

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MÉDICAMENTEUSE HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

_____ Livret d'information à l'attention _____
des médecins et des sages-femmes



Sommaire

LE CADRE DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	4
I. Les textes de référence	4
II. La technique autorisée	4
III. Les professionnels de santé concernés	5
IV. La liaison cabinet de ville ou centre/établissement de santé	5
1. Le cadre : une convention à passer avec un établissement de santé	6
2. La fiche de liaison médecin ou sage-femme/établissement de santé	6
3. L'établissement de santé signataire de la convention	6
4. Les autres documents	6
V. Les médicaments	7
1. L'approvisionnement en médicaments	7
2. La prise des médicaments	8
VI. Les règles applicables, les démarches des femmes	8

LA RÉALISATION DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LE SUIVI DE LA FEMME – LA PROCÉDURE	9
I. Avant la réalisation de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé	9
II. La réalisation de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé	10
1. Le premier temps	10
2. Le deuxième temps	11
3. Le troisième temps	11
III. La facturation	12
LA CONTRACEPTION APRÈS L'IVG	13
I. L'information et l'accès à la contraception	13
II. Les différentes méthodes de contraception	14
ANNEXES	15

LE CADRE DE LA PRATIQUE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Vous envisagez de pratiquer des IVG médicamenteuses dans un cabinet de ville, dans un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), ou dans un centre de santé.

I. Les textes de référence

- La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé cette pratique (article L. 2212-2 du Code de la santé publique). Les textes d'application de la loi ont apporté toutes les précisions nécessaires sur sa mise en œuvre.
- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé permet désormais aux sages-femmes de réaliser les IVG médicamenteuses et supprime le délai de réflexion d'une semaine entre la consultation d'information et celle du recueil de consentement.

Les références de ces textes figurent en annexe 1 de ce document ainsi que sur www.ivg.gouv.fr.

II. La technique autorisée

Seules les IVG par voie médicamenteuse peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif.

Ces IVG doivent être réalisées dans un délai gestationnel maximum de cinq semaines de grossesse, soit sept semaines d'aménorrhée.

III. Les professionnels de santé concernés

Ces IVG peuvent être pratiquées dans un cabinet de ville, un centre de planification ou d'éducation familiale, ou un centre de santé, par :

- tous les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée, obtenue par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ;
- tous les médecins et les sages-femmes qui justifient d'une pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de l'établissement. Le directeur délivre l'attestation au vu du justificatif présenté par le responsable médical de cette activité, qui certifie ainsi des compétences médicales du médecin ou de la sage-femme pour la pratique des IVG médicamenteuses.

Il appartient au centre de planification ou au centre de santé d'apporter toutes les justifications de la qualification des médecins ou des sages-femmes concernés par la pratique de l'IVG médicamenteuse.

IV. La liaison cabinet de ville ou centre/établissement de santé

1. Le cadre : une convention à passer avec un établissement de santé

Lorsqu'un médecin ou une sage-femme de ville pratique des IVG médicamenteuses dans son cabinet, il/elle doit passer une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie).

Lorsqu'un centre de planification ou un centre de santé pratique des IVG médicamenteuses, la convention est passée par le centre avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG. Les médecins ou les sages-femmes du centre ne sont pas les signataires de cette convention.

Le médecin, la sage-femme de ville ou le centre reçoit de l'établissement, pour signature, la convention établie selon le modèle de la convention type réglementaire (voir convention type mentionnée en annexe 2). Ce document précise de façon détaillée le rôle et les obligations de chacune des parties signataires.

Dans tous les cas, le médecin ou la sage-femme de ville, ou le centre de santé ou le CPEF transmet copie de la convention signée au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens, à la caisse primaire d'assurance maladie dont il/elle relève mais également :

- pour le médecin, au conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
 - pour la sage-femme, au conseil de l'Ordre des sages-femmes.
- Ces modalités sont rappelées dans l'annexe 2 de ce document (décret n° 2016-743 du 2 juin 2016).

2. La fiche de liaison médecin ou sage-femme/établissement de santé

La fiche de liaison, support des informations essentielles du dossier médical échangées entre le médecin ou la sage-femme et l'établissement de santé, est définie conjointement par les signataires de la convention.

Un modèle de fiche de liaison est proposé en annexe 3.

3. L'établissement de santé signataire de la convention

Il s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels.

Il assure un rôle d'information et de formation des médecins et des sages-femmes concernés par le dispositif.

Il veille au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins ou les sages-femmes (les modalités de transmission des fiches de liaison permettant de respecter la confidentialité sont rappelées en annexe 3).

