir quand consulter (9)

- La fertilité est maximale durant les premiers mois de rapports non protégés.
- Plus de 70 % des couples conçoivent dans les 6 mois, avec une probabilité plus élevée durant les 3 premiers mois.
- La fertilité diminue avec l'âge chez les hommes et les femmes, mais de manière plus marquée chez les femmes (la fertilité est divisée par deux à 40 ans par rapport à la fin de la vingtaine ; l'âge maternel moyen limite pour une naissance vivante est de 41 ans). Ce déclin de la fertilité est corrélé également avec un risque accru de fausse couche.
- La fertilité masculine reste stable jusqu'à environ 50 ans, bien que certains paramètres du sperme diminuent après 35 ans.
- La durée du cycle menstruel se calcule en identifiant le premier jour du cycle comme le début du saignement menstruel et le dernier jour comme celui précédant le début du saignement suivant. Un cycle ovulatoire normal dure généralement entre 24 et 38 jours.
- La fenêtre de fertilité comprend les 5 jours précédant l'ovulation et le jour de l'ovulation lui-même. Une fois l'ovulation passée, l'ovocyte ne survit que 12 à 24 heures.
- Les spermatozoïdes peuvent survivre dans l'appareil génital féminin jusqu'à 5 jours.
- L'analyse de sperme fournit des données quantitatives mais ne prédit pas de manière fiable la capacité fonctionnelle.
- Des rapports tous les 1 à 2 jours durant la fenêtre de fertilité sont recommandés pour les couples souhaitant une grossesse.

Prédire la fenêtre de fertilité nécessite l'utilisation d'une ou plusieurs méthodes pour déterminer le moment optimal des rapports durant le cycle menstruel. La fenêtre de fertilité doit être évaluée lorsqu'une femme ne prend pas de contraception hormonale :

- **Méthodes basées sur le calendrier :** suivi du cycle menstruel pour identifier les jours fertiles
    - **Méthode des Jours Fixes :** Idéale pour les cycles compris entre 26 et 32 jours. Si plus de deux cycles par an sortent de cette fourchette, l'efficacité peut être réduite.
        - **Moment de l'ovulation :** Dans un cycle de 28 jours, l'ovulation survient généralement vers le jour 14, le jour 1 étant le premier jour des règles.

- **Moment des rapports :** Des rapports réguliers sont recommandés entre le jour 8 et le jour 19 du cycle, car les spermatozoïdes restent viables jusqu'à 5 jours.
- **Outils :** Des aide-mémoires, tels que le marquage des jours sur un calendrier ou l'utilisation du collier du cycle (*IPPF Directives cliniques centrées sur les clients*, Chapitre 4, Section 7.2.2.1, Figure 1, rapports non protégés lors des jours de perles BLANCHES) peuvent aider à programmer les rapports sexuels.
- Le jour estimé de l'ovulation se calcule en soustrayant 14 à la durée du cycle (pour un cycle de 32 jours : 32-14 = jour 18).

» **Méthode du calendrier :**

- **Préparation :** Noter la durée d'au moins six cycles menstruels. Mettre à jour ce relevé chaque mois pour se référer aux six derniers cycles.
- **Moment des rapports :** Avoir des rapports durant les jours fertiles calculés.
  - Début de la fenêtre : Soustraire 18 à la durée du cycle le plus court.
  - Fin de la fenêtre : Soustraire 11 à la durée du cycle le plus long.

- **Méthodes basées sur les symptômes :** observation des signes physiques des jours fertiles

» Non recommandé en post-partum, en cas de cycles irréguliers, d'allaitement, ou de prise de médicaments/pathologies affectant la température corporelle ou les sécrétions vaginales. Après un avortement ou une fausse couche, trois cycles réguliers doivent s'écouler avant d'utiliser ces méthodes.

