

2016



Direction générale médicale et scientifique  
Pôle OFAS et DPEGH



# [FINANCEMENT MIG DES ACTIVITES D'AMP : ENQUETE AUPRES DES CENTRES CLINICO- BIOLOGIQUES]

Résultats de l'enquête sur l'utilisation de l'enveloppe MIG allouée aux centres clinico-biologiques d'AMP

## Sommaire

Sommaire .....	1
1. Introduction.....	2
2. Principaux résultats .....	3
3. Pilotage de l'enquête .....	4
4. Préambule .....	5
5. Présentation de l'enquête.....	6
6. Méthode.....	6
6.1. Regroupement des questions relatives à la connaissance du modèle de financement.....	7
6.2. Regroupement des questions relatives au dialogue de gestion.....	7
6.3. Regroupement des questions relatives à la répartition des moyens entre les unités clinique et biologique .....	8
6.4. Regroupement des questions relatives au fléchage des crédits .....	9
6.5. Regroupement des questions relatives au déploiement de nouveaux moyens.....	9
7. Résultats et analyse.....	11
7.1. Niveau de connaissance et d'information .....	12
7.2. Qualité du dialogue de gestion .....	12
7.3. Répartition des moyens entre les secteurs clinique et biologique.....	13
7.4. Fléchage des moyens de la MIG .....	14
7.5. Déploiement de nouveaux moyens .....	15
8. Conclusion .....	17
Annexe 1 : statistiques .....	19

## 1. Introduction

La Mission d'intérêt générale (MIG) «AMP<sup>1</sup> » a été créée au démarrage de la T2A pour financer les centres d'AMP dans le cadre de leurs activités de recueil, de traitement et de conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L.1244-5 et R.1244-1 CSP (articles relatifs au don de gamètes et à l'accueil d'embryons). Elle a été modélisée en 2013 afin de rationaliser le financement des surcoûts engendrés par les activités de dons de gamètes et d'embryons et, en 2014, ceux liés aux autres activités de l'AMP. Depuis, cette enveloppe MIG est divisée en 6 compartiments dédiés à l'activité de FIV/ICSI<sup>2</sup> et aux 5 activités spécifiques que sont : le don d'ovocytes, le don de spermatozoïdes, l'accueil d'embryons, la préservation de la fertilité et l'AMP effectuée en contexte viral.

L'Agence de la biomédecine a élaboré ce nouveau modèle de financement par la MIG avec le ministère de la santé (DGOS) dans l'objectif de compenser les surcoûts d'une activité considérée jusque-là considérée comme déficitaire.

Les professionnels de l'AMP ont fait part, à l'Agence de la biomédecine, de leurs difficultés à disposer d'informations sur le versement des crédits de la MIG AMP à leur établissement, et à obtenir de nouveaux moyens pour leurs activités. Ils ont sollicité l'Agence de la biomédecine, lors d'une réunion du groupe de travail « Stratégie en AMP<sup>3</sup> », pour qu'une action soit menée auprès des tutelles afin d'améliorer le fléchage des crédits.

**Dans le but de répondre à ces questionnements et de sensibiliser les tutelles et les administrations des établissements de santé, l'Agence de la biomédecine a lancé cette enquête auprès de l'ensemble des centres clinico-biologiques autorisés.**

L'objectif de cette enquête était d'évaluer, pour l'ensemble de la dotation :

- la connaissance des acteurs sur le modèle de financement par la MIG des activités d'AMP,
- l'attribution effective de la dotation au sein des établissements de santé,
- et l'utilisation qui en a été faite.

Un questionnaire a donc été adressé aux coordinateurs et personnes responsables des centres clinico-biologiques d'AMP et, en parallèle, aux administrations des établissements de santé qui devaient cosigner l'enquête. L'implication de l'administration permet en effet de consolider les réponses des professionnels et de renforcer la robustesse des conclusions que nous pouvons tirer dans la présente analyse.

Cette enquête, ses objectifs et ses modalités ont été approuvés par le Comité médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine lors de sa séance du 23 juin 2015.

Les résultats seront portés à la connaissance de l'ensemble des centres d'AMP (équipes et directions), aux ARS, à la DGOS et aux fédérations hospitalières.

---

<sup>1</sup> Son libellé officiel est « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryons et de la préservation de la fertilité ». Elle est communément appelée MIG « AMP ».

<sup>2</sup> Ce compartiment de la MIG à vocation à compenser les surcoûts des cycles de FIV/ICSI. La dotation MIG est définie en fonction du nombre de ponctions d'ovocytes, quelle que soit la technique utilisée FIV ou ICSI et quelle que soit l'origine des gamètes (intraconjugal, don de sperme ou d'ovocytes).

<sup>3</sup> Compte rendu de la réunion du groupe de travail « Stratégie en AMP » du 19 novembre 2014

## 2. Principaux résultats

Sur les 103 questionnaires envoyés, 90<sup>4</sup> retours ont été obtenus dans les délais impartis ce qui représente un taux de réponse de 87%.

### Niveau d'information des centres

- On constate que, dans environ 80% des centres, les professionnels de l'AMP connaissent les modalités de financement et ont été informés des financements attribués par l'ARS.
- Les documents d'information sur la MIG AMP<sup>5</sup> édités par l'Agence de la biomédecine permettent d'améliorer la connaissance du système de financement.

### Dialogue de gestion et fléchage de crédits

- Dans 82% des centres, un dialogue de gestion est engagé entre les professionnels et l'administration.
- On observe, cependant, des différences significatives de résultats en fonction du statut de l'établissement de santé siège de l'unité clinique :
  - Les professionnels des CH font face à des difficultés plus importantes que ceux des CHU et des cliniques, pour dialoguer avec leur administration, organiser la répartition des crédits et flécher des moyens sur les activités d'AMP.
  - Les cliniques privées et les trois ESPIC présentent de meilleurs résultats en termes de connaissance des financements, de dialogue de gestion, de répartition des crédits entre les secteurs clinique et biologique, de fléchage de la MIG et de déploiement de nouveaux moyens.
- Le nombre de conventions signées pour la répartition des crédits entre les unités clinique et biologique est faible. Il concerne 29% des centres.