4. Les autres documents

Le médecin ou la sage-femme qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical le consentement écrit de la patiente à l'IVG.

V. Les médicaments

Les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG sont la mifépristone et le misoprostol.

1. L'approvisionnement en médicaments

• Pour le médecin ou la sage-femme de ville

Ces médicaments sont vendus en pharmacie d'officine. Afin de garantir la sécurité d'utilisation des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG, ces médicaments sont vendus exclusivement aux médecins ou aux sages-femmes ayant passé convention avec un établissement de santé. Ils ne peuvent être vendus ni à des médecins ou des sages-femmes n'ayant pas conclu de convention, ni à des particuliers.

Pour se procurer ces médicaments, le médecin ou la sage-femme de ville passe une commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix.

La commande comprend les mentions suivantes :

- le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'Ordre, l'adresse et la signature du praticien ainsi que la date ;
- le nom des médicaments et le nombre de boîtes commandées ;
- la mention « usage professionnel » ;
- le nom de l'établissement de santé avec lequel le praticien a conclu une convention ainsi que la date de cette convention.

• Pour le centre de planification ou le centre de santé

Les entreprises, organismes et établissements pharmaceutiques sont autorisés à fournir les médicaments nécessaires à la pratique des IVG aux centres de planification et aux centres de santé.

La responsabilité de la détention, du contrôle et de la gestion des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG est confiée au pharmacien, à un médecin ou à une sage-femme du centre, nommément désigné.

2. La prise des médicaments

Afin de garantir la bonne administration des deux médicaments (mifépristone et misoprostol) dans les délais requis et de permettre au médecin ou à la sage-femme d'assurer un suivi de la patiente, la délivrance des médicaments à la femme est effectuée par le médecin ou la sage-femme lors de la première consultation. La prise du premier médicament (mifépristone) est effectuée en sa présence.

VI. Les règles applicables, les démarches des femmes

L'ensemble des règles et des démarches relatives à toute IVG s'appliquent aux actes réalisés hors établissement de santé :

- les différentes consultations à réaliser ;
- l'information des femmes et remise du « dossier-guide IVG » ;
- les dispositions spécifiques concernant les mineures ;
- la possibilité pour le médecin ou la sage-femme de recourir à la clause de conscience ;
- la déclaration de l'IVG établie par le médecin ou la sage-femme pratiquant l'acte...

Les spécificités de l'IVG médicamenteuse chez les femmes mineures sont rappelées en annexe 4.

LA RÉALISATION DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LE SUIVI DE LA FEMME – LA PROCÉDURE

I. Avant la réalisation de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé

La première consultation préalable à l'IVG est réalisée par tout médecin ou toute sage-femme choisi par la femme (consultation non comprise dans le tarif forfaitaire IVG hors établissement de santé) et se déroule selon les étapes suivantes :

- la femme présente une demande d'IVG ;
- le médecin ou la sage-femme lui délivre une information sur l'IVG portant notamment sur les techniques disponibles et la possibilité d'avoir recours à un entretien psychosocial ;
- le « dossier-guide IVG » lui est remis.

Si le praticien ne pratique pas lui-même l'IVG, il oriente la femme vers un autre praticien.

Dans un second temps, la femme remet son consentement.

La consultation psychosociale intervient entre ces deux temps. Elle est facultative pour une personne majeure et obligatoire pour une personne mineure.

Au cours de ce second temps, le médecin ou la sage-femme :

- vérifie que l'âge gestationnel, l'état médical et psychosocial de la patiente permettent la réalisation d'une IVG par voie médicamenteuse et que l'intéressée pourra se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable (de l'ordre d'une heure) ;

- explique la procédure de l'IVG médicamenteuse réalisée hors établissement de santé et remet un document explicatif du protocole (annexe 6) que l'intéressée devra respecter. Il lui indique qu'elle peut se faire accompagner par la personne de son choix.

Si le médecin ou la sage-femme ne pratique pas lui-même l'intervention, il lui délivre un certificat attestant qu'elle a satisfait à la consultation initiale et a remis son consentement.

Cette consultation constitue également un moment privilégié pour proposer à la femme de choisir la méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG. Elle peut être l'occasion, selon le contexte clinique, de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Les règles concernant les mineures ne disposant pas d'un consentement parental à l'IVG sont rappelées en annexe 4.

II. La réalisation de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé

Le suivi de l'IVG est réalisé conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (recommandations diffusées en décembre 2010, à consulter sur le site Internet de la HAS: www.has-sante.fr).

