

Le financement de l'assistance médicale à la procréation en France

L'activité d'AMP coûte cher car c'est une discipline de pointe! Elle a connu, en outre, un essor rapide depuis le milieu des années quatre-vingt et représente un coût important pour l'assurance maladie.

Avec 20 000 naissances par an, c'est une activité de soin qui pose des questions de choix de société et dont les modalités de financement sont perfectibles.

Les centres clinico-biologiques sont financés à l'acte

Comme les autres secteurs de soins, l'activité d'AMP des établissements autorisés est soumise à la tarification à l'activité (T2A) depuis le 1^{er} janvier 2004 et bénéficie, par ce biais, de plusieurs catégories de financement.

L'AMP est, pour l'essentiel, une activité ambulatoire qui repose sur des consultations cliniques, des examens biologiques et échographiques. Les recettes sont donc en majorité issues d'une activité externe de consultations, d'actes de biologie interventionnelle ainsi que d'actes médico-techniques assurés par les cliniciens comme les échographies et le transfert embryonnaire.

Concernant la ponction ovocytaire, elle est réalisée sous anesthésie locorégionale ou générale et donne lieu à la facturation d'un tarif d'hospitalisation en ambulatoire qui finance l'intégralité des coûts de la prise en charge, à savoir : les dépenses cliniques et biologiques et les dépenses de structure du service dédiées au fonctionnement du service, à la gestion du personnel et aux coûts d'entretien. Pour la T2A, la réalisation de la FIV ou de l'ICSI, qui se prolonge quelques jours après le prélèvement ovocytaire, est considérée comme un acte de biologie lié au séjour d'hospitalisation de la femme, bien que cette dernière ne soit pas présente au moment des actes de biologie. Il n'est donc pas possible de facturer cet acte en sus du tarif d'hospitalisation.

Dans le meilleur des cas, les couples sont intégralement remboursés de leurs dépenses...

Le Code de la santé publique dispose que l'AMP « a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ». À ce titre, l'assurance maladie rembourse le traitement contre l'infertilité à 100 % dans une limite de 4 tentatives ou de 6 inséminations artificielles jusqu'à la première grossesse et à condition que l'âge de la femme ne dépasse pas 43 ans. De même, du fait du caractère thérapeutique du traitement de l'infertilité, le régime des arrêts de travail suit celui appliqué pour les arrêts maladie et permet la compensation de la perte salariale.

Dans le meilleur des cas, le couple ne débourse donc rien pour l'ensemble de la prise en charge et pour la totalité des médicaments. Seuls restent à charge les

surcoûts imputables aux dépassements d'honoraires ou à d'éventuelles dépenses annexes comme des frais de dossier et les suppléments liés à des conditions de prise en charge spécifiques ou à des techniques de laboratoires non inscrites à la nomenclature des actes biologiques, dans le cadre d'une activité libérale.

Les conditions appliquées à l'AMP en France facilitent l'accès des couples à l'AMP, révélant une volonté d'offrir un maximum de chances au désir d'enfant. Depuis la naissance d'Amandine en 1982, l'AMP a, en effet, connu un développement important, qui en fait aujourd'hui une activité de routine : 131 716 cycles ont été réalisés en 2009, et 21 759 enfants sont nés. En vingt ans (entre 1986 et 2005), le nombre de cycles de fécondations *in vitro* (en partie du fait du développement d'une nouvelle technique l'ICSI) a été multiplié par 5, passant de 10 000 à 50 000 [29, 3].

... mais les enquêtes de terrain révèlent que le financement des centres clinico-biologiques n'est pas adapté aux spécificités de cette activité

Les derniers rapports d'activité fournis par les centres clinico-biologiques et colligés par l'agence montrent une stagnation de l'activité depuis 2005 qui nous permet de penser que la demande actuelle est relativement bien couverte — à moins que le contexte budgétaire actuel ne joue également un rôle ? L'entrée dans la T2A des établissements de santé renforce le besoin d'efficience économique, mais cristallise dans le même temps les segments d'activité à l'hôpital qui sont sous-financés. Ce qui est le cas pour les centres d'AMP, car la progression importante de leur activité n'a pas été suivie par une augmentation proportionnelle et pérenne des moyens. Pour en assurer le développement, les moyens humains ont été mutualisés dans les services de maternité en s'appuyant sur la présence du personnel infirmier et surtout des sages-femmes.