### Financement des activités d'AMP

- Seulement 1 activité sur 2, éligible aux financements de la MIG AMP, a bénéficié au moins une fois en 2014 et/ou 2015 de nouveaux moyens humains et/ou matériels.
- Des moyens ont été alloués dans 70% des centres pour compenser les surcoûts de l'activité de FIV.
- Il y a un déficit de déploiement de moyens nouveaux pour les activités de don de spermatozoïdes (29%)<sup>6</sup>, d'accueil d'embryons (12%) et d'AMP en contexte viral (37%) par rapports aux activités de FIV (70%), de don d'ovocytes (52%) et de préservation de la fertilité (46%). Il faut noter que ces trois activités spécifiques, qui ont moins bénéficié des nouveaux crédits, sont pratiquées à 75% dans les CHU.
- Le don d'ovocytes a bénéficié de crédits fléchés plus importants par rapport aux autres activités spécifiques grâce à la politique des tutelles de santé, déterminées depuis plusieurs années à lutter contre l'insuffisance de l'offre de soins<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> L'échantillon des 90 centres est constitué de 89 centres clinico-biologiques dont les statuts des unités cliniques se répartissent entre 21 CH, 24 CHU, 41 cliniques et 3 ESPIC, et d'un laboratoire public hospitalier (qui a bénéficié de financement MIG au titre de son activité de préservation de la fertilité). Les 90 centres se répartissent donc entre 46 établissements du secteur public et 44 du secteur privé.

<sup>5</sup> Voir la plaquette T2A éditée par l'Agence de la biomédecine : [http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015\\_t2a\\_peg\\_h\\_vdef.pdf](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015_t2a_peg_h_vdef.pdf)

<sup>6</sup> Dans ce paragraphe, les résultats en pourcentage indiquent le nombre de fois (en %) où de nouveaux moyens humains et/ou matériels ont été alloués en 2014 et/ou 2015 (voir suite de la note).

<sup>7</sup> Rapport IGAS de 2011 « Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France ».

### 3. Pilotage de l'enquête

L'enquête a été pilotée par un groupe de travail interne à l'Agence de la biomédecine composé des personnes suivantes :

- Yoël SAINSAULIEU (**chef de projet** en charge des relances, du traitement des données et de la rédaction du rapport, pôle Organisation et Financement des Activités de Soins (OFAS))
- Florence BOILON (en charge de l'envoi des questionnaires et du suivi des réponses, pôle Qualité des Données (PQD))
- Aurèlie DESHAYES (responsable du PQD)
- Dr Hélène LOGEROT (responsable du pôle OFAS)
- Dr Françoise MERLET (réfèrent AMP dans la direction Procréation Embryologie et Génétique Humaines (PEGH))
- Pr Dominique ROYERE (responsable de la direction PEGH).

Le pilotage de cette enquête a fait l'objet de plusieurs courriers et relances à l'attention des coordinateurs et responsables des centres et des responsables administratifs des établissements :

- Courrier du 8 juillet 2015 **d'annonce de l'enquête** du directeur de la DPEGH de l'Agence de la biomédecine aux responsables des centres clinico-biologiques d'AMP ;
- Courrier du 18 septembre 2015 de **démarrage de l'enquête** de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine aux directeurs des établissements autorisés aux activités d'AMP ;
- Envoi par mail de l'enquête le 18 septembre 2015 ;
- Relance par mail le 19 octobre 2015 ;
- Clôture des réponses le 30 octobre 2015.

Tous les centres clinico-biologiques éligibles aux financements MIG « AMP » en 2015 ont été destinataires de l'enquête, soit 103 centres au total.

Le comité de pilotage adresse ses remerciements à l'ensemble des professionnels pour le temps qu'ils ont bien voulu consacrer à répondre à cette enquête.

## 4. Préambule

En créant des dotations MIG, le législateur a reconnu que les coûts engendrés par un certain nombre de missions ne pouvaient pas être intégralement couverts par des recettes de facturation.

Dans le cadre de la T2A, la MIG AMP vise à compenser les surcoûts des cycles de FIV et des activités spécifiques d'AMP (voir paragraphe ci-dessous) qui génèrent des charges non prises en compte par les activités facturables (séjours, consultations, actes médicotechniques et de biologie) à savoir : les réunions de concertation pluridisciplinaires, l'organisation des tentatives, la gestion des cuves de cryoconservation<sup>8</sup>, les contraintes posées par l'AMP en contexte viral, etc...

La MIG AMP est divisée en 6 compartiments dédiés à l'activité de FIV et aux 5 activités spécifiques que sont : le don d'ovocytes, le don de spermatozoïdes, l'accueil d'embryons, la préservation de la fertilité et l'AMP en contexte viral. Les centres **publics et ESPIC** y sont donc éligibles, au titre de leurs activités de FIV et des 5 activités spécifiques, et les centres **privés lucratifs**, au titre de leurs activités de FIV, de préservation de la fertilité et d'AMP en contexte viral. Le don de gamètes et l'accueil d'embryon ne sont, en effet, pas autorisés dans le secteur privé lucratif.

Dans la présente étude, nous traitons exclusivement des recettes de la MIG AMP bien que l'activité d'AMP des centres clinico-biologiques génère d'autres recettes via les consultations, les actes de biologie (NABM), les actes médicotechniques (CCAM) et les tarifs d'hospitalisation GHS<sup>9</sup>.

Rappelons également que seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation en cours de validité l'année du financement sont éligibles aux différents compartiments de la MIG AMP. Pour l'activité d'AMP en contexte viral une simple déclaration est nécessaire.

### Terminologie de la note :

- Nous utilisons alternativement les expressions : financement (nouveaux), recettes, crédits (fléchés), dotations, moyens... en référence aux enveloppes MIG déléguées par les ARS aux établissements éligibles dans le cadre de leurs activités d'AMP. Il n'est en revanche pas fait référence aux autres recettes T2A de l'AMP dans cette note bien que ces financements s'ajoutent aux crédits MIG AMP.
- Le terme unité (ou secteur) clinique ou biologique est utilisé indifféremment pour désigner les équipes d'AMP clinique et biologique. La notion d'unité n'a donc pas de lien avec le découpage structurel des établissements de santé en pôles (secteur public) et unités fonctionnelles.
- Le terme « activités spécifiques d'AMP » fait référence aux activités de don de gamètes, d'accueil d'embryon, de préservation de la fertilité et d'AMP en contexte viral.

---

<sup>8</sup> Relances des couples quant au devenir des gamètes et des embryons conservés.

<sup>9</sup> Voir la plaquette T2A éditée par l'Agence de la biomédecine : [http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015\\_t2a\\_peg\\_h\\_vdef.pdf](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015_t2a_peg_h_vdef.pdf)

## 5. Présentation de l'enquête

Le questionnaire de l'enquête est constitué de 16 parties réunissant 56 questions et 4 zones de commentaires libres (voir annexe).

Les parties 1 à 10 de l'enquête traitent du niveau de connaissance de la MIG AMP par les professionnels de l'AMP, de la qualité du dialogue de gestion entre les professionnels de l'AMP et l'administration, et de l'utilisation de ces moyens.