La réalisation d'une IVG médicamenteuse hors établissement de santé se déroule en **trois temps distincts**.

1. Le premier temps

Il s'agit de la consultation de prise du premier médicament (mifépristone) par la patiente, en présence du médecin ou de la sage-femme qui :

- délivre toutes les informations sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires ;
- indique les coordonnées précises du service de l'établissement dans lequel elle peut se rendre si nécessaire, ainsi que la possibilité d'être accueillie à tout moment par cet établissement (le numéro de téléphone du service à contacter est notamment mentionné) ;

- remet à la patiente une fiche de liaison contenant les éléments essentiels de son dossier médical, qu'elle remettra au médecin de ce service si nécessaire. Celui-ci en transmet une copie à l'établissement de santé ;
- prescrit un traitement antalgique ;
- assure la prévention de l'incompatibilité rhésus chez toutes les femmes rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de gammaglobulines anti-D.

Dans le cas d'une IVG médicamenteuse réalisée à domicile, le médecin ou la sage-femme délivre le deuxième médicament qui sera pris par la femme 36 à 48 heures plus tard, à son domicile.

La remise à la patiente d'une fiche d'information est conseillée afin que la femme dispose de repères pour le déroulement de l'interruption de la grossesse et pour la survenue d'éventuelles complications.

Cette fiche d'information de la patiente est proposée en annexe 6 de ce livret.

2. Le deuxième temps

Il s'agit de la prise du deuxième médicament (misoprostol) par la patiente, 36 à 48 heures plus tard, qui a lieu à domicile ou, si la femme le désire, en présence du médecin ou de la sage-femme.

La contraception hormonale, œstroprogestative ou progestative, est débutée le jour même (l'implant peut être posé au moment de la prise de la mifépristone).

3. Le troisième temps

Il s'agit de la consultation de suivi.

Elle est effectuée entre le 15^e et le 21^e jour suivant la prise de mifépristone, parfois plus tôt selon les circonstances cliniques, au cabinet du médecin ou de la sage-femme de ville ou au centre qui a remis les médicaments.



Dans un nombre de cas très faible, la grossesse peut continuer d'évoluer malgré des saignements importants. Cette consultation de suivi est donc indispensable

La fiche de liaison est mise à jour : un exemplaire est remis à la patiente, une copie est transmise à l'établissement de santé.

III. La facturation

l'IVG médicamenteuse est prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie dans le cadre d'un forfait.

Les actes inclus dans le forfait ainsi que les modalités de prescription des examens et les modalités de facturation sont rappelés dans l'annexe 5.

LA CONTRACEPTION APRÈS L'IVG

I. L'information et l'accès à la contraception

Les consultations réalisées par le médecin ou la sage-femme dans le cadre des démarches effectuées pour accéder à une IVG permettent à la femme de recevoir une information détaillée sur les méthodes contraceptives disponibles, ainsi que des conseils pour choisir une contraception susceptible de lui convenir.

Sont pris en compte, outre les contre-indications médicales, les réticences, le contexte de vie de la patiente, les effets secondaires et les éventuelles difficultés d'utilisation des méthodes contraceptives déjà mises en place.

Une grossesse pouvant survenir rapidement, la méthode contraceptive choisie sera mise en place dès que possible après la réalisation de l'IVG.

Rappel: toute femme mineure peut obtenir du médecin ou de la sage-femme la prescription d'un moyen contraceptif sans autorisation parentale. Le parcours contraceptif est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et est protégé par le secret si la jeune femme mineure le demande. Le parcours comprend :

- une consultation annuelle au cours de laquelle sont prescrits des examens de biologie médicale en vue d'une contraception ;
- une consultation de suivi, la première année d'accès à la contraception ;
- les actes liés à la pose, au changement ou au retrait d'un dispositif contraceptif ;
- certains examens de biologie médicale (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois par an si nécessaire ;
- les contraceptifs remboursables.

Enfin, toutes les femmes mineures ont accès à une contraception anonyme et gratuite dans les centres de planification. Les contraceptifs remboursables par l'assurance maladie sont délivrés gratuitement en pharmacie aux femmes mineures d'au moins 15 ans sur prescription médicale.

II. Les différentes méthodes de contraception

Afin d'aider la femme à effectuer son choix, les différentes méthodes contraceptives disponibles sont rappelées dans le « dossier-guide IVG » remis à l'intéressée à l'issue de la première consultation médicale, préalable à l'intervention.

