



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-10/2005

Document consultable dans Médi@m

Date :

18/01/2005

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

IVG médicamenteuse en ville.

Liens :

Plan de classement :

253

Emetteurs :

DRM

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☒ CRAM

☐ URCAM

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

L'objet de la présente circulaire est de présenter les modalités de mise en œuvre des IVG par voie médicamenteuse réalisées par un médecin de ville à son cabinet.

Mots clés :

Interruption volontaire de grossesse.

La Directrice
des Risques Maladie

Bernadette MOREAU

Le Directeur
des Finances et de la Comptabilité

Joël DESSAINT

La Médecin Conseil National Adjointe

Docteur Catherine BISMUTH



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 10/2005

Date : 18/01/2005

Objet : IVG médicamenteuse en ville.

Affaire suivie par : **Corinne LE BRAS (DRM)** - ☎ 01.72.60.19.29 - ☎ 01.72.60.17.43
Bruno NOURY (DRM) - ☎ 01.72.60.21.92 - ☎ 01.72.60.17.43
Catherine AL ABAYAJI (DMOP) - ☎ 01.72.60.10.34 - ☎ 01.72.60.17.28
Emmanuelle LIDIE (DFC) - ☎ 01.72.60.20.36 - ☎ 01.72.60.17.42
Dr Odile REGNIER (DSM) - ☎ 01.72.60.23.54 - ☎ 01.72.60.17.30
Isabelle BOUILLE-AMBROSINI (DRM) - ☎ 01.72.60 12 07
☎ 01.72.60.17.43
Raphaëlle VERNIOLLE (DRM) - ☎ 01.72.60.25 89 - ☎ 01.72.60.17.43
Valérie ROMAN (MPS) ☎ 01.72.60.24 05 - ☎ 01.72.60.17 19

L'objet de la présente circulaire est de présenter les modalités de mise en œuvre des IVG par voie médicamenteuse réalisées par un médecin de ville à son cabinet.

1 - IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE

1.1 - LES TEXTES

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 a institué la possibilité de pratiquer l'IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé (article L.2212-2 du Code de la Santé Publique).

Le décret d'application n°2002-796 du 3 mai 2002 a été abrogé par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 qui introduit ces dispositions dans la nouvelle partie réglementaire du Code de la Santé Publique (articles R.2212-1 à R.2222-3 du Code de la Santé Publique).

Le décret n°2004-636 du 1^{er} juillet 2004 et l'arrêté du 23 juillet 2004 précisent certaines conditions de réalisation des IVG et fixent les tarifs des forfaits afférents.

La circulaire ministérielle du 26 novembre 2004 indique les modalités de réalisation et de prise en charge des IVG médicamenteuses en ville.

1.2 - LES CONDITIONS DE REALISATION

La pratique des IVG médicamenteuses en ville est strictement encadrée et réservée à certains médecins.

Les actes doivent être réalisés selon des modalités bien définies.

1.2.1 - Médecins visés

➤ ***Expérience requise*** (article R.2212-11 du Code de la Santé Publique)

Peuvent être admis à pratiquer des IVG médicamenteuses en cabinet :

- Les médecins disposant d'une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique

ou

- Les médecins justifiant d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses attestée par le directeur d'établissement

Quatre spécialités sont donc visées : 01, 07, 70, 77.

➤ ***Convention avec un établissement*** (articles L.2212-2 et R.2212-9 du Code de la Santé Publique)

Le médecin doit passer une convention avec un établissement public ou privé autorisé à pratiquer des IVG selon le modèle de la convention type figurant en annexe du Décret du 21 mai 2003.

Un exemplaire de cette convention doit être transmis par le médecin, pour information, à la caisse primaire dans le ressort de laquelle il exerce.

Une copie doit également parvenir au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins ainsi qu'au Conseil de l'Ordre des pharmaciens.