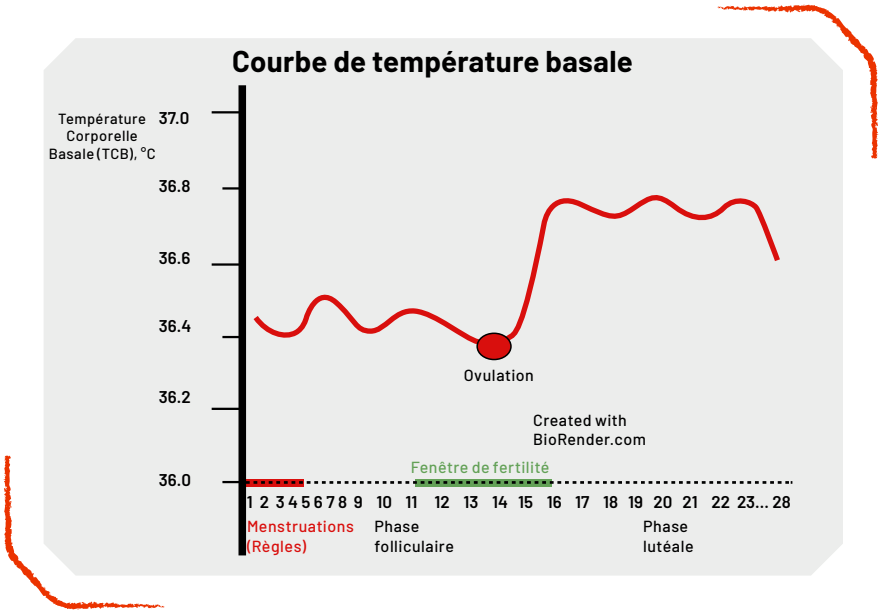
» **Méthode de la glaire cervicale :**

- **Observation :** Vérifier la glaire cervicale quotidiennement après les règles, de préférence l'après-midi ou le soir.
- **Modifications de la glaire :**
  - Initialement épaisse, collante, trouble et peu élastique.
  - Devient glissante, fluide, transparente, blanche et élastique (comme du blanc d'œuf cru) à l'approche de l'ovulation, signalant la fenêtre de fertilité (~3 jours).
    - Tester l'élasticité entre les doigts ou avec un mouchoir en papier. La glaire au pic de fertilité s'étire de 2,5 à 7,5 cm (ou plus) sans rompre. Elle est claire, fluide et glissante, comme du blanc d'œuf cru.
- **Note importante :** Le sperme peut interférer avec les observations ; éviter de vérifier la glaire dans les deux jours suivant un rapport.

» **Méthode de la Température Corporelle Basale (TCB) :**

- **Suivi :** Mesurer la température corporelle chaque matin à la même heure, avant de se lever, de manger ou de boire.
- **Changement de température :** Une hausse de 0,2 à 0,5 °C survient après l'ovulation et reste élevée jusqu'aux prochaines règles.
- **Outils :** Un thermomètre d'ovulation ou un thermomètre standard à échelle adaptée est recommandé.

- **Fenêtre de fertilité :** S'étend sur les 7 jours précédant la hausse de la TCB en milieu de cycle. Le moment optimal pour les rapports commence 7 jours avant la hausse la plus précoce observée et se termine le jour de la hausse (1).
- Cette méthode n'est pas fiable chez les femmes prenant de la progestérone exogène.



Créé avec BioRender.com

» **Méthodes combinées :** L'utilisation conjointe de l'observation de la glaire et de la TCB améliore la précision de la détermination de la fenêtre de fertilité. La méthode du calendrier peut soutenir la connaissance de la fertilité en suivant les cycles pour estimer les jours fertiles.

- **Tests d'ovulation :** Si disponibles, les kits de prédiction de l'ovulation sont une alternative simple ou un complément pour planifier les rapports. Les meilleurs produits prédisent l'ovulation dans les 24 à 48 heures suivantes, avec une probabilité supérieure à 90 %.

2.1.2 Interventions sur le mode de vie

Plusieurs interventions sont recommandées pour les deux partenaires, car elles améliorent la fertilité à coût nul ou réduit tout en favorisant la santé globale :

- Arrêt du tabac et du cannabis (10-12).
- Limitation de la caféine à < 200 mg (environ 3 tasses de café) par jour (13, 14) (1).
- Limitation de la consommation d'alcool à ≤ 4 verres par semaine (14) (1).

- Perte de poids sur 3 à 6 mois en cas : d'anovulation, de cycles irréguliers ou de SOPK avec un IMC de 25 kg/m2 ou plus. Même une réduction de 5 à 10 % du poids corporel chez les personnes anovulatoires avec un IMC moyen de 35 kg/m2 peut améliorer l'ovulation de plus de 50 % (15).

- Apport adéquat en acide folique ; passer de 400 mcg à > 800 mcg/jour est associé à une augmentation du taux de naissances vivantes en FIV et réduit le risque d'anomalies du tube neural chez le fœtus (16).

- Évaluer les traitements médicamenteux en cours (anti-androgènes tels que le finastéride ou les stéroïdes chez l'homme, etc.) ou les expositions environnementales qui pourraient réduire la fertilité.

2.2 Sensibilisation communautaire

Les efforts efficaces de sensibilisation du public peuvent nécessiter une collaboration avec les groupes ou organisations communautaires, les gouvernements, les ministères de la santé, les écoles et les thérapeutes traditionnels (17). Les activités de proximité doivent inclure des campagnes médiatiques et des supports pédagogiques adaptés aux diverses populations afin d'accroître les connaissances sur l'infertilité et de lutter contre la stigmatisation sociale.

Messages clés pour l'éducation communautaire :

- **L'infertilité est fréquente**, touchant 1 personne sur 6 en âge de procréer, ce qui en fait l'une des maladies chroniques les plus répandues (18).

- **L'infertilité n'est pas uniquement une préoccupation pour les femmes**. L'infertilité d'origine masculine est presque aussi fréquente que l'infertilité d'origine féminine (1). Les problèmes de fertilité sont souvent multifactoriels et peuvent rester inexpliqués. Toutefois, certains traitements peuvent aider les couples présentant une infertilité inexpliquée à obtenir une grossesse.