Une information détaillée est également accessible sur le site : www.choisirsacontraception.fr.

Aucune méthode n'est contre-indiquée après une IVG, sauf le dispositif intra-utérin (et la stérilisation), si celle-ci a comporté un épisode infectieux. Toutefois, s'agissant d'une IVG médicamenteuse, le risque d'infection est faible.

Les méthodes nécessitant des manipulations vaginales ne seront pas recommandées immédiatement après l'IVG (anneau contraceptif, cape cervicale, etc.) ni pendant le premier cycle suivant l'IVG.

Le site Internet de la Haute Autorité de santé (HAS) comporte des recommandations sur la contraception post-abortum :

- « Interruption de grossesse par méthode médicamenteuse », décembre 2010, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
- « Recommandations de bonnes pratiques : une fiche mémo fournit aux professionnels de santé un outil pour mieux aider les femmes, les hommes et les couples à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux après une IVG », mars 2015, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf
- « Choisir sa contraception avec un professionnel de santé », juillet 2014, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764020/fr/choisir-sa-contraception-avec-un-professionnel-de-sante

ANNEXES

Annexe 1

L'IVG médicamenteuse hors établissement de santé :
les textes de référence 16

Annexe 2

Convention type
Établissement de santé/médecin ou sage-femme de ville
ou centre de planification ou centre de santé 18

Annexe 3

Fiche de liaison
Médecin – Sage-femme / Établissement de santé 24

Annexe 4

La situation spécifique de la femme mineure 28

Annexe 5

Le tarif forfaitaire IVG 29

Annexe 6

Mémo pratique sur l'interruption volontaire de grossesse
médicamenteuse à domicile 36

L'IVG MÉDICAMENTEUSE HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ: LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 autorise les praticiens à réaliser des IVG en cabinet de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (article L. 2212-2 du Code de la santé publique).
- La loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 autorise les centres de planification et les centres de santé à pratiquer des IVG médicamenteuses (articles L. 2212-2, L. 2311-3 et L. 6323-1 du Code de la santé publique).
- La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 permet une prise en charge à 100 % des IVG par l'assurance maladie.
- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise les sages-femmes à réaliser les IVG médicamenteuses et supprime le délai de réflexion de sept jours entre la consultation d'information et la consultation de recueil du consentement.
- Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié définit les grands principes du dispositif (article R. 2212-9 à R. 2212-19 du Code de la santé publique).
- Le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 précise les modalités de mise en œuvre de l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification et les centres de santé.
- Le décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 apporte des informations sur la participation des assurées pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs pour les mineures.
- Le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 permet aux sages-femmes de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse.
- L'arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifie la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes afin de leur permettre la réalisation des IVG médicamenteuses.

- L'arrêté du 11 août 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse autorise le remboursement à 100 % de tout le parcours IVG.
- La circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 définit les modalités de mise en œuvre du dispositif IVG en ville : elle précise, à l'intention des établissements de santé et des médecins susceptibles de pratiquer des IVG en cabinet de ville, les modalités concrètes de réalisation concernant la signature des conventions, l'approvisionnement des médecins en médicaments, les règles à retenir en matière de qualification des médecins...
- La circulaire DHOS/E2/DGS/SD3A/2005/501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse procède à un rappel des spécialités autorisées dans l'indication de l'IVG.
- La lettre aux professionnels de santé de l'ANSM, en date du 18 octobre 2005, rappelle les conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol au cours de l'IVG (site Internet : www.anism.sante.fr).
- La circulaire DGS/MC1/DHOS/01/2009/304 du 6 octobre 2009 apporte des informations sur la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification et les centres de santé.



CONVENTION TYPE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ/MÉDECIN OU SAGE-FEMME DE VILLE OU CENTRE DE PLANIFICATION OU CENTRE DE SANTÉ

Entre l'établissement de santé..., sis..., et M. ou M^{me}..., médecin, dont le cabinet est situé...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis..., et M. ou M^{me}..., sage-femme, dont le cabinet est situé ...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le centre de planification ou d'éducation familiale, représenté par M. ou M^{me}...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le centre de santé, représenté par M. ou M^{me}...,

Ou

Entre l'établissement de santé..., sis... et le département, la commune de... ou la collectivité d'outre-mer de... pour le compte du centre de santé ou du centre de planification ou d'éducation familiale, il est convenu ce qui suit :

Art. 1^{er} – L'établissement de santé s'assure que le médecin ou la sage-femme participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11.