Les outils de la T2A se basent sur des actes techniques qui ne couvrent pas l'ensemble des charges structurelles. Le tarif d'hospitalisation (GHS), par exemple, délivré pour la ponction ovocytaire, finance les dépenses d'hospitalisation et de biologie, mais à 335 euros dans le privé et 1 220 euros¹ dans le public, ce tarif n'est pas calibré pour prendre en charge le temps en personnel nécessaire à la gestion et à l'expertise des dossiers, à l'accueil et l'information des couples et à la planification des cycles. En outre, aucune enveloppe financière recours ou de type Migac (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), censée financer les

1. Le tarif du privé ne contient pas les honoraires des médecins.

Yoël Sainsaulieu
Chargée d'études médico-économiques, mission organisation et financement des activités de soins (Ofas), Agence de la biomédecine



L'assistance médicale à la procréation

coûts supplémentaires qui ne sont pas rattachables à un patient, n'a été prévue au démarrage de la T2A².

L'enquête sur l'organisation et les moyens humains des centres d'AMP publics et privés français, pilotée par l'Agence de la biomédecine en 2008, montre, à ce propos, que les missions connexes aux soins sont particulièrement chronophages. La prise en charge en AMP requiert un suivi des couples et une expertise des résultats et des examens par des équipes pluridisciplinaires. De même, il est obligatoire d'informer les couples de façon très approfondie sur les étapes de la prise en charge, sur les différentes techniques existantes, sur les risques encourus et sur les probabilités d'échec. Ces différentes missions, qui font l'objet de dispositions spécifiques dans l'arrêté des bonnes pratiques³, sont indispensables au déroulement des cycles et exigent une grande disponibilité des équipes. Les moyens humains dédiés aux réunions pluridisciplinaires et d'information ont été estimés, dans l'enquête, à 1,2 ETP pour un centre type réalisant 500 tentatives de FIV et d'ICSII par an.

Les professionnels des centres assurent également un travail administratif afférant à la programmation et la coordination des rendez-vous, à la récupération et la gestion des résultats, à la délivrance des consignes et aux relances des couples qui disposent d'embryons congelés. Au cours de l'enquête, les centres ont déclaré des besoins humains importants qu'il est néanmoins

2. Il existe une enveloppe Migac pour le don de gamètes uniquement.

3. Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

difficile de quantifier précisément car ces personnes ne sont pas affectées exclusivement à l'AMP. Les résultats obtenus mettent néanmoins l'accent sur des besoins réels qui sont importants et que les remontées du terrain corroborent largement.

À la demande de l'Igas en charge d'une mission sur le don d'ovocytes en France, une expertise a également été menée conjointement par l'agence et les professionnels sur les missions et les moyens engagés au cours d'un cycle d'AMP. Les résultats montrent que le temps humain consacré aux missions d'accueil, d'organisation, d'entretien et de réunions pluridisciplinaires représente un total de 31 % du temps total de la prise en charge.

Un jour sur trois, l'activité des centres ne serait donc pas financée ? À première vue, ce résultat semble improbable, car aucune structure n'est économiquement viable en n'étant payée que pour les deux tiers de son activité. Pour autant, il est normal que tout le temps de travail ne soit pas « nomenclaturé » en vue d'un financement ; toutes les équipes médicales des établissements de santé consacrent bien du temps à l'expertise des dossiers des patients. Mais, pour l'AMP, cette part de temps « invisible » pour le financeur prend des proportions très importantes et questionne sur la viabilité à long terme de cette situation. En mutualisant leurs moyens, les services de biologie de la reproduction des établissements publics ont réussi à pérenniser l'activité, mais le contexte actuel rend cette situation de plus en plus difficile à tenir : depuis la T2A, la guerre aux surcoûts est déclarée dans les établissements de santé ; elle fragilise les activités structurellement déficitaires.

Un cycle d'AMP est tarifé entre 2 545 € et 3 019 € dans le secteur public par l'assurance maladie

Les deux montants calculés se basent sur :

- une hypothèse basse comprenant un cycle avec FIV, 4 dosages hormonaux de suivi de stimulation et 900 € de médicaments d'induction d'ovulation
- une hypothèse haute qui comprend un cycle avec ICSII, 6 dosages hormonaux de suivi de stimulation et 1 265 € de médicaments.

Nature de l'acte	Nomenclatures	Hypothèse basse (FIV) tarif en €	Hypothèse haute (ICSII) tarif en €	Tarif unitaire en €	Quantité
Consultations spécialisées	Actes externes		56,00	28,00	2
Dosages hormonaux	NABM		52,65	17,55	3
Dosages hormonaux de suivi de stimulation	NABM	70,20	105,30	17,55	4 et 6
Échographies de suivi de stimulation	CCAM	37,80	42,25		
Monitoring de stimulation	CCAM		61,44		
Ponction folliculaire	GHS		1 220,34		
Transfert embryonnaire	CCAM	52,25	121,36		
Congélation d'embryons	NABM		94,50		
Médicaments constitués pour l'essentiel d'inducteurs d'ovulation		900,00	1 265,00		
		2 545,18	3 018,84		

NABM : Nomenclature des actes de biologie médicale. CCAM : Classification commune des actes médicaux. GHS : Groupe homogène de séjour, prélèvements d'ovocytes en ambulatoire (1 220,34 € dans le public et 335,32 € dans le privé, hors honoraires).