- **Les contraceptifs hormonaux et les dispositifs intra-utérins (DIU) ne causent pas l'infertilité**. Cependant, l'utilisation de certains contraceptifs peut retarder temporairement le retour de la fertilité. Chez la plupart des individus, l'ovulation reprend des cycles normaux immédiatement après l'arrêt ; toutefois, il peut y avoir un délai après l'arrêt des contraceptifs à long terme, des implants et des injectables, le retour à l'ovulation prenant entre 3 et 10 mois (1, 19).

- **Les antécédents d'avortement ne causent pas l'infertilité**. Les avortements pratiqués en toute sécurité et sans complication ne causent pas l'infertilité et n'affectent pas les grossesses futures, selon l'OMS. Les risques pour la fertilité future sont extrêmement faibles et liés uniquement à de rares infections graves non traitées ou à des complications chirurgicales.

- **La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles sont cruciaux**. L'utilisation systématique du préservatif aide à prévenir la gonorrhée et l'infection à chlamydia (GC/CT) qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent provoquer des adhérences des trompes de Fallope avec occlusion et infertilité (20). Le dépistage ou la prise en charge syndromique de la GC/CT est recommandé pour prévenir les lésions tubaires irréversibles, en particulier pour les personnes sexuellement actives à risque, avec un traitement rapide pour les deux partenaires.

3. Évaluation et diagnostic

3.1 Initier la conversation

Lors de l'engagement de conversations sur la fertilité avec les client·e·s en âge de procréer, il est important de souligner qu'une personne sur six dans le monde sera confrontée à l'infertilité à un moment donné de sa vie. Les prestataires de soins primaires jouent un rôle clé en discutant des préoccupations liées à la fertilité, en offrant un soutien psychologique et des conseils sur les modifications du mode de vie, et en orientant sur les prochaines étapes potentielles dans un environnement confidentiel et non stigmatisant. Les orientations vers les services d'infertilité doivent être facilitées rapidement pour les personnes nécessitant des soins spécialisés. Comme tous les couples ou individus sollicitant des services de fertilité ne parviendront pas nécessairement à une grossesse, un soutien psychologique et de santé mentale continu est une composante importante du continuum de soins.

Pour les questions universelles de base visant à évaluer l'infertilité, se référer aux *Directives Cliniques Centrées sur la Personne de l'IPPF* (Chapitre 8, Section 6.2). Bien que des questions supplémentaires puissent être nécessaires, une liste rigide n'est pas incluse ici afin de garantir une approche centrée sur l'humain et culturellement sensible.

3.2 Bilan de fertilité

Une approche par étapes des évaluations de la fertilité – lorsque le temps n'est pas un facteur critique, comme chez les client·e·s plus jeunes – peut améliorer le rapport coût-efficacité tout en maintenant des soins complets. **L'encadré 2** résume ce cadre et les considérations clés.

Encadré 2 : Bilan de fertilité

Bilan du facteur féminin :

1. Évaluation de l'ovulation :

- **Un taux de progestérone <3 ng/mL** environ 1 semaine avant les règles prévues (selon le cycle typique de la femme) suggère une anovulation. En l'absence de règles après 7 jours, répéter le test. L'évaluation complémentaire comprend :
  - TSH et prolactine : Identifier et traiter les anomalies thyroïdiennes ou de la prolactine.
  - FSH et estradiol au 3e jour du cycle (le 1er jour étant le premier jour des saignements menstruels) : Exclure une insuffisance ovarienne primaire ou la ménopause ; si cela est confirmé, une orientation vers un·e spécialiste est recommandée.
  - Si tous les autres résultats sont normaux (y compris l'analyse du facteur masculin et, si indiqué*, l'évaluation utérine/tubaire dans les cas où le temps est un facteur critique) : Proposer une induction de l'ovulation (voir Section 4.1).
- **Un taux de progestérone ≥3 ng/mL** indique une ovulation ; une évaluation plus approfondie des autres causes d'infertilité est nécessaire (ci-dessous).

Encadré 2 : Bilan de fertilité

2. Évaluation de la perméabilité tubaire et des facteurs utérins :

- **Perméabilité tubaire :** Évaluée par hystérosalpingographie (HSG), hystérosalpingo-échographie de contraste ou laparoscopie avec épreuve au bleu (s'il existe une autre indication chirurgicale).
- **Évaluation utérine :** HSG, hystérosonographie à l'eau saline (préférée en l'absence de préoccupations tubaires), ou hystéroscopie diagnostique (plus coûteuse et invasive).
- **Considérations supplémentaires :** Si des fibromes (n'affectant pas la cavité utérine), une adénomyose ou une endométriose sont suspectés, l'échographie ou l'hystérosonographie à l'eau saline peuvent être utilisées. La prise en charge de ces affections dépasse le cadre de cette déclaration.

* L'évaluation utérine et tubaire est essentielle chez les femmes ayant des antécédents d'infection ou de chirurgie pelvienne, de grossesse extra-utérine, de maladie inflammatoire de l'intestin, de douleur pelvienne/endométriose, ou un examen pelvien anormal (1)

Bilan du facteur masculin :

1. Examen physique :

Les organes génitaux masculins doivent être évalués.