Le centre de santé ou le centre de planification ou d'éducation familiale signataire de la convention justifie de la qualification des médecins ou des sages-femmes concernés.

L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le cosignataire de la présente convention. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Art. 2 – En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin ou la sage-femme adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Art. 3 – Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin ou la sage-femme transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Art. 4 – L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Art. 5 – Le médecin ou la sage-femme qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse.

Le cosignataire de la présente convention adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse pratiquées.

Art. 6 – L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au cosignataire de la convention et à l'agence régionale de santé territorialement compétente ou, à Mayotte, à l'agence de santé de l'océan Indien, ou, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'administration territoriale de santé, ou, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, à l'agence de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

Art. 7 – La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment, par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Art. 8 – Une copie de la présente convention est transmise, pour information :

Par l'établissement de santé à l'agence régionale de santé dont il relève ou,
1° Pour Mayotte, à l'agence de santé de l'océan Indien ;
2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'administration territoriale de santé ;
3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, à l'agence de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin ;

Et

Par le médecin, au conseil départemental de l'Ordre des médecins, au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce ou,

1° Pour Mayotte, au conseil de l'Ordre de Mayotte pour les médecins, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial de l'Ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à défaut à la délégation qui en exerce les fonctions, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil de l'Ordre des médecins de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe ;

Ou par la sage-femme,

Au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes, au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle elle exerce ou,

1° Pour Mayotte, au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes de Mayotte, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial de l'Ordre des sages-femmes ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et pour Saint-Martin, au conseil de l'Ordre des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe ;

Ou par le centre de santé,

Selon le cas, au conseil départemental de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes, au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, selon le cas au conseil de l'Ordre de Mayotte pour les médecins ou au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, selon le cas, au conseil territorial de l'Ordre des médecins ou, à défaut, à la délégation qui en exerce les fonctions, ou au conseil territorial de l'Ordre des sages-femmes ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, selon le cas, au conseil de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe ;

Ou par le centre de planification ou d'éducation familiale,

Au conseil départemental, selon le cas au conseil départemental de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil départemental de Mayotte, selon le cas, au conseil de l'Ordre de Mayotte pour les médecins ou au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon, selon le cas, au conseil territorial de l'Ordre des médecins, ou, à défaut, à la délégation qui en exerce les fonctions ou au conseil territorial de l'Ordre des sages-femmes ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon;

3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil territorial de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, selon le cas, au conseil de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe;

Ou par la commune,

Au conseil départemental, selon le cas, au conseil départemental de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes, au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

1° Pour Mayotte, au conseil départemental de Mayotte, selon le cas, au conseil de l'Ordre de Mayotte pour les médecins ou au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte;

2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, selon le cas au conseil territorial de l'Ordre des médecins ou à défaut à la délégation qui en exerce les fonctions ou au conseil territorial de l'Ordre des sages-femmes, ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon;

3° Pour Saint-Barthélemy et pour Saint-Martin, au conseil territorial de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, selon le cas, au conseil de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe;

Ou par le conseil départemental,

Selon le cas au conseil départemental de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes, au conseil régional de l'Ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

Pour Mayotte, selon le cas au conseil de l'Ordre de Mayotte pour les médecins ou au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

Ou par le conseil territorial de la collectivité,

1° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, selon le cas, au conseil territorial de l'Ordre des médecins ou, à défaut, à la délégation qui en exerce les fonctions, au conseil territorial de l'Ordre des sages-femmes ou, à défaut, au préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

2° Pour Saint-Barthélemy et pour Saint-Martin, selon le cas, au conseil de l'Ordre des médecins ou des sages-femmes de la Guadeloupe, au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens et à la caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe.

**FICHE DE LIAISON
MÉDECIN – SAGE-FEMME / ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

I. Règles concernant la transmission des fiches de liaison

La signature d'une convention entre un établissement de santé et un médecin ou la sage-femme de ville ou un centre de planification ou un centre de santé s'accompagne d'une mise au point des modalités concrètes de transmission des fiches de liaison, permettant de garantir le respect du secret médical pour tous les actes réalisés.

La transmission des fiches suivra les règles générales préconisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), s'agissant de la transmission de données médicales nominatives. Ainsi, l'utilisation d'un fax sera assortie de la mise en place de mesures spécifiques (situation du fax dans un local réservé au personnel médical et paramédical, impression des messages subordonnée à l'introduction d'un code d'accès...). Par ailleurs, ces documents identifieront clairement le nom du service ou du praticien destinataire qui auront été mentionnés sur la fiche de liaison.