La suite du questionnaire aborde la question du remboursement et de la compensation de revenus effectués dans le cadre du principe de neutralité financière<sup>10</sup> qui s'applique aux donneurs de gamètes (ovocytes, spermatozoïdes) et aux couples cédant leurs embryons (accueil d'embryons). Les réponses rendues par les centres sur cette partie sont extrêmement parcellaires et ne permettent pas de faire d'analyse statistique. Cette partie du questionnaire a donc été écartée de l'analyse.

Quatre espaces de commentaires libres ont également été prévus afin de recueillir des précisions sur les réponses données et de collecter des propositions d'évolution de la MIG AMP.

## 6. Méthode

L'analyse statistique porte sur 48 questions au total<sup>11</sup>. Dans la majorité des cas les questions sont à deux modalités « Oui » « Non » et très rarement à 3 modalités lorsque la réponse « Ne sait pas » ou « Partiellement » est proposée.

Pour faciliter l'exploitation de ces résultats, les 48 questions ont été regroupées en 5 thématiques d'analyse représentées par **5 nouveaux items**. Chacun de ces items<sup>12</sup> mesure la fréquence en pourcentage des réponses par l'affirmative aux questions qui composent le regroupement. Les réponses par l'affirmative s'entendent comme des réponses « Oui » et « Partiellement » pour la question Q18.

Ainsi, un résultat d'item proche de 100%, pour un centre, signifie que toutes les réponses ont été « Oui » (ou « Partiellement ») et qu'aucune réponse n'a été négative c'est-à-dire : « Non » ou « ne sait pas » pour les questions Q5, Q6, Q16 et Q17. Un résultat proche de 50% traduit une répartition équilibrée entre des réponses affirmatives et négatives et un résultat proche de 0% signifie que les réponses sont négatives.

Cette méthode permet de calculer la fréquence des réponses affirmatives en fonction des items, d'interpréter les résultats en fonction du pourcentage obtenu, **de comparer la valeur des items**

---

<sup>10</sup> Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

<sup>11</sup> Les 4 zones de commentaires libres ne sont pas exploitées statistiquement et la partie sur la prise en charge financière des donneurs, qui présente une exhaustivité insuffisante, est écartée.

<sup>12</sup> Voir ci-dessous : « Connaissance » « Dialogue » « Répartition » « Fléchage » « Nouveaux moyens »

**entre eux** et d'analyser les écarts en fonction, par exemple, du statut juridique des établissements sièges de l'unité clinique.

En complément, et chaque fois que cela s'avère nécessaire, l'analyse porte sur les questions de l'enquête traitées séparément (non regroupées) selon la même méthode de calcul (mesure de la fréquence en pourcentage des réponses affirmatives) permettant ainsi de préciser les tendances observées via l'analyse des items.

## 6.1. Regroupement des questions relatives à la connaissance du modèle de financement

Les questions Q1, Q2, Q3, Q5 et Q6 portent sur la connaissance du modèle de financement MIG et sur le niveau d'information auquel ont eu accès les professionnels (voir encadré ci-dessous).

La réponse « Ne sait pas » aux questions Q5 et Q6 a été assimilée à une réponse négative.

Le nouvel item créé est dénommé « **Connaissance** ». Un item proche de 100% signifie que l'information sur le modèle de financement est connue par les professionnels de l'AMP et, inversement, un item proche de 0% signifie qu'elle n'est pas connue.

### Extrait de l'enquête

1 - Connaissez-vous le système de financement par les MIG des activités d'AMP ?

(Q1) Oui / Non

2 - Avez-vous reçu (dans le centre) le document d'information édité par l'Agence : « Modalités de financement 2015 [2014] des activités d'AMP et de CPDPN » ([http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015\\_t2a\\_peg\\_h\\_vdef.pdf](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015_t2a_peg_h_vdef.pdf))

(Q2) En 2014 Oui / Non

(Q3) En 2015 Oui / Non

4 - Savez-vous si la MIG AMP a été versée par l'ARS à votre établissement de santé ?

(Q5) En 2014 Oui / Non / Ne sait pas

(Q6) En 2015 Oui / Non / Ne sait pas

## 6.2. Regroupement des questions relatives au dialogue de gestion

Il est souhaitable que la mise en place de financements fléchés s'accompagne d'un dialogue de gestion entre les professionnels des unités clinique et biologique et leur administration.

Les 5 questions Q4, Q7, Q8 Q9 et Q10 qui traitent de cette thématique ont donc été regroupées afin de mesurer la qualité de ce dialogue. La question Q11 n'est pas incluse dans le calcul de l'item car elle porte sur la période postérieure à celle de l'enquête.

Le nouvel item créé est dénommé « **Dialogue** ». Un item proche de 100% signifie qu'il y a un bon niveau de dialogue au sein de l'établissement et, inversement, un item proche de 0% signifie qu'il n'y a pas de pratique de dialogue entre l'administration et les professionnels.



**Extrait de l'enquête**

3 - Avez-vous engagé un dialogue de gestion avec votre administration, sur l'activité du centre et les moyens humains et matériels ?

**(Q4)** Oui / Non

5 - Avez-vous échangé avec votre direction d'établissement sur l'attribution de l'enveloppe MIG AMP à l'établissement ?

**(Q7)** En 2014 Oui / Non

**(Q8)** En 2015 Oui / Non

6 - L'utilisation des financements : avez-vous participé à la réflexion sur l'utilisation de cette enveloppe ?

**(Q9)** En 2014 Oui / Non

**(Q10)** En 2015 Oui / Non

Si non, prévoyez-vous de le faire pour 2016 ?

**(Q11)** Oui / Non

### 6.3. Regroupement des questions relatives à la répartition des moyens entre les unités clinique et biologique

Les crédits de la MIG AMP sont destinés à compenser les surcoûts des prises en charges clinique et biologique dans le cadre de l'AMP. La répartition des moyens doit donc s'organiser entre les unités clinique et biologique en compensation de l'implication respective des deux secteurs dans les prises en charges.

Les 4 questions Q12, Q13, Q14 et Q15 (voir encadré ci-dessous) ont donc été regroupées afin d'évaluer si cette répartition a été anticipée et organisée via, notamment, la signature d'une convention.

Le nouvel item créé est dénommé « **Répartition** ». Un item proche de 100% signifie que la répartition des moyens est effective et qu'une convention a été signée et, inversement, un item proche de 0% signifie qu'il n'y a pas eu de démarche de répartition entre les deux secteurs.

Cet item doit être analysé avec précaution car il n'est pas nécessaire de signer une convention pour avoir une organisation efficiente. Nous reviendrons sur ce point au cours du paragraphe 7.