Les contraintes économiques pèsent-elles sur les conditions d'exercice ?


Ce déséquilibre économique pose la question des conditions d'exercice de cette activité également dans les établissements privés qui, par nature, sont davantage spécialisés et ne peuvent absorber les surcoûts grâce aux autres secteurs de soins. L'activité devant dégager impérativement des bénéfices, il est nécessaire de trouver des réserves de productivité : en internalisant une partie de l'activité qui pourrait être réalisée en ville à proximité du domicile des couples ? Ou en multipliant les actes les plus rémunérateurs ? À ce titre, l'enquête de 2008 nous a permis de dégager des tendances entre les secteurs privé et public, concernant la répartition du personnel et les pratiques d'anesthésie.

Pour le premier point, on observe une densité plus forte des médecins dans le privé que dans le public, qui résulte de la délégation de tâches plus fréquentes à l'hôpital grâce à la présence historique de sages-femmes et d'internes. Par conséquent, le nombre de consultations est également plus important, une partie de la prise en charge étant assurée, aux cours d'entretiens non facturés, par les internes, les psychologues ou des paramédicaux.

De même, les ponctions ovocytaires sous anesthésie générale sont systématiques dans le secteur privé,

alors que les pratiques sont plus diversifiées dans le public. Cette différence n'est pas neutre non plus d'un point de vue économique, car les actes d'anesthésie sont facturables.

En l'état, il faut mettre en adéquation les moyens avec les objectifs affichés

Le diagnostic des moyens de financement inhérents à l'AMP illustre une situation contradictoire. D'un côté les couples bénéficient d'une prise en charge financière totale du traitement de leur infertilité, la société ayant fait le choix de les prendre en charge à 100 %. Si tout se passe bien, l'effort financier pour le couple est quasiment nul, alors qu'il a bénéficié d'une activité de pointe. Or, dans le même temps, les modalités de financement des centres ne se sont pas adaptées alors que l'activité était en plein essor. Pour assurer la cohérence globale du système, le financeur aura la responsabilité de proposer des moyens de financement adaptés aux pratiques de soins. Pour que l'AMP puisse répondre aux attentes des couples dans de bonnes conditions, il faut mettre en adéquation les moyens avec les objectifs : ce qui ne relève pas d'un financement à l'acte, mais qui fait intégralement partie de la prise en charge, doit être pris en compte dans la T2A. 

Pluralité des lois et des pratiques en AMP au niveau européen

L'activité d'AMP est autorisée dans les 27 pays membres de l'Union européenne, mais les lois sont très différentes dans leurs principes comme dans leur contenu, voire inexistantes ou encore non appliquées.

Des lois différentes dans leurs fondements

On distingue deux approches fondamentalement différentes : certains pays considèrent, comme en France, que l'AMP est une activité de soins destinée à traiter une infertilité médicalement constatée, donc réservée à des couples hétérosexuels en âge de procréer et prise en charge à des degrés divers par le système d'assurance maladie du pays. C'est le cas de l'Italie, l'Allemagne, ou encore l'Autriche, le Portugal, la Slovaquie. D'autres pays à l'inverse considèrent que l'AMP relève d'un choix personnel et doit répondre à toutes les demandes, y compris celle du droit à l'enfant par les femmes célibataires, les couples homosexuels ou les femmes ayant dépassé l'âge de la fertilité. C'est le cas de la Grèce, l'Espagne, le Royaume-Uni, la Belgique, les Pays-Bas et des pays scandinaves. Dans les cas où les techniques d'AMP sont utilisées pour une « infertilité

sociale », les soins ne sont alors pas pris en charge par une assurance maladie [1].

Sur le plan juridique l'accès à l'AMP soulèvent d'autres questions telles que la reconnaissance du lien entre les membres d'un couple homosexuel ou la filiation des enfants nés d'une mère porteuse. D'autre part, des principes tels que l'intégrité et la non patrimonialité du corps humain, affirmés dans les lois de bioéthique françaises [40], n'existent pas dans d'autres lois, et le statut de l'embryon fait l'objet de définitions diverses selon les pays.

Des lois hétérogènes dans leur contenu et dans leur champ d'application

Le champ couvert par les lois est variable. Certains pays ont un cadre législatif général au sein duquel des règles de bonne pratique sont fixées par les professionnels. Dans d'autres pays comme la France, la loi est très détaillée dans son contenu.

La question du recours aux gamètes de tiers donneurs illustre bien ces différences. Admis dans la plupart des pays, sauf en Italie et en Lituanie, certains pays distinguent cependant le type de gamètes. En Allemagne, en

Béatrice Sénémaud
Médecin de santé publique, responsable relations internationales et éthique, Agence de la biomédecine