- Les varicocèles palpables peuvent bénéficier d'une réparation chirurgicale. Bien que les résultats de la cure de varicocèle varient considérablement dans la littérature, la réparation est recommandée si les paramètres du sperme sont en dehors des valeurs normales. Les décisions relatives au traitement de la fertilité incluent la prise en compte des facteurs féminins et l'utilisation de l'insémination intra-utérine (IIU), ou des technologies de procréation médicalement assistée avancées telles que l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) et la fécondation in vitro (FIV).

2. Analyse du sperme : (nombre, concentration, morphologie et mobilité des spermatozoïdes ; effectuée après un minimum de 2 jours à un maximum de 5 jours d'abstinence)(8):

a) Si les résultats sont normaux et que le bilan du facteur féminin est également normal, le diagnostic est une infertilité inexpliquée.

b) Si les résultats sont anormaux : Répéter après environ 3 mois (envisager la mise en œuvre d'interventions sur le mode de vie pendant cette période). Si les anomalies persistent, orienter vers un·e spécialiste de la fertilité masculine ou un·e urologue.

Bilan des fausses couches à répétition (défini par ≥2 pertes de grossesse)(21):

- **Tests communs avec le bilan du facteur féminin :** TSH, prolactine, HSG et/ou hystérosonographie à l'eau saline (pour évaluer les causes utérines).
- **Considérations supplémentaires :** Hémoglobine A1c, caryotypes parentaux, dépistage du syndrome des antiphospholipides (SAPL)(anticoagulant lupique, anticorps anticardiolipine IgG/IgM, anti-β_2 glycoprotéine I IgG/IgM).
- Le diagnostic de SAPL doit suivre les critères de classification du consensus international le plus récent. En plus des analyses de sang – qui doivent être répétées à au moins 12 semaines d'intervalle – le diagnostic de SAPL nécessite des antécédents cliniques. La prise en charge des fausses couches à répétition se concentre sur le traitement des causes sous-jacentes et peut nécessiter une orientation spécialisée (22, 23).

Les installations de tests d'andrologie peuvent être limitées en raison de contraintes de financement, d'équipement et d'expertise, ce qui rend l'analyse du sperme difficile. Les essais simplifiés de test de sperme offrent une solution pratique et rentable tout en améliorant la confidentialité (24). L'un de ces essais peut analyser le sperme non lavé et non traité en moins de cinq secondes, offrant une précision de 98 % basée sur les directives de l'OMS (25). L'encadré 3 résume les étapes d'utilisation de cet essai, qui peut servir d'outil de diagnostic immédiat pour les patient·e·s et le personnel de la clinique.

Encadré 3 : Test de sperme simplifié

- Un petit échantillon de sperme est prélevé dans un dispositif microfluidique semblable à une lame en trempant l'embout jetable dans l'échantillon.
- Une fois que le dispositif a attiré l'échantillon dans son microcanal intégré, l'embout jetable est retiré et jeté.
- Le dispositif microfluidique est placé dans un accessoire optique pour smartphone.
- L'application pour smartphone exécute le test, délivrant les résultats en moins de cinq secondes.



Images de Kanakasabapathy et al. (25)

3.3 Infertilité de facteur inexpliqué

L'infertilité inexpliquée est un diagnostic d'exclusion ; elle nécessite tous les éléments suivants :

- échec de l'obtention d'une grossesse après 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés ;
- examen physique et antécédents médicaux normaux chez l'homme et la femme ;
- confirmation présomptive de l'ovulation et de la perméabilité tubaire chez la partenaire féminine ; et
- paramètres spermatiques se situant dans les valeurs de référence de l'OMS chez le partenaire masculin **(8)**.

4. Interventions et traitements

4.1 Conduite expectative

La conduite expectative consiste à surveiller le couple dans l'attente qu'une grossesse soit obtenue sans intervention médicale. Elle comprend la fourniture de conseils sur le mode de vie, la programmation des rapports sexuels lors des jours les plus fertiles du cycle menstruel et le suivi de la grossesse. L'OMS recommande la conduite expectative pour les couples présentant une infertilité inexpliquée pendant 3 à 6 mois avant d'initier un traitement (induction de l'ovulation et IIU, détaillées ci-dessous)(8).

4.2 Induction de l'ovulation/stimulation ovarienne avec insémination intra-utérine (IIU) ou rapports sexuels programmés

4.2.1 Indications pour l'induction de l'ovulation/stimulation ovarienne

- **Individus anovulatoires/oligo-ovulatoires :** Le dysfonctionnement ovulatoire est la cause sous-jacente de l'infertilité dans jusqu'à 40 % des cas d'infertilité de facteur féminin. La contribution relative de l'anovulation et des facteurs tubaires diffère selon le contexte et le pays, par exemple, en raison des différences de prévalence de base des IST, ou des âges différents des populations étudiées (26).