**Extrait de l'enquête**

7 - La répartition des moyens entre les secteurs clinique et biologique est-elle organisée ?

**(Q12)** En 2014 Oui / Non

**(Q13)** En 2015 Oui / Non

8 - Une convention a-t-elle été signée entre les deux secteurs ?

**(Q14)** En 2014 Oui / Non

**(Q15)** En 2015 Oui / Non

## 6.4. Regroupement des questions relatives au fléchage des crédits

Les crédits MIG sont destinés à être répartis entre les 6 activités d'AMP éligibles aux financements. Le regroupement concerne donc les 3 questions Q16, Q17 et Q18 qui traitent de la répartition effective de ces moyens.

Ici, l'item est calculé à partir du nombre de réponses « Oui » ou « Partiellement » (Q18). La réponse « Partiellement » a été assimilée à une réponse affirmative car on considère qu'une répartition même partielle de la MIG est un résultat relativement positif dans le contexte actuel. En revanche la réponse « Ne sait pas » à la question Q17 est assimilée à une réponse négative<sup>13</sup>.

Le nouvel item créé est dénommé « **Fléchage** ». Un item proche de 100% signifie que les crédits MIG sont fléchés au sein de l'établissement et, inversement, un item proche de 0% signifie qu'ils ne le sont pas.

### *Extrait de l'enquête*

#### **9- Concernant les compartiments de la MIG éligibles pour votre centre**

- **(Q16)** Avez-vous été informé du montant alloué pour chaque compartiment de la MIG ?  
Oui / Non
- **(Q17)** si oui, ce montant correspond-il à la dotation devant être perçue ?  
Oui / Non / Ne sait pas
- **(Q18)** Ces moyens ont-ils été fléchés sur l'activité d'AMP concernée ?  
Oui / Non / Partiellement

## 6.5. Regroupement des questions relatives au déploiement de nouveaux moyens

La partie 10 du questionnaire (voir ci-dessous) permet d'évaluer si des moyens nouveaux ont été déployés grâce à la création de la nouvelle MIG AMP. Il a été demandé aux centres de répondre si des moyens humains ou matériels avaient été effectivement déployés en 2014 et/ou 2015 pour chacun des 6 compartiments de la MIG.

Le regroupement des questions se fait en deux temps.

Nous calculons d'abord pour chaque répondant **et pour chaque activité autorisée** si des moyens nouveaux ont effectivement été déployés. On considère que la réponse est « Oui » pour l'activité concernée si **au moins une** réponse « Oui » a été donnée aux quatre questions ci-dessous:

1. Des moyens **humains** supplémentaires ont-ils été déployés grâce à la MIG **en 2014** ?
2. Des moyens **humains** supplémentaires ont-ils été déployés grâce à la MIG **en 2015** ?
3. Des moyens **matériels** supplémentaires ont-ils été déployés grâce à la MIG **en 2014** ?
4. Des moyens **matériels** supplémentaires ont-ils été déployés grâce à la MIG **en 2015** ?

<sup>13</sup> De même, les non réponses de la question Q17 ont été assimilées à des réponses négatives.

Dans un second temps, le taux en pourcentage de réponses « Oui » est calculé **pour le centre** en tenant compte du nombre d'activités éligibles au financement<sup>14</sup>.

Ainsi un centre clinico-biologique autorisé uniquement pour l'activité de FIV, qui aurait uniquement déployé des moyens humains en 2014, se retrouverait avec un item à 100%. Si le même centre était également autorisé au don d'ovocytes mais qu'aucun moyen humain ou matériel n'avait été déployé pour cette activité (en 2014 et 2015), la valeur de son item serait de 50%  $((100\%+0\%)/2)$ .

Prenons l'exemple d'un CHU qui serait autorisé à pratiquer les 6 activités. Pour obtenir une valeur de 100%, il devrait avoir engagé en 2014 et/ou 2015 des moyens humains et/ou matériels pour chacune des 6 activités. Si 5 activités sur 6 étaient financées la valeur de l'item serait de 83% (5/6) ; pour 4 activités, elle passerait à 66% (4/6), etc...

Le nouvel item crée est dénommé « **Nouveaux moyens** ».

<b>Extrait de l'enquête</b>					
10 - Pour chaque compartiment de la MIG quelle est l'utilisation des moyens alloués?					
Compartiment	Etes-vous autorisé ?	Des moyens humains supplémentaires ont-ils été déployés grâce à la MIG ?		Des équipements ou matériels ont-ils pu être acquis grâce à la MIG ?	
		En 2014	En 2015	En 2014	En 2015
Surcoûts en AMP (Q19 à Q23)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non
Don d'ovocytes (Q24 à Q 28)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non
Don de sperme (Q29 à Q33)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non
Préservation de la fertilité (Q34 à Q38)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non
Accueil d'embryons (Q39 à Q43)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non
Activité de prise en charge des patients en contexte viral (Q44 à Q48)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Non	Non	Non	Non	Non

<sup>14</sup> La liste des activités autorisées (ou déclarée pour le risque viral) est demandée via les questions Q19, Q24, Q29, Q34, Q39 et Q44.

## 7. Résultats et analyse

Les 5 items présentés dans le paragraphe 6 mesurent donc, pour l'ensemble des 90 questionnaires analysés, le niveau moyen de connaissance des règles de financement et de prise en compte de la MIG AMP dans les décisions de gestion (ligne 1 du Tableau 1 « Moyenne en % »).

La deuxième ligne du tableau présente le coefficient de variation<sup>15</sup> de chaque item. Il indique le niveau de dispersion en pourcentage de la moyenne par centre.

**Tableau 1 : pourcentage de réponses affirmatives par item**

Statistique	Item "Connaissance"	Item "Dialogue"	Item "Répartition"	Item "Fléchage"	Item "Nouveaux moyens"
Moyenne en %	87	82	43	80	63
Coefficient de variation en %	20	34	86	38	65

On observe que les résultats sur la connaissance de la MIG, le dialogue de gestion et le fléchage des crédits sont élevés (80% et plus). Le taux est, en revanche, plus faible pour les items sur la répartition des moyens entre les unités clinique et biologique (43%) et pour le déploiement de nouveaux moyens (63%).

Ces premiers résultats globaux montrent que les professionnels de l'AMP ont une bonne connaissance des règles de financement et que le dialogue de gestion avec leur administration existe sans que l'on puisse conclure sur son efficacité. En revanche, nous observons des résultats plus contrastés concernant les 2 items sur la répartition et sur les nouveaux moyens. De toute évidence, la bonne connaissance des outils de financement ne se traduit pas automatiquement par une répartition des crédits entre les unités clinique et biologique (item « Répartition » 43%) et par le déploiement de nouveaux moyens (item « Nouveaux moyens » 63%).