1.2.2 - Contenu et montant du forfait

Ne peuvent être pratiquées en ville que les IVG par voie médicamenteuse.

Ces actes doivent être réalisés avant la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse (soit 5 semaines à compter de la date de déclaration de grossesse) (article R.2212-10).

Les différentes consultations, et notamment celles donnant lieu à l'administration des médicaments en présence du médecin, sont effectuées exclusivement au cabinet et en aucun cas au domicile de la patiente (article R.2212-17).

C'est le médecin lui-même qui se procure les médicaments nécessaires en passant une commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie d'officine.

1.2.2.1 - Actes inclus dans le forfait

L'arrêté du 23 juillet 2004 définit les éléments inclus dans le forfait :

- La consultation au cours de laquelle la patiente donne son consentement
- La consultation pour la prise de mifépristone (MyféGINE®)
- La consultation pour la prise de misoprostol (Gymiso®)
- La consultation de contrôle
- Le prix TTC des médicaments achetés par le médecin

En conséquence, ne sont pas compris dans le forfait :

- La première consultation préalable (articles L.2212-3 et L.2212-5)
- Les actes complémentaires (analyses de biologie médicale, échographies)

1.2.2.2 - Montant du forfait

Le montant du forfait est fixé à **191,74 €**, remboursé à 70 %.

N.B. : Les dispositions de l'arrêté du 23 juillet 2004, y compris les dispositions tarifaires, sont applicables aux départements d'outre-mer, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon (article 7).

1.3 - LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Les modalités de prise en charge des IVG médicamenteuses en ville ne garantissent pas l'anonymat de la patiente, sauf lorsqu'elle est mineure sans consentement parental.

Des précisions sont apportées pour les femmes bénéficiant de la CMU complémentaire.

1.3.1 - Cas général

1.3.1.1 - *Principe de confidentialité*

Le dispositif ne prévoyant ni dispense d'avance des frais ni prise en charge à 100%, l'identification de l'assurée est impérative pour pouvoir procéder au remboursement de la part obligatoire du forfait.

Il n'est donc pas possible de garantir l'anonymat aux femmes suivies dans le cadre de la médecine de ville, contrairement à celles dont l'IVG est réalisée en établissement.

A cet égard, le professionnel de santé doit informer la patiente dès la première consultation préalable, et lors de la suivante si elle a lieu, de cette absence d'anonymat. Le cas échéant, il l'oriente alors vers un établissement de santé susceptible de pratiquer l'IVG médicamenteuse dans les délais requis.

Sans procédure d'anonymat spécifique, la facturation des IVG suit donc les modalités de facturation et de liquidation de droit commun, renforcées toutefois par un principe de confidentialité (neutralité des codes actes et du décompte).

1.3.1.2 - *Facturation*

Le médecin remplit la feuille de soins lors de la 2^{ème} consultation comprise dans le forfait, soit le jour de la prise de la MyféGINE®.

La facturation du forfait se fait en une seule fois sous la forme de deux codes actes :

- **FHV** (Forfait Honoraires de Ville) pour les consultations : **100,00 €**
- **FMV** (Forfait Médicaments de Ville) pour les médicaments : **91,74 €**

Ces codes sont destinés à identifier le montant des honoraires qui figurera sur les relevés d'honoraires des praticiens transmis aux services fiscaux, et le montant des produits pharmaceutiques qui en sera exclu.

En outre, l'utilisation de ces lettres-clefs permet d'assurer la confidentialité a minima de la feuille de soins.

A cet égard, le décompte adressé à l'assuré(e) ne fait lui-même apparaître que la mention "*Forfait médical*".

La feuille de soins (électronique ou papier) comportant l'identification de l'assuré (e) est adressée directement à la caisse primaire qui procède à son remboursement.

➤ *Saisie sous PROGRES*

Le technicien saisit les deux codes actes dans l'onglet "*Actes professionnels*". La saisie de ces codes ne doit pas être dissociée.