    - Si une cause spécifique, telle que des anomalies de la thyroïde ou de la prolactine, est identifiée, le traitement de l'affection sous-jacente devrait rétablir l'ovulation et la fertilité, à condition qu'aucune autre cause sous-jacente n'existe. Toutefois, lorsqu'aucune cause spécifique n'est trouvée, comme c'est le cas pour la plupart des personnes anovulatoires, l'induction de l'ovulation/stimulation ovarienne est indiquée. Même avec une ovulation, une grossesse peut ne pas survenir en raison du hasard ou d'autres facteurs coexistants. La chance de grossesse chaque mois pour des couples fertiles normaux est de 20 à 30 %, ce qui signifie que la référence de comparaison est de 20 à 30 % plutôt que 100 % à chaque cycle. Après l'échec de cycles de traitement répétés pour obtenir une grossesse, les technologies de procréation médicalement assistée avancées, telles que la fécondation in vitro (FIV), peuvent constituer une solution (1).

    - Le dysfonctionnement ovulatoire peut être diagnostiqué par le non-respect des critères décrits pour l'ovulation dans la Section 2.1.1. Le dysfonctionnement ovulatoire peut également être diagnostiqué chez les client·e·s qui signalent des cycles menstruels irréguliers, imprévisibles ou peu fréquents.

- **Infertilité inexpliquée :** Bien que les études ne montrent qu'une amélioration modeste des taux de grossesse avec la stimulation ovarienne associée à l'IIU, son faible coût et sa complexité réduite en font un traitement raisonnable (1). Pour les personnes n'ayant pas conçu après plus de 3 à 6 cycles de stimulation ovarienne et d'IIU, l'OMS recommande le recours à la FIV.

    - Avec la stimulation ovarienne, le recrutement folliculaire multiple est considéré comme bénéfique. Toutefois, chez les client·e·s plus jeunes, il existe un risque de grossesse multiple, qui doit être discuté avec soin (1).

- **IUI:** Si l'IIU est indiquée, l'induction de l'ovulation/stimulation est recommandée pour aider à la programmation et potentiellement traiter des causes sous-jacentes d'infertilité inconnues. Voir la Section 4.3 pour les indications de l'IIU.

- **L'endométriose doit être envisagée dans les cas d'infertilité inexpliquée, et des investigations complémentaires ou une intervention chirurgicale doivent être entreprises si la conception ne survient pas.**

4.2.2 Aperçu des cycles d'induction de l'ovulation/stimulation

1. Début du cycle et des médicaments :

- Létrozole (2,5 mg/jour) ou citrate de clomiphène (50 mg/jour) pendant 5 jours, en commençant entre le 3e et le 5e jour du cycle.

    - Le létrozole est privilégié, s'il est disponible, pour les patientes présentant une anovulation ou un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Si le létrozole n'est pas disponible pour une utilisation chez les patientes atteintes de SOPK, le citrate de clomiphène doit être administré en association avec la metformine.

    - Le létrozole ou le citrate de clomiphène peuvent être utilisés pour les couples présentant une infertilité inexpliquée.

2. Surveillance de l'ovulation :

- Commencer quotidiennement entre le 9e et le 11e jour du cycle (le 1er jour étant le premier jour des saignements menstruels) pour détecter le pic d'hormone lutéinisante (LH) dans les cycles sous clomiphène/létrozole. La LH commence à augmenter environ 36 heures avant l'ovulation, atteignant son maximum environ 10 à 12 heures avant l'ovulation.

- Analyses de sang et échographie :

    - LH: Peut être mesurée selon les besoins, commençant généralement entre le 9e et le 11e jour du cycle ; la croissance folliculaire signale que l'ovulation aura lieu prochainement (lorsque les follicules mesurent environ 14 mm).

    - Estradiol:
        - Mesuré parallèlement aux taux de LH pour une surveillance confirmatoire en cas d'utilisation de clomiphène ou de gonadotrophines.
        - Doit être surveillé parallèlement aux taux de LH dans les cycles de stimulation par gonadotrophines, d'abord avant de commencer la stimulation, puis au 5e jour de traitement, et par la suite selon les besoins, en conjonction avec le suivi échographique.

- » Progestérone: Doit être mesurée si le statut ovulatoire n'est pas clair.

- » L'échographie est essentielle pour les patient·e·s :
  - Diagnostiqué·e·s avec un SOPK, car des taux de LH de base élevés rendent les kits de prédiction de l'ovulation peu fiables.
  - Présentant un risque de recrutement multifolliculaire, afin d'évaluer le risque de grossesse multiple.

- Adaptations pour réduire les coûts : Préférer les kits de prédiction de l'ovulation lorsque cela est possible ; minimiser les analyses de sang et les échographies, en se basant sur le taux de croissance folliculaire (2 mm/jour) pour l'estimation de l'ovulation.

3. Détection/déclenchement de l'ovulation pour les rapports programmés ou l'IIU :

- Si le kit de prédiction de l'ovulation est positif et que la LH de base est basse, programmer les rapports sexuels ou l'IIU pour le lendemain du résultat positif du kit.