Paradoxalement le taux atteint pour le fléchage des crédits est élevé (item « Fléchage » 80%) et laisserait penser que de nouveaux financements ont effectivement été attribués. Mais nous savons que ces crédits sont parfois utilisés pour justifier des moyens déjà existants ou compenser d'autres activités déficitaires.

Ces premiers résultats ne sont pas surprenants. Ils reflètent le discours relayé par les professionnels sur la gestion interne des hôpitaux dans un contexte budgétaire contraint. Ils suscitent, également, des interrogations comme le montrent notamment les coefficients de variation les plus élevés des items « Répartition » (86%) et « Nouveaux moyens » (65%) qui font état d'une hétérogénéité des résultats entre les répondants.

La suite de la note est l'occasion d'éclairer ce premier constat en intégrant le statut juridique de l'établissement de santé siège de l'unité clinique comme variable explicative et en analysant les pourcentages de réponses affirmatives par question.

<sup>15</sup> Rapport de l'écart-type à la moyenne exprimé en pourcentage.

## 7.1. Niveau de connaissance et d'information

L'analyse en fonction du statut de l'unité clinique (Tableau 2) corrobore le premier constat sur la bonne connaissance du circuit de financement par les professionnels car la valeur moyenne de l'item « Connaissance » est supérieure ou égale à 80% pour les 3 statuts.

Tableau 2 : moyennes de l'item "Connaissance" par statut de l'unité clinique

Nombre de centres (répondants)	Statut de l'unité clinique	Item "Connaissance"	
		Moyenne en %	Coefficient de variation en %
22	CH	80	24
24	CHU	91	14
44	CLIN-ESPIC	89	18

Nous constatons, en effet, qu'aucun centre ne déclare ignorer totalement le dispositif, 100% ayant répondu qu'ils connaissaient le système de financement (Q1)<sup>16</sup>.

Le résultat inférieur des CH montre que l'accès à l'information serait moins efficace que dans les CHU et les établissements privés. Les CH déclarent, en effet, moins souvent avoir reçu le guide de financement édité par l'Agence de la biomédecine soit dans 59% des cas en 2014 (contre 88 % pour les CHU et 77% pour les cliniques et ESPIC) et dans 82% des cas en 2015 (contre respectivement 96% et 93%). On note par ailleurs que la diffusion du guide a été plus efficace de 15 points entre 2014 et 2015 (de 76% à 91%).

Concernant la connaissance sur l'attribution des dotations MIG (questions Q5 et Q6)<sup>17</sup> on constate que, quel que soit le statut, l'information était mieux connue en 2014 (92 %) qu'en 2015 (78%). L'enquête ayant été réalisée en novembre 2015, les informations sur la campagne budgétaire en cours n'étaient donc pas parvenues à l'ensemble des professionnels de l'AMP contrairement à celle de la campagne précédente.

## 7.2. Qualité du dialogue de gestion

L'enquête nous permet également de conclure assez positivement sur la qualité du dialogue de gestion entre professionnels de santé et administratifs. L'item mesuré fait état d'un bon niveau de dialogue puisque sa valeur moyenne est de 82% (voir Tableau 1).

Cependant, on constate une érosion du nombre de réponses « Oui » entre les questions Q4, Q7, Q8, Q9 et Q10<sup>18</sup> ce qui montre que ce dialogue ne se concrétise pas toujours par une participation à la

<sup>16</sup> Connaissez-vous le système de financement par les MIG des activités d'AMP ? (Q1) Oui/Non

<sup>17</sup> Savez-vous si la MIG AMP a été versée par l'ARS à votre établissement de santé ? (Q5) En 2014 Oui/Non /Ne sait pas - (Q6) En 2015 Oui/Non/Ne sait pas

<sup>18</sup> Avez-vous engagé un dialogue de gestion avec votre administration, sur l'activité du centre et les moyens humains et matériels ? (Q4) Oui/Non

Avez-vous échangé avec votre direction d'établissement sur l'attribution de l'enveloppe MIG AMP à l'établissement ? (Q7) En 2014 Oui / Non - (Q8) En 2015 Oui / Non

réflexion des soignants dans l'attribution des crédits. Le **taux de réponses par l'affirmative** à la question Q4 (94%) est supérieur à celui des questions Q7 (80%) et Q8 (87%), lui-même supérieur à celui des questions Q9 (70%) et Q10 (77%). Les administrations seraient donc ouvertes au dialogue mais elles n'impliqueraient pas toujours les professionnels lors des décisions

Ces résultats attendus, ici encore, suggèrent par ailleurs que la culture du dialogue de gestion s'améliore puisque les pourcentages de réponses « Oui » progressent entre 2014 et 2015. De la même manière que pour l'indicateur « Connaissance » il y a donc une évolution perceptible entre les années 2014 et 2015 qui montrerait une meilleure connaissance des modalités de finalement et une participation plus forte des professionnels de l'AMP aux décisions qui concernent leurs activités.

**Tableau 3 : valeur moyenne de l'indicateur "Dialogue" en fonction du statut de l'unité clinique**

Nombre de centres (répondants)	Statut de l'unité clinique	Item "Dialogue"	
		Moyenne en %	Coefficient de variation en %
22	CH	71	44
24	CHU	83	30
44	CLIN-ESPIC	86	31

L'analyse par statut clinique (voir Tableau 3) montre que le dialogue de gestion est moins avancé dans les CH que dans les CHU et les établissements privés.

Plus précisément, pour les 22 CH le premier niveau d'échange avec les directions est indiscutable puisque 100% ont répondu qu'ils avaient engagé un dialogue (Q4). Mais le dialogue initial se traduit plus rarement par une vraie implication des professionnels de l'AMP dans les décisions. Les taux de réponse par l'affirmative aux questions Q7, Q8, Q9 et Q10 sont respectivement de 64%, 77%, 55% et 59% dans les CH soit des niveaux très inférieurs à ceux observés dans les CHU et les cliniques et ESPIC (entre 92% et 67%). Si le dialogue est initié au sein des CH, il se concrétise plus difficilement par une participation réelle au processus de décision.

### 7.3. Répartition des moyens entre les secteurs clinique et biologique

Les crédits de la MIG AMP sont destinés à compenser les surcoûts des prises en charge cliniques et biologiques. La gestion opérationnelle de ces crédits devrait donc s'appuyer sur une organisation entre les deux secteurs, formalisée dans une convention ou dans le règlement intérieur du centre clinico-biologique.