II. Modèle de fiche

Un exemplaire est remis à la patiente.

Une copie est transmise à l'établissement de santé après la prise des médicaments.



**FICHE DE LIAISON
MÉDECIN – SAGE-FEMME / ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

Date de la convention :

1^{re} partie : consultations comportant une prise de médicament

Médecin / Sage-femme : cachet

Nom de la patiente :

Prénom :

Âge :

Groupe Rhésus :

Tél. :

Date des dernières règles :

Terme (en semaines d'aménorrhée) :

Début de grossesse (date présumée) :

Métrorragies :

Dosage β hCG - date : Taux :
(résultat à joindre)

Et/ou

Échographie - date : Terme :
(compte rendu à joindre)

Antécédents gynéco-obstétricaux :

Grossesses :

FCS :

IVG : instrumentale

médicamenteuse

GEU:

Infections:

Autres:

Antécédents médico-chirurgicaux:

Cardio-vasculaires:

Tabac:

Traitements en cours:

Allergies:

Autres:

Examen clinique gynécologique:

Date de prise de la MIFÉPRISTONE

au terme de: SA

Date de prise du MISOPROSTOL:

Incompatibilité Rhésus -

date de l'injection d'immunoglobuline anti-D:

Date prévue pour la visite de contrôle:

2^e partie: consultation de contrôle

Médecin / Sage-femme: cachet

Nom de la patiente:

Prénom:

Date de naissance:

Date de la visite de contrôle:

Réussite de la méthode: oui / non

Date du dosage β HCGHG Taux:

Date de l'échographie: Résultat:

Nécessité d'un geste chirurgical :

Date:.....

Cause:

Lieu:

Nécessité d'un traitement médical complémentaire :

Date:.....

Cause:

Type de traitement:.....

Prescription d'une contraception :

LA SITUATION SPÉCIFIQUE DE LA FEMME MINEURE

1. La femme mineure doit demander cette intervention elle-même, en dehors de la présence de toute personne.

Le consentement du père ou de la mère (ou du représentant légal) à la pratique de l'IVG est la règle. Cependant, si la femme mineure veut garder le secret vis-à-vis de ses parents ou si ce consentement n'est pas obtenu, l'IVG est pratiquée à sa seule demande. Dans ces situations, elle se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Elle est conseillée sur ce choix :

- soit par la conseillère conjugale au cours de la consultation psychosociale préalable à l'IVG ;
- soit par le médecin ou la sage-femme au cours de la deuxième consultation préalable à l'IVG (recueil du consentement).

2. La **consultation psychosociale** est obligatoire entre la première consultation d'information et la consultation de recueil de consentement.

3. Un **délai de réflexion** de 48 heures est obligatoire entre la consultation psychosociale et la consultation de recueil de consentement.

4. Les mineures, pour lesquelles le consentement parental à l'IVG n'a pas pu être recueilli, bénéficient pour cet acte d'un dispositif légal de **prise en charge** anonyme et gratuite. Le médecin ou la sage-femme transmet la feuille de soins anonymisée (utilisation du NIR spécifique anonyme IVG) de la patiente à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement de santé avec lequel il a passé convention. Au vu de cette feuille de soins, la caisse d'assurance maladie verse au médecin ou la sage-femme le montant du forfait IVG. Ces modalités s'appliquent également aux actes connexes (notamment les analyses de biologie médicale et échographique) et à la première consultation médicale préalable (cf. circulaire CNAM/CIR-49/2003 du 24 mars 2003).

LE TARIF FORFAITAIRE IVG

I. Document à destination des médecins et des sages-femmes

Les frais relatifs à l'avortement à proprement parler sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Depuis le 1^{er} avril 2016, l'ensemble des examens associés à l'IVG sont intégralement remboursés par l'assurance maladie.

1. Coût de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville

L'IVG médicamenteuse en médecine de ville (cabinet médical, centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale) est remboursée par l'assurance maladie à 100 %, avec des tarifs fixés par arrêté pour chaque étape.

Le médecin ou la sage-femme qui réalise l'ensemble d'une IVG facture chacune de ses étapes, pour une rémunération forfaitaire qui représente entre 187,92 € et 193,16 €.

Le prix de l'IVG comprend :

- la consultation médicale de remise de consentement, préalable à l'IVG. Cette consultation peut être remboursée à 100 % en ville, même si l'IVG est ensuite réalisée à l'hôpital ;
- les deux consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments et la consultation médicale de contrôle (au cours de laquelle le médecin ou la sage-femme peut choisir de réaliser un contrôle par échographie) ;
- l'éventuelle injection d'anticorps anti-D pour les femmes dont le rhésus sanguin est Rh-négatif.

