

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

Il convient de distinguer :

- l'interruption volontaire de grossesse, pour laquelle la seule décision de la femme intervient : des conditions de délais sont alors requises (avant la fin de la 12^{ème} semaine) et l'acte doit être pratiqué en milieu médical autorisé et après information de l'intéressée et recueil de son consentement ;
- l'interruption de grossesse pratiquée pour un motif médical dite IMG, décidée par la personne intéressée mais pratiquée sous réserve de l'attestation d'une indication médicale relevant des seuls praticiens (articles L.2213-1 et suivants du CSP).

Seul le 1^{er} cas est traité dans la présente fiche.

1. Textes de référence.

La réglementation concernant l'IVG a été instituée par la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (dite loi « Veil ») modifiée et actualisée par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 et l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

⇒ Code de la Sécurité sociale (CSS)

- [Article L132-1](#) (prise en charge des mineures non émancipées sans consentement parental)
- [Article L.321-1](#) (4^{ème} alinéa)
- [Article L322-3](#) (cas d'exonérations du ticket modérateur)
- [Article L.162-38](#)
- [Article R.322-1](#) (taux de ticket modérateur)
- [Articles D.132-1 à D.132-5](#) (prise en charge des IVG des mineures non émancipées, sans consentement parental)

⇒ Code de la Santé Publique (CSP)

- [Articles L.2212-1 à L.2212-11](#) (IVG avant la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse)
- [Articles R 2212-4 à R2212-19](#) (pratique des IVG dans les établissements de santé)
- [Article R 5132-4](#) (commande à usage professionnel de médicaments "destinés à la médecine humaine").

⇒ Arrêtés

- [Arrêté du 23 juillet 2004](#) relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse, modifié par arrêté du 4 avril 2008 et [arrêté du 4 août 2009](#)
- [Arrêté du 23 janvier 2008](#) relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé.

⇒ Circulaires

- [Circulaire CNAM n°49/2003 du 24 mars 2003](#) relative aux modalités de prise en charge des IVG des mineurs non émancipées, sans consentement parental et à la préservation de l'anonymat dans les circuits d'échanges.
- [Circulaire CNAM n°134/2004 du 15 novembre 2004](#) relative aux prix limites des soins, des forfaits et de la surveillance afférente aux IVG en établissement de santé.

2. Conditions d'admission.

Toute femme peut demander une IVG à un médecin, sans autorisation si elle est majeure.

Les IVG instrumentales doivent être pratiquées avant la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse (article L.2212-1 du CSP) et les IVG par voie médicamenteuse jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse (articles L.2212-2 et R.2212-10 du CSP).

Deux consultations médicales préalables sont obligatoires, pour toutes les femmes (majeures et mineures). Un délai de réflexion d'une semaine est obligatoire entre les deux.

⇒ La 1^{ère} consultation médicale préalable

- Outre l'examen clinique, le médecin sollicité doit **informer la patiente** des différentes méthodes d'IVG, des lieux de réalisation et des possibilités de choix dont elle dispose, des risques et des effets secondaires possibles.
- Il doit également lui **remettre un "dossier-guide"**, diffusé et actualisé chaque année par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ; ce dossier comporte un rappel des dispositions réglementaires applicables, les adresses des établissements autorisés à pratiquer ses IVG, la liste des établissements d'information, de consultation et de conseil familial, des centres de planification et d'éducation familiale...
- Le médecin doit proposer systématiquement, avant et après l'IVG, une **consultation** prévue à l'article L.2212-4 du CSP, **avec une personne qualifiée en conseil conjugal**, ou dans un établissement d'information et de conseil habilité (centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale...). Cet entretien est **facultatif pour les personnes majeures** mais **obligatoire pour les mineures**.

Un médecin n'est pas tenu de prendre en charge lui-même la demande d'IVG ; mais il doit, dans ce cas, en informer la patiente et l'orienter vers les praticiens susceptibles de réaliser cette intervention, que ce soit en établissement ou en médecine de ville.

A l'issue de cette consultation, le médecin remet à la patiente une attestation de consultation médicale.

⇒ La 2^{ème} consultation médicale préalable

Cette 2^{ème} consultation a lieu au moins une semaine après la 1^{ère} consultation. Ce délai peut être réduit à 48 heures si les démarches ont été entreprises tardivement et s'il y a risque de dépassement du délai légal de recours à l'intervention. Le médecin demande à la patiente l'attestation de première consultation médicale et établit une attestation de deuxième consultation médicale.

Si la patiente confirme sa demande, elle doit remettre au médecin son **consentement écrit**.