On constate (voir Tableau 1) que le niveau de l'item « Répartition » est de 43% soit le niveau le plus bas des 5 items calculés à partir des regroupements de questions.

---

L'utilisation des financements : avez-vous participé à la réflexion sur l'utilisation de cette enveloppe ? (Q9) - En 2014 Oui / Non - (Q10) En 2015 Oui / Non

Tableau 4 : valeur moyenne de l'indicateur "Répartition » en fonction du statut de l'unité clinique

Nombre de centres (répondants)	Statut de l'unité clinique	Item "Répartition"	
		Moyenne en %	Coefficient de variation en %
22	CH	27	126
24	CHU	35	74
44	CLIN-ESPIC	56	71

En définitive, la moitié des centres déclarent que la répartition des moyens est organisée (Q12-13 : 57 % en 2014 et 59% en 2015)<sup>19</sup> mais cette organisation se traduit plus rarement par la signature d'une convention (Q14-15 : 29% en 2014 et 2015). C'est ce deuxième résultat qui diminue le niveau de cet item.

Il faut aussi noter que le résultat plus élevé de la question Q12 sur l'organisation de la répartition est imputable aux centres privés qui ont eu 69% et 70% de réponses « Oui ».

Il existe donc une volonté d'initier une organisation qui ne se traduit pas nécessairement par des règles formalisées, en particulier dans le secteur public. On constate, en effet, qu'une convention a été signée en 2014 et 2015 dans 13% des centres CHU (Q14 et Q15) et dans 20% des centres CH. Le chiffre est de 42% dans les centres privés.

Il faut cependant tenir compte de la spécificité des secteurs et de la culture de fonctionnement des centres qui expliquent qu'un nombre plus important de conventions soit signée au sein du secteur privé. Dans le secteur public, les unités clinico-biologiques sont souvent réunies au sein d'un même hôpital ou d'un même pôle lequel, par définition, fonctionne avec ses propres règles organisationnelles ne justifiant pas nécessairement l'écriture de conventions. Les établissements privés, quant à eux, fonctionnent le plus souvent avec des laboratoires privés externes avec lesquels il est nécessaire de contractualiser leur partenariat.

Quoi qu'il en soit, le fonctionnement des activités d'AMP, qui repose sur une collaboration étroite entre les deux disciplines, doit organiser cette répartition afin que, notamment, la participation des professionnels de la biologie soit mieux prise en compte dans l'activité pluridisciplinaire.

## 7.4. Fléchage des moyens de la MIG

L'item sur le fléchage des crédits affiche un résultat de 80%<sup>20</sup>.

Ce résultat élevé fait écho au bon niveau d'information que nous avons déjà constaté via le premier item : 81% des coordonnateurs de centres déclarant, en effet, avoir été informés (Q16) qu'un montant était alloué pour chaque activité éligible au financement. De même, le montant effectivement versé correspond dans 84% des cas (Q17) au montant attendu.

<sup>19</sup>La répartition des moyens entre les secteurs clinique et biologique est-elle organisée ? (Q12) En 2014 Oui/Non - (Q13) En 2015 Oui/Non

Une convention a-t-elle été signée entre les deux secteurs ? (Q14) En 2014 Oui/Non - (Q15) En 2015 Oui/Non

<sup>20</sup>En cas de réponse « Non » à la question (Q16), la réponse à la question (Q17) est considérée comme négative.

La diffusion, par l'Agence de la biomédecine, à destination des coordonnateurs des centres d'AMP et des administrations, de plaquettes d'informations sur la T2A et de synthèses sur les moyens MIG, contribue donc à la connaissance des modalités de financement. Elle permet en outre de vérifier que les montants notifiés par les ARS correspondent effectivement à ce que le modèle de financement prévoit.

Ce résultat est à relativiser pour les CHU au sein desquels des difficultés de gestion sont perceptibles. Lorsqu'ils sont informés des montants des MIG par activité, ils déclarent, en effet, constater une cohérence des montants dans seulement 65% des cas (Q17). Ce taux est respectivement de 88% et 90% pour les CH et les cliniques et ESPIC.

Les CH se distinguent, quant à eux, par des difficultés plus élevées pour flécher les MIG sur les activités d'AMP. Le taux de réponses « Oui » ou « Partiellement » à la question Q18<sup>21</sup> est de 77% contre 92% pour les CHU et 95% pour les cliniques-ESPIC.

Ce dernier résultat est élevé pour les CHU ce qui laisserait augurer que le fléchage des crédits y est plus efficace que dans le CH. Mais, l'analyse de la question Q18 montre en définitive que les CHU ont réparti très souvent les crédits de façon partielle (46%) contre 18% dans les CH et 20% dans les cliniques-ESPIC. Les CHU se démarquant par un nombre d'activités pratiquées en moyenne plus élevé (4,5) que les CH (2) et cliniques (1,4), il n'est donc pas étonnant que l'allocation des crédits se mette en place plus progressivement et ne concerne pas toutes les activités d'AMP après 3 années d'existence de la nouvelle MIG.

Tableau 5 : valeur moyenne de l'indicateur "Fléchage" en fonction du statut de l'unité clinique

Nombre de centres (répondants)	Statut de l'unité clinique	Item "Fléchage"	
		Moyenne en %	Coefficient de variation en %
22	CH	71	51
24	CHU	69	45
44	CLIN-ESPIC	89	27

## 7.5. Déploiement de nouveaux moyens

Le dernier indicateur concerne les nouveaux moyens humains et/ou matériels réellement attribués en 2014 et 2015. Il permet d'évaluer l'impact de la re-modélisation de l'enveloppe MIG sur les activités de FIV et spécifiques qui génèrent des coûts transversaux non pris en compte via la facturation d'actes en T2A.

Pour les 90 centres répondants, le niveau de l'indicateur n'est pas très élevé : 63% (voir Tableau 1). On constate effectivement que sur les 207 activités<sup>22</sup> éligibles aux financements MIG qui se répartissent entre les 6 activités, il y a 107 réponses « Oui » (52%). Rappelons que dans cette analyse nous considérons que la réponse est « Oui » à partir du moment où des moyens humains et/ou matériels ont été déployés au moins une fois en 2014 et/ou 2015. Une réponse « Oui » valide donc

<sup>21</sup> Ces moyens ont-ils été fléchés sur l'activité d'AMP concernée ? (Q18) Oui/Non/Partiellement

<sup>22</sup> Un centre peut réaliser entre 1 et 6 activités différentes. La somme des activités des 90 centres répondants est égale à 207.



une augmentation des moyens mais ne permet pas de conclure qu'ils se sont ajustés aux besoins. La lecture des commentaires de l'enquête montre à cet égard que l'obtention de nouveaux moyens suscite des tensions avec les administrations.