Code prestation	Libellé	Tarifs
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	25,00 €
FHV	Forfait consultations de ville	50,00 €
FMV	Forfait médicaments de ville	87,92 €
IC ou ICS	Consultation de contrôle : – sans échographie de contrôle ultérieure	25,00 €
ou IVE	– avec échographie de contrôle ultérieure	30,24 €

Le forfait global est découpé en trois phases pour le médecin ou la sage-femme : recueil de consentement, réalisation de l'IVG, consultation de contrôle. Ce découpage en trois phases offre une souplesse supplémentaire pour la facturation lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel ; pour autant, il n'a pas d'incidence sur la facturation, qui peut être faite en une seule fois.

2. Coût des examens réalisés en ville

Depuis le 1^{er} avril 2016, les coûts associés aux examens nécessaires à la réalisation d'une IVG peuvent être intégralement pris en charge en ville. Ces examens font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin ou d'une sage-femme.

La prescription d'analyses biologiques pré- et post-IVG ou d'une échographie pré- ou post-IVG doit mentionner les codes prestation figurant dans la colonne de gauche du tableau ci-dessous, afin de permettre aux biologistes et radiologues d'identifier la réalisation de ces prestations dans un parcours IVG et de facturer ces dernières via les forfaits pris en charge à 100 % par l'assurance maladie :

Code prestation	Examens concernés	Tarifs
FPB	Analyses biologiques pré-IVG	69,12 €
FUB	Contrôles biologiques post-IVG	17,28 €
IPE	Vérification échographique pré-IVG	35,65 €

Le médecin ou la sage-femme pourra également facturer, lors de la consultation de contrôle après l'IVG, une échographie de contrôle (consultation et échographie = 30,24 €).

IVE	Échographie de contrôle	30,24 €
-----	-------------------------	---------

Les laboratoires de biologie médicale et d'imagerie ne peuvent pas pratiquer de dépassement tarifaire sur ces actes.

Rappel : tous les examens de biologie prescrits par le médecin ou la sage-femme, et liés à l'IVG, sont inclus dans ces forfaits. Pour mémoire, les examens suivants doivent être réalisés de façon systématique, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé :

- trois examens de biologie médicale sont réalisés de façon obligatoire dans les semaines précédant l'interruption de grossesse : dosage des béta-hCG, analyse du groupe rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières en cas de rhésus D négatif ;
- le dosage des béta-hCG est réalisé à titre de contrôle, à l'issue de l'interruption volontaire de grossesse.

3. Cas particuliers

L'IVG est prise en charge à 100 % dans le cadre d'un tarif forfaitaire avec dispense totale d'avance de frais pour :

- les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental ;
- les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire ;
- les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME).

Par ailleurs, comme c'est le cas aujourd'hui, la **jeune femme mineure bénéficie des conditions de facturation anonymes** aux caisses de sécurité sociale, d'ores et déjà applicables, (article D. 132-3 du Code de la sécurité

sociale). Les dispositions de la circulaire Cnam-TS 49/2003 du 24 mars 2003 s'appliquent: le médecin de ville ou la sage-femme utilise une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique (2 55 55 55 + code caisse + 030). La facturation électronique est exclue dans ce seul cas de figure.

II. Document à destination des radiologues

1. Ce que change le nouveau mode de tarification de l'interruption volontaire de grossesse

L'ensemble des examens associés à l'IVG sont désormais pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. En ville, il s'agit essentiellement des investigations biologiques et échographiques avant et après l'IVG.

Le médecin ou la sage-femme peut prescrire des analyses biologiques pré- et post-IVG ou une échographie pré- ou post-IVG, et les identifier en marquant les codes ci-dessous sur sa prescription. Dans ce cas, les forfaits pris en charge à 100 % par l'assurance maladie doivent être facturés. Ces examens peuvent être facturés en ville, même si la femme est ensuite réorientée vers l'hôpital pour la réalisation de l'IVG.

Code prestation	Libellé (au regard de l'arrêté)	Tarifs à partir du 1 ^{er} avril 2016
IPE	Vérification échographique pré-IVG	35,65 €
IVE	Échographie de contrôle	30,24 €

2. Examen de contrôle : à quoi correspond la somme forfaitaire de 30,24 € ? Comment va être codé et facturé un tel acte ?