➤ *Scannérisation*

La scannérisation de codes actes est possible. Pour cela, il est nécessaire de créer les actes dans la table des actes.

1.3.2 - IVG des mineures sans consentement parental

Les dispositions de la circulaire CNAMTS 49/2003 du 24 mars 2003 s'appliquent à l'exception de l'utilisation d'un **nouveau NIR**.

Les mineures non émancipées qui ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas, recueillir le consentement parental préalable, bénéficient de la gratuité des soins et de l'anonymat (article L.2212-7 CSP).

Le médecin de ville ne peut alors utiliser qu'une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 + code caisse + 030**.

Ce NIR anonyme doit être présent à la BDO. Il est nécessaire de l'exclure des traitements informatiques par paramétrage.

La feuille de soins anonyme est envoyée par le médecin, ou par l'établissement avec lequel il a passé convention, à la caisse primaire dans le ressort de laquelle est implanté cet établissement (article D.132-3 CSS).

Les forfaits, de même que la consultation préalable et les actes connexes (biologie, radiologie,...), sont remboursés par la caisse aux médecins pour le compte des autres régimes.

A terme (lorsque les systèmes d'information auront évolué), une clé de répartition sera appliquée sur les dépenses d'IVG relatives aux mineures sans consentement parental, afin de déterminer les parts relatives au Régime Général d'une part, et aux autres régimes d'autre part.

1.3.3 - IVG des personnes relevant de la CMU complémentaire

A ce titre, ces personnes bénéficient d'une prise en charge à 100 % avec dispense d'avance des frais si elles ne demandent pas expressément l'anonymat.

En effet, les organismes gestionnaires de la CMU C ne peuvent prendre en charge la dépense correspondant à la part complémentaire qu'à la condition de pouvoir en identifier la bénéficiaire.

En conséquence, dans ce cas, la feuille de soins est transmise directement aux caisses primaires sans transiter par le service médical.

Si la bénéficiaire de la CMU C requiert l'anonymat, le professionnel de santé doit l'adresser à un établissement hospitalier où elle pourra bénéficier d'une prise en charge anonyme de la part complémentaire au titre de l'AME.

1.4 - INFORMATION

Les DRASS sont chargées d'une mission générale d'information à destination des acteurs du dispositif.

Les établissements de santé doivent également participer à la diffusion de cette information auprès des médecins libéraux.

En complément, il est important que les caisses primaires informent les médecins de leur circonscription des modalités pratiques de mise en œuvre de ce dispositif (absence d'anonymat, codes actes, remplissage et transmission de la feuille de soins, convention avec l'établissement,...).

1.5 - VENTILATION COMPTABLE

Les dépenses d'IVG en ville seront imputées automatiquement par Qualiflux dans les comptes suivants :

- Comptes d'honoraires **65611111x** (x dépendant de la nature de l'exécutant) : pour le code acte FHV
- Compte des médicaments **656111131x** (x dépendant de la nature de l'exécutant et du prescripteur) : pour le code acte FMV

2 - IVG MEDICAMENTEUSE EN ETABLISSEMENT

La revalorisation des tarifs des prestations en établissements de santé intervenue par arrêté du 24 juillet 2004 a fait l'objet de la circulaire 134/2004 du 15 novembre 2004.

3 - SUIVI STATISTIQUE

A l'attention des Caisses Régionales d'Assurance Maladie :

J'attire votre attention sur les précisions apportées par la circulaire ministérielle en terme de système d'information pour suivre les IVG médicamenteuses :

- Par le biais de la SAE : enrichissement du questionnaire Q04
- Par le PMSI, au moyen d'un codage adapté permettant de repérer les IVG.

Bernadette MOREAU
La Directrice
des Risques Maladie

Joël DESSAINT
Le Directeur
des Finances
et de la comptabilité

Docteur Catherine BISMUTH
La Médecin Conseil
National Adjointe

PJ: Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004