On peut néanmoins affirmer que de nouveaux moyens humains et/ou matériels ont été déployés en 2014 et 2015, malgré tout, et qu'ils concernent environ la moitié des activités éligibles au financement MIG.

On observe, par ailleurs, que les 6 activités financées n'ont pas bénéficié de nouveaux moyens dans les mêmes proportions. Celle qui a obtenu le meilleur ratio de réponses « Oui » est l'activité de FIV/ICSI avec un taux de 70,5%. Viennent ensuite le don d'ovocytes et la préservation de la fertilité avec des proportions proches de 50% (respectivement 52,2% et 46,2%). Et enfin, les trois activités qui ont le moins bénéficié du déploiement de moyens sont l'AMP en contexte viral (36,8%), le don de spermatozoïdes (28,6%) et l'accueil d'embryons (11,8%).

C'est donc l'activité de FIV qui a le plus bénéficié de nouveaux moyens depuis 2 ans. Ce résultat est à mettre en parallèle avec celui concernant les centres éligibles à un seul compartiment de la MIG (c.à.d. ne pratiquant aucune activité spécifique) qui présentent également un pourcentage de réponses « Oui » élevé : 78%. La MIG AMP a donc été souvent utilisée pour compenser les surcoûts imputables aux activités d'AMP standard dans les centres mono activité pour lesquels il y a une surreprésentation importante d'établissements privés : 66% des centres mono activités sont des cliniques.

Les trois activités qui ont donc le moins bénéficié de la nouvelle modélisation de la MIG AMP sont pratiquées dans leur grande majorité par les CHU (plus de 75% des cas) et dans un nombre limité de centres : il y avait en 2015 en France 22 centres déclarés pour l'AMP en contexte viral, 25 centres autorisés pour l'AMP pour le don de spermatozoïdes et 18 centres autorisés pour l'AMP pour l'accueil d'embryons. On constate que cette situation ne favorise pas le déploiement de nouveaux moyens. D'après l'enquête, des moyens nouveaux ont, en effet, été déployés au sein des CHU pour compenser les surcoûts des FIV dans 60% des cas mais cet effort ne s'est pas répercuté systématiquement sur les activités spécifiques de l'AMP. De nouveaux moyens y ont été alloués aux activités d'accueil d'embryons 1 seule fois sur 13 (8%)<sup>23</sup>, au don de sperme 5 fois sur 18 (28%) et à l'AMP avec risque viral 4 fois sur 13 (31%).

Le don d'ovocytes, non autorisé dans le secteur privé lucratif, est également pratiqué en majorité dans les CHU (70% versus 22% dans les CH) et ce dans un nombre également limité de centres : 28 autorisations étaient en cours de validité en 2015. Pour autant, contrairement à l'AMP en risque viral, à l'accueil d'embryons et au don de sperme, cette activité a bénéficié de nouveaux moyens dans des proportions plus élevées (52,2% des cas). Ce résultat plus favorable au don d'ovocytes s'explique par la politique de soutien au développement de l'activité engagée par les pouvoirs publics entre 2010 et aujourd'hui afin de lutter contre la pénurie. Plusieurs événements en faveur du don d'ovocytes ont en effet constitué des leviers d'incitation au déploiement de moyens supplémentaires. Citons notamment le rapport de l'IGAS<sup>24</sup> sur le don d'ovocytes, publié en 2011, les campagnes de communication de l'Agence de la biomédecine et les compartiments de la MIG AMP dédiés aux dons de gamètes modélisés dès 2013 (2014 pour les autres activités).

<sup>23</sup> Ici les ratios en % sont calculés pour les CHU uniquement.

<sup>24</sup> Rapport IGAS de 2011 « Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France ».

## 8. Conclusion

L'enquête sur la dotation MIG AMP nous permet, à ce jour, d'évaluer le niveau de connaissance des professionnels de l'AMP sur ces modalités de financement par la MIG AMP ainsi que les difficultés internes aux établissements propres à l'utilisation de ces crédits.

Il est important de rappeler que cette enveloppe MIG est déléguée par le ministère de la santé (DGOS) aux ARS selon la règle dite de « justification au premier euro (JPE) ». Cette modalité implique que les montants **de chaque établissement de santé** sont calculés, dans le cas de l'AMP, par l'Agence de la biomédecine, selon des règles publiées dans le guide des MIG de la DGOS<sup>25</sup> et les circulaires ARS des campagnes tarifaires : en d'autres termes les montants sont délégués par la DGOS aux ARS pour un versement aux établissements à l'euro près.

Le circuit de financement est donc fléché et devrait se traduire par un déploiement de ces crédits en moyens nouveaux à destination des équipes des centres d'AMP. Or, les retours des professionnels de terrain et, maintenant, les résultats objectifs de la présente enquête interrogent sur l'utilisation de ces recettes. Nous avons, en effet, pu mesurer que sur les 207 activités d'AMP<sup>26</sup> que la MIG devrait financer, les professionnels ont déclaré avoir obtenu des moyens 107 fois. A peine plus de la moitié des activités (52%) ont donc bénéficié de nouveaux moyens. Cette mesure est en outre optimiste puisque nous avons considéré dans l'analyse qu'il suffisait qu'une seule fois en 2014 ou 2015 des moyens humains ou matériels soient obtenus pour que l'activité soit considérée comme financée. Mais nous n'avons pas d'informations sur l'adéquation avec les besoins réels que génère l'activité.

Ces résultats suggèrent en définitive qu'il existerait un défaut d'attribution de moyens alors que la nouvelle modélisation de la MIG en 2013 et 2014 faisait espérer une évolution plus positive dans le sens d'une meilleure allocation de ressources par activité. Un travail de plusieurs années a pourtant été entrepris, sous le contrôle de la DGOS, impliquant l'Agence de la biomédecine et les professionnels de l'AMP aboutissant à la rationalisation de la MIG en 6 compartiments. La réflexion menée a mis en exergue les surcoûts non pris en compte par la T2A tels que le temps d'information des couples, les réunions pluridisciplinaires, les examens des dossiers des couples, l'organisation des tentatives, la gestion des cuves de cryoconservation, les contraintes posées par l'AMP en contexte viral etc...