- Avec analyses de sang et échographie :

  - » **Cycles sous clomiphène ou létrozole :** Si le follicule dominant est >17 mm, avec une augmentation appropriée de l'estradiol (en cas d'utilisation de clomiphène) et,
    - Si la LH est basse (moins de 14-20), administrer de la gonadotrophine chorionique humaine (hCG) et faire suivre de rapports programmés ou d'une IIU dans les 36 à 40 heures suivant l'administration du déclencheur.
    - Si la LH est élevée (supérieure ou égale à 14-20), rapports programmés ou IIU le lendemain (pas d'hCG nécessaire).

- **Adaptations pour réduire les coûts :** Préférer les rapports programmés à l'IIU, pas besoin d'utiliser l'hCG si le pic de LH survient naturellement, en particulier si la LH est supérieure à 20-40.

4. En l'absence de follicule dominant :

- S'assurer que l'ovulation n'a pas été manquée : Vérifier la LH, l'estradiol et la progestérone pour l'évaluation de la phase lutéale.

- **Cycles sous clomiphène ou létrozole :**

  - » Si aucune ovulation ne survient, la dose de médicament peut être augmentée soit au cours du même cycle (le dernier jour de l'évaluation), soit au cours du cycle suivant.

  - » Si la dose est augmentée au cours du cycle actuel, le jour de l'évaluation ou le début de la dose augmentée devient le nouveau jour 3 du cycle, avec une surveillance continue commençant au nouveau jour 9 du cycle.
    - Clomiphène : Augmenter à 100 mg, puis 150 mg si nécessaire.
    - Létrozole : Augmenter à 5 mg, puis 7,5 mg si nécessaire.

- Si une ovulation précoce est détectée : Ajuster la surveillance pour une détection plus précoce lors des cycles futurs. Le citrate de clomiphène à des doses supérieures à 150 entraînera un amincissement de l'endomètre et aura un impact négatif sur l'implantation.

- **Adaptations pour réduire les coûts :** Limiter les analyses de sang à la progestérone pour détecter l'ovulation précoce.

4.3 Insémination intra-utérine (IIU)

L'IIU est une procédure rapide et simple au cours de laquelle un cathéter fin et flexible, fixé à une seringue contenant le sperme préparé, est passé à travers le col de l'utérus jusque dans l'utérus, où il est utilisé pour déposer les spermatozoïdes (après lavage du sperme pour le séparer du liquide séminal et des autres débris présents dans le sperme) à environ 1 cm du fond utérin.

Indications pour l'IIU :

- Infertilité inexpliquée
- Infertilité de facteur masculin léger
- Insémination thérapeutique avec donneur :
    - » Couples de même sexe, les deux partenaires étant assigné·e·s femmes à la naissance
    - » Infertilité de facteur masculin sévère et non corrigeable
    - » Troubles génétiques héréditaires chez le partenaire masculin
    - » Personnes cherchant une grossesse sans partenaire

Des complexités éthiques, juridiques et psychosociales peuvent survenir pour les couples de même sexe et les parents célibataires, souvent influencées par des facteurs sociaux et culturels.

L'IIU peut légèrement améliorer les taux de réussite par rapport aux rapports programmés lorsqu'elle est associée à l'induction/stimulation ovarienne.

Considérations relatives à la réduction des coûts :

- Préparation du sperme : Le lavage de sperme conventionnel est généralement suffisant par rapport à un lavage sur gradient (1).
- Cathéter d'insémination : Choisir le cathéter présentant le meilleur rapport coût-efficacité et adapté à l'IIU.

4.3 Aperçu de la FIV et adaptations

La FIV implique une stimulation ovarienne contrôlée par l'administration de gonadotrophines exogènes, suivie d'un déclenchement de l'ovulation, d'un prélèvement d'ovocytes, d'une fécondation et d'un transfert d'embryons.

La FIV est une technique de technologie de procréation médicalement assistée avancée qui nécessite

l'expertise de professionnel·le·s formé·e·s. Là où il n'existe pas de programmes officiels de formation pour les gynécologues, une formation structurée doit être mise à la disposition des médecins et du personnel paramédical. Le Walking Egg Project est une organisation à but non lucratif dédiée à l'établissement de centres d'infertilité abordables et de haute qualité dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, constituant une ressource précieuse pour étendre l'accès aux soins de fertilité (17).

4.4 Prise en charge chirurgicale

Une gamme de procédures chirurgicales peut être indiquée pour des causes physiques ou des facteurs contribuant à la sous-fertilité. Les anomalies utérines sont une cause peu fréquente d'infertilité. Bien qu'il existe certaines interventions chirurgicales pour corriger des affections des testicules (correction chirurgicale de la varicocèle) pouvant conduire à de légères améliorations des paramètres spermatiques, elles ne prédisent pas de manière fiable la capacité de fécondation et, généralement, la FIV avec injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) est recommandée.

Les considérations clés pour la prise en charge chirurgicale peuvent être résumées comme suit :

- Si les deux trompes de Fallope sont obstruées, après avoir exclu un spasme tubaire proximal par une deuxième HSG réalisée sous contrôle de la douleur/anxiété. La FIV est préférée à la prise en charge chirurgicale.