La somme forfaitaire de 30,24 € a vocation à permettre de financer la réalisation de l'échographie de contrôle, que celle-ci soit réalisée par un médecin ou une sage-femme au cours de la consultation de contrôle, ou par un échographe.

Si cette échographie de contrôle est réalisée par le médecin ou une sage-femme au cours de la consultation de contrôle, le tarif (30,24 €) est décompté à la place de celui de la consultation de contrôle (25 €) dans le forfait qui est versé au médecin ou à la sage-femme à l'issue de la réalisation de l'IVG. Si cette échographie de contrôle est réalisée dans un cabinet d'imagerie médicale, le forfait de 30,24 € est directement facturé par le cabinet.

3. Comment la prise en charge de ces actes va-t-elle apparaître sur les relevés individuels de la CPAM ? Le tiers payant sera-t-il possible ?

Les actes nécessaires à une IVG sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie et seul le libellé « Forfait médical » apparaîtra sur les relevés de remboursement que recevront les assurées, ou, dans le cas de patientes mineures, leurs ouvrants droits.

Par ailleurs, comme c'est le cas aujourd'hui, en l'absence de consentement parental, le professionnel de santé doit obligatoirement dispenser la jeune femme mineure de l'avance des frais relatifs à une IVG.

Dans les autres cas, que la femme soit majeure ou mineure, elle peut bénéficier du tiers payant à l'initiative du professionnel de santé. Ce bénéfice deviendra obligatoire et donc systématisé avec la généralisation du tiers payant à compter du 30 novembre 2017.

III. Document à destination des biologistes

1. Ce que change pour vous le nouveau mode de tarification de l'interruption volontaire de grossesse

L'ensemble des examens associés à l'IVG sont désormais pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. En ville, il s'agit essentiellement des investigations biologiques et échographiques avant et après l'IVG.

Le médecin ou la sage-femme peut prescrire des analyses biologiques pré- et post-IVG ou une échographie pré- ou post-IVG, et les identifier en marquant les codes ci-dessous sur sa prescription. Dans ce cas, les forfaits pris en charge à 100 % par l'assurance maladie doivent être facturés. Ces examens peuvent être facturés en ville, même si la femme est ensuite réorientée vers l'hôpital pour la réalisation de l'IVG.

Code prestation	Libellé (au regard de l'arrêté)	Tarifs à partir du 1 ^{er} avril 2016
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	69,12 €
FUB	Contrôles biologiques ultérieurs	17,28 €

2. Comment seront identifiés les examens de biologie aux femmes ?

Le code de facturation sera indiqué par le médecin ou la sage-femme lors de la prescription.

3. Les examens biologiques nécessaires n'étant pas cités, tous les examens réalisés selon la situation clinique de la patiente sont-ils pris en charge ?

Trois examens de biologie médicale sont réalisés de façon obligatoire dans les semaines précédant l'interruption de grossesse, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé : dosage des β -hCG, analyse du groupe rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières en cas de rhésus D négatif.

Le dosage des β -hCG est réalisé à titre de contrôle, à l'issue de l'interruption volontaire de grossesse.

Les forfaits de biologie ont vocation à couvrir l'intégralité des frais associés à ces examens qui sont réalisés de façon systématique et directement liés à la réalisation de l'IVG.

4. Comment la prise en charge de ces actes va-t-elle apparaître sur les relevés individuels de la CPAM ?

Les actes nécessaires à une IVG sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie et seuls les libellés « Investigation biologiques préalables à l'intervention » et « Contrôles biologiques ultérieurs » apparaîtront sur les relevés de remboursement que recevront les assurées, ou, dans le cas de patientes mineures, leurs ouvrants droits.

Par ailleurs, comme c'est le cas aujourd'hui, en l'absence de consentement parental, le professionnel de santé doit obligatoirement dispenser la jeune femme mineure de l'avance des frais relatifs à une IVG.

De plus, les conditions de facturation anonymes aux caisses de sécurité sociale, d'ores et déjà applicables, demeurent valables (article D. 132-3 du Code de la sécurité sociale). Les dispositions de la circulaire Cnam-TS 49/2003 du 24 mars 2003 s'appliquent: le médecin de ville ou la sage-femme utilise une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique: 2 55 55 55 + code caisse + 030. La facturation électronique est exclue dans ce seul cas de figure.

Dans les autres cas, que la femme soit majeure ou mineure, elle peut bénéficier du tiers payant à l'initiative du professionnel de santé.

MÉMO PRATIQUE SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE



EN SAVOIR +

WWW.IVG.GOUV.FR