L'enquête permet également de conclure que les outils de financement sont connus par les professionnels de l'AMP et qu'il existe un dialogue de gestion. Ils ont, en effet, répondu à 80% être bien informés et que des rencontres étaient organisées avec leur administration sur le sujet des MIG (94%). On observe, en outre, une tendance à la progression de ces résultats entre 2014 et 2015. Cependant, les résultats de l'enquête montrent que malgré l'existence de ce dialogue de gestion, les soignants ne sont pas toujours associés aux prises de décisions (70-74%). Selon les verbatim de l'enquête, les professionnels attendent que les négociations avec les gestionnaires se concrétisent et déplorent, parfois, ne pas avoir été entendus.

---

<sup>25</sup> Le guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG).

<sup>26</sup> FIV (88), don d'ovocytes (23), don de spermatozoïdes (21), préservation de la fertilité (39), accueil d'embryons (17) et AMP en contexte viral (19).

Il faut néanmoins pondérer le résultat relativement encourageant sur la connaissance des modalités de financement. Malgré des réponses faisant état d'un bon niveau d'information, les professionnels estiment le dispositif actuel complexe et donc difficile à maîtriser. Certains professionnels se démarquent, également, en demandant<sup>27</sup> un circuit de financement plus « direct » et plus rapide que celui qu'impliquent les étapes de l'ARS et de leur direction administrative : cette prise de position radicale démontre que la connaissance de la réglementation est perfectible et illustre également une « fatigue » des professionnels qui souhaiteraient un modèle plus simple leur évitant de consacrer beaucoup de temps et d'énergie à justifier leurs besoins.

Seulement 29% des centres déclarent avoir signé une convention permettant d'organiser la répartition des moyens entre les unités clinique et biologique. Contrairement à ce que nous avons pu lire dans les commentaires du questionnaire, les ARS peuvent imposer des conditions au versement des crédits mais elles n'ont pas vocation à organiser cette répartition qui relève de la compétence des centres. Des professionnels affirment également que la convention n'est pas toujours nécessaire en particulier au sein des hôpitaux publics dont l'organisation en services ou en pôles permet de mettre en place une organisation ne nécessitant pas ce niveau de formalisation.

Enfin, concernant le don d'ovocytes, certains centres ont fait part de la limite du modèle actuel dont les règles de financement sont perfectibles. Comme nous l'avons constaté depuis la mise en place de la MIG, les paliers d'activité pour atteindre le niveau de financement supérieur restent trop élevés malgré la progression de l'activité observée dans certains centres. A ce jour on constate, en effet, qu'aucun centre ne réalise plus de 60 dons d'ovocytes par an soit le niveau à atteindre pour émarger au troisième palier sur 4 au total. Deux niveaux sur quatre ne sont donc jamais utilisés<sup>28</sup>. Il y a lieu de réinterroger le modèle de financement pour ce compartiment.

Pour conclure, il est indiscutable que la mise en place de nouvelles règles d'allocation de la MIG AMP a permis d'améliorer la connaissance du système de financement et de rendre encore plus concrète la question de l'utilisation de ces crédits. Il faut rappeler que les professionnels de l'AMP ont été associés dès le départ aux travaux de re-modélisation et MIG et qu'ils ont ainsi pu s'approprier ces évolutions. De même, l'Agence de la biomédecine met, chaque année, à disposition des responsables de l'AMP et de l'administration des centres des informations techniques sur les financements via la publication d'une plaquette<sup>29</sup> et de tableaux de bord sur les montants alloués.

La nouvelle modélisation de la MIG, en 6 compartiments, a permis de prendre en compte les spécificités des activités de l'AMP et d'identifier les charges imputables à chacune d'elle. Pour autant, seulement 1 activité sur 2 a bénéficié de moyens nouveaux en 2014 et/ou 2015. Ce constat pose question car les tutelles de santé ont clairement affiché une volonté de développer et soutenir toutes les activités d'AMP ; en particulier le don d'ovocytes dont l'offre est insuffisante en France et contraint des couples à recourir à ces soins dans les pays frontaliers. Malgré l'évolution des outils de financement et la volonté des tutelles de santé, il reste, de toute évidence, des marges de progression au sein des établissements afin d'améliorer le financement de l'AMP en France.

---

<sup>27</sup> Propos de l'enquête

<sup>28</sup> Il est prévu d'adapter les modalités de ce compartiment de la MIG pour la campagne tarifaire 2017.

<sup>29</sup> [http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015\\_t2a\\_peg\\_h\\_vdef.pdf](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015_t2a_peg_h_vdef.pdf)

## Annexe 1 : statistiques

### Pourcentage de réponses 'OUI'

Nombre de centres	Statut juridique	Statistique	Q1	Q2	Q3
90		MEAN	100	76	91
		CV	-	57	32
22	CH	MEAN	100	59	82
		CV	-	85	48
24	CHU	MEAN	100	88	96
		CV	-	39	21
44	CLIN- ESPIC	MEAN	100	77	93
		CV	-	39	21

### Pourcentage de réponses 'OUI'

Nombre de centres	Statut juridique	Statistique	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
90		MEAN	94	92	78	80	87	70	77	95
		CV	24	29	54	50	39	66	56	23
22	CH	MEAN	100	86	73	64	77	55	59	89
		CV	-	41	63	77	56	93	85	37
24	CHU	MEAN	100	88	83	83	92	67	75	100
		CV	-	39	46	46	30	72	59	-
44	CLIN- ESPIC	MEAN	89	98	77	86	89	80	86	100
		CV	-	39	46	46	30	72	59	-

### Pourcentage de réponses 'OUI' ou 'Partiellement' (Q18) (le résultat pour Q17 ne tient pas compte des non réponses)

Nombre de centres	Statut juridique	Statistique	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18
90		MEAN	57	59	29	29	81	68	90
		CV	88	83	159	159	48	47	33
22	CH	MEAN	36	32	18	23	73	64	77
		CV	136	150	217	187	63	49	56
24	CHU	MEAN	54	63	13	13	71	46	92
		CV	94	78	262	262	65	51	30
44	CLIN- ESPIC	MEAN	68	70	43	41	91	82	95
		CV	94	78	262	262	65	39	30

### Pourcentage de réponses 'OUI'

Nombre de centres	Statut juridique	Statistique	Cycles FIV	Don d'ovocytes	Accueil d'embryons	Prévention de la fertilité	Don de spermatozoïdes	AMP en contexte viral
90		N	88	23	17	39	21	19
		MEAN	70	52	12	46	29	37
		CV	66	98	275	111	159	135
22	CH	N	21	5	4	9	3	1
		MEAN	57	40	25	33	33	-
		CV	89	138	200	152	176	
24	CHU	N	23	16	13	20	18	14
		MEAN	61	63	8	45	28	29
		CV	82	79	350	113	164	162
44	CLIN- ESPIC	N	44	2	-	10	-	4
		MEAN	82	-	-	60	-	75
		CV	48			87		67