- Pour la pathologie utérine, l'hystéroscopie opératoire suivie du placement postopératoire d'un ballonnet intra-utérin avec supplémentation en œstrogènes et progestérone – ou une autre barrière pour prévenir les adhérences – est fortement recommandée. L'hystéroscopie de cabinet peut être réalisée sans anesthésie ou avec une anesthésie à faible dose/coût.

5. Recommandations pour les AM de l'IPPF sur la prestation de soins basés sur les droits pour les personnes confrontées à l'infertilité :

Aider les personnes à réaliser leurs intentions en matière de fertilité, qu'il s'agisse d'espacer, de limiter ou d'avoir des enfants, est intrinsèque aux valeurs de l'IPPF. L'extension des soins de fertilité est essentielle pour accroître l'accès équitable aux services et comprend des interventions allant du simple au complexe. Pour mettre davantage en œuvre les services de soins de fertilité, les AM de l'IPPF devraient :

- Plaider pour l'incorporation d'une gamme complète de soins de fertilité dans leurs systèmes de santé publique, par le biais d'une approche basée sur les droits, avec un accent sur l'autonomie reproductive, la dignité et l'égalité, conformément aux valeurs de l'IPPF.

- Organiser des formations spécialisées pour reconnaître et traiter les obstacles uniques aux soins de fertilité dans leurs contextes. Les prestataires doivent être équipé·e·s pour naviguer entre les contraintes économiques, les normes de genre et les autres défis socioculturels qui affectent l'accès aux soins. Iels doivent également être compétent·e·s pour dispenser une éducation liée à la fertilité d'une manière culturellement sensible, en veillant à ce que les

individus comprennent que la physiologie reproductive de base peut avoir un impact significatif sur les résultats en matière de fertilité.

- Accroître la sensibilisation et l'éducation sur l'incidence mondiale et la nature multifactorielle de l'infertilité. Les cliniques doivent collaborer avec les groupes communautaires, les agents de santé communautaires, les agences gouvernementales, les écoles, afin de diffuser des informations précises et de réduire la stigmatisation entourant l'infertilité. Les messages doivent également inclure des informations sur l'optimisation de la fertilité, notamment le fait que la fertilité diminue considérablement avec l'âge après 35 ans pour les femmes, et l'importance de solliciter des services de fertilité si la grossesse ne survient pas après un an de rapports sexuels non protégés.

- Proposer des bilans diagnostiques appropriés pour guider les stratégies de traitement. Les prestataires doivent comprendre les tests de laboratoire clés (y compris l'analyse du sperme et les bilans hormonaux) et les modalités d'imagerie (telles que l'échographie pelvienne et l'HSG) pour évaluer avec précision les causes sous-jacentes de l'infertilité.

- Promouvoir des interventions sur le mode de vie fondées sur des données probantes qui peuvent améliorer la fertilité. Celles-ci incluent la gestion du poids, la supplémentation en acide folique et la réduction de l'exposition aux toxines reproductives connues telles que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et une forte consommation de caféine.

- Reconnaître quand un traitement avancé est nécessaire et fournir le bilan, les conseils et les orientations appropriés. Cela peut impliquer d'aider les client·e·s avec l'induction/stimulation de l'ovulation avec rapports programmés/IIU ou d'orienter vers la FIV ou des interventions chirurgicales. Si la FIV ou les traitements chirurgicaux nécessaires ne sont pas disponibles au sein des installations de l'AM, des parcours d'orientation structurés doivent être en place pour garantir l'accès aux soins.

- Inclure le soutien psychologique et de santé mentale dans le continuum des soins de fertilité. Les diagnostics et les traitements de l'infertilité peuvent être difficiles et stressants pour les client·e·s, et même avec un traitement, certain·e·s ne parviendront toujours pas à une grossesse. La fourniture d'un soutien psychologique est un service clé pour assurer le bien-être des client·e·s recevant des services de fertilité.

- Développer l'expertise et la capacité pour répondre à la demande croissante de soins de fertilité. À mesure que le report de la maternité devient plus courant dans le monde, les services de fertilité jouent un rôle de plus en plus important dans la réalisation de la santé et des droits reproductifs des personnes. Les AM doivent s'efforcer de renforcer leurs capacités, leurs infrastructures et leurs parcours d'orientation pour répondre efficacement à ce besoin croissant.

- Établir des mécanismes d'orientation formels pour les individus présentant des résultats de tests de fertilité significativement anormaux pouvant suggérer un problème de santé sous-jacent (par exemple, les personnes diagnostiquées avec une insuffisance ovarienne primaire ou une azoospermie). Ces client·e·s nécessitent une évaluation et une prise en charge spécialisées qui dépassent le cadre des structures de santé locales.

- Les AM qui sont compétentes dans l'induction de l'ovulation et le traitement par IIU et qui souhaitent introduire la FIV dans leurs services devront suivre une formation structurée et acquérir les installations appropriées pour effectuer le prélèvement d'ovocytes, la fécondation, l'évaluation de la qualité des embryons (généralement effectuée par un·e embryologiste) et le transfert d'embryons. Les AM peuvent contacter le Walking Egg Project **(https://thewalkingegg.com/the-project)** pour obtenir de l'aide concernant la formation et le renforcement des capacités pour les aspects de laboratoire du traitement par FIV.