⇒ **Pour que l'IVG puisse être pratiquée**, la patiente doit remettre les documents attestant de la réalisation de ces démarches soit :

- **Pour les patientes majeures :**
 - **Les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin ;**
 - **La confirmation écrite de demande d'IVG.**

- **Pour les mineures non émancipées**, les procédures devant respecter l'anonymat (articles D.132-1 à D.132-5 du CSS) :
 - Les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin ;
 - La confirmation écrite de demande d'IVG ;
 - L'attestation de consultation psycho-sociale ;
 - Le consentement écrit de son père ou de sa mère (ou de son représentant légal) ; si la mineure désire garder le secret et ne veut pas que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés, elle doit se faire accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix (article L.2212-7 du CSP).

⇒ **Après l'intervention (instrumentale ou par voie médicamenteuse)**, une consultation de contrôle et de vérification de l'IVG doit avoir lieu entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour (que l'IVG ait été instrumentale ou médicamenteuse) ; à cette occasion, une nouvelle information sur la contraception est proposée.

3. Réalisation de l'acte médical.

L'IVG ne peut être **pratiquée que par un médecin** (article L.2212-2 du CSP).

3.1 Techniques possibles.

Deux techniques sont possibles en fonction de l'âge gestationnel de la patiente, celle-ci devant, dans la mesure du possible, pouvoir choisir la technique.

- **La technique chirurgicale** (dilatation du col et évacuation du contenu utérin par aspiration) ; elle peut être pratiquée jusqu'à la **fin de la 12^{ème} semaine de grossesse**, soit 14 semaines d'aménorrhée (article L.2212-1 du CSP) et doit avoir **obligatoirement lieu dans un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG**.
- **La technique médicale par voie médicamenteuse**. Elle peut être pratiquée jusqu'à la **fin de la 5^{ème} semaine de grossesse** soit au maximum 7 semaines d'aménorrhée (articles L.2212-2 et R.2212-10 du CSP), **soit en établissement de santé, soit en cabinet de ville** (cf. infra). Elle consiste à administrer deux médicaments différents, l'un interrompant la grossesse (mifépristone / mifégyne), l'autre provoquant les contractions et l'expulsion de l'embryon (misoprostol / gymiso), au cours de deux consultations différentes. Une consultation de contrôle doit ensuite intervenir afin de vérifier que la grossesse est bien interrompue.

3.2 Lieu de réalisation de l'IVG

L'IVG doit être réalisée :

⇒ soit dans un établissement de santé public ou privé, autorisé à pratiquer des IVG ;

soit hors d'un établissement de santé, dans le cadre d'une convention conclue entre un praticien (y compris les médecins salariés d'un établissement de santé non autorisé à pratiquer des IVG), un centre de santé, un centre de planification ou d'éducation familiale et un établissement de santé agréé ([cf. convention type annexe 22-1 du CSP](#)). Cette activité est assimilée à une activité "externe" et ne peut alors être pratiquée que par voie médicamenteuse et avec restriction des délais (jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse). Le médecin doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée.

4. Les tarifs.

Les prix sont fixés par arrêté ministériel.

4.1 Pour les établissements ex-DG.

Les interventions sont facturables sur la base d'un forfait.

⇒ 5 forfaits pour les IVG instrumentales :

- un forfait pour les IVG sans anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures (*code prestations IMD*),
- un forfait pour les IVG avec anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures (*code prestations AMD*),
- un forfait pour les IVG sans anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation comprise entre 12 et 24 heures (*code prestations IPD*),
- un forfait pour les IVG avec anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation comprise entre 12 et 24 heures (*code prestations APD*),
- un forfait pour 24 heures supplémentaires (*code prestations FJS*), facturable une seule fois. Il ne peut y avoir qu'un seul FJS.

Au-delà de 2 jours d'hospitalisation, soit à compter du 3^{ème} jour, l'IVG devient une **interruption de grossesse pratiquée pour motif médical (cf. L.2213-2 du CSP)** ; elle est alors prise en charge par l'assurance maladie sur la base du GHS correspondant au GHM décrivant le séjour si la patiente est assurée sociale et sur la base du tarif journalier de prestation si la patiente n'est pas assurée sociale.

Ces forfaits incluent les analyses de laboratoire préalables à l'IVG, l'anesthésie lorsqu'elle est pratiquée, l'intervention et la surveillance.

Ils excluent les deux consultations préalables et la consultation de contrôle, facturables en sus.

⇒ 1 forfait pour les IVG médicamenteuses.

Le forfait pour les IVG par mode médicamenteux comprend les différents temps de l'IVG médicamenteuse. Si l'IVG est effectuée à l'occasion de l'activité libérale des praticiens, il convient d'appliquer la ventilation des forfaits prévue pour les établissements privés ex OQN (cf. infra).

Ce forfait inclut les analyses de laboratoire préalables