Remerciements

Nous remercions Damla Gonullu-Rotman, Nathalie Kapp et Danny Schust pour leur contribution à la rédaction initiale de cette déclaration. Nos remerciements s'adressent également aux membres de l'IMAP (Luchuo Bain, Paul Blumenthal, Arachu Castro, Rathnamala Desai, Chipo Gwanzura, Metin Gulmezoglu, James Kiarie, Gail Knudson, Zozo Nene, Aparna Sridhar, Suzanne Veldhuis) ainsi qu'au personnel de l'IPPF (Manuelle Hurwitz) pour leur relecture et leurs apports.

Références

1. Taylor HS, Pal L, Seli E, Fritz MA. Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. Ninth edition. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.

2. Ombelet W, Lopes F. FERTILTY CARE IN LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES: Fertility care in low- and middle-income countries. Reprod Fertil 2024;5.

3. Zegers-Hochschild F, Dickens BM, Dughman-Manzur S. Human rights to in vitro fertilization. Int J Gynaecol Obstet 2013;123:86-9.

4. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address aao. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril 2020;113:533-5.

5. Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clin Biochem 2018;62:2-10.

6. Infertility Workup for the Women's Health Specialist: ACOG Committee Opinion Summary, Number 781. Obstet Gynecol 2019;133:1294-5.

7. Fauser B, Adamson GD, Boivin J, Chambers GM, de Geyter C, Dyer S et al. Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature. Hum Reprod Update 2024;30:153-73.

8. World Health Organisation Guideline Development Group for I, Mburu G, Santesso N, Brignardello-Petersen R, Kennedy R, Farquhar C et al. Recommendations from the WHO guideline for the prevention, diagnosis, and treatment of infertility. Fertil Steril 2025.

9. Practice Committee of the American Society for Reproductive M, the Practice Committee of the Society for Reproductive E, Infertility. Electronic address aao. Optimizing natural fertility: a committee opinion. Fertil Steril 2022;117:53-63.

10. Augood C, Duckitt K, Templeton AA. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod 1998;13:1532-9.

11. Zitzmann M, Rolf C, Nordhoff V, Schrader G, Rickert-Fohring M, Gassner P et al. Male smokers have a decreased success rate for in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. Fertil Steril 2003;79 Suppl 3:1550-4.

12. Smith CG, Asch RH. Drug abuse and reproduction. Fertil Steril 1987;48:355-73.

13. Paula T, Cardoso LC, Felicioni F, Caldeira-Brant AL, Santos TG, Castro-Oliveira H et al. Maternal chronic caffeine intake impairs fertility, placental vascularization and fetal development in mice. Reprod Toxicol 2023;121:108471.

14. Salas-Huetos A, Mitsunami M, Minguez-Alarcon L, Ortiz-Panozo E, Murphy MM, Souter I et al. The association of men's beverage intake with semen quality and assisted reproduction outcomes in patients undergoing fertility treatment. Andrology 2024.

15. Legro RS, Dodson WC, Kunselman AR, Stetter CM, Kris-Etherton PM, Williams NI et al. Benefit of Delayed Fertility Therapy With Preconception Weight Loss Over Immediate Therapy in Obese Women With PCOS. J Clin Endocrinol Metab 2016;101:2658-66.

16. Westphal LM, Polan ML, Trant AS. Double-blind, placebo-controlled study of Fertilityblend: a nutritional supplement for improving fertility in women. Clin Exp Obstet Gynecol 2006;33:205-8.

17. Ombelet W, Goossens J. The Walking Egg Project: how to start a TWE centre? Facts Views Vis Obgyn 2016;8:119-24.

18. Taylor HS, Pal L, Seli E. Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. In. Philadelphia: Wolters Kluwer,, 2026:1 online resource.

19. Tsai S, Pereira N. Bona fide diminished ovarian reserve or profound ovarian suppression by long-term oral contraceptive use? BMJ Case Rep 2025;18.

20. Gonullu DC, Huang XM, Robinson LG, Walker CA, Ayoola-Adeola M, Jameson R et al. Tubal factor infertility and its impact on reproductive freedom of African American women. Am J Obstet Gynecol 2022;226:379-83.

21. Practice Committee of the American Society for Reproductive M. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril 2012;98:1103-11.

22. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012;141:e691S-e736S.

23. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse MEB, Lockshin MD et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. Arthritis Rheumatol 2020;72:529-56.

24. Onofre J, Geenen L, Cox A, Van Der Auwera I, Willendrup F, Andersen E et al. Simplified sperm testing devices: a possible tool to overcome lack of accessibility and inconsistency in male factor infertility diagnosis. An opportunity for low- and middle- income countries. Facts Views Vis Obgyn 2021;13:79-93.

25. Kanakasabapathy MK, Sadasivam M, Singh A, Preston C, Thirumalaraju P, Venkataraman M et al. An automated smartphone-based diagnostic assay for point-of-care semen analysis. Sci Transl Med 2017;9.

26. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. JAMA 2021;326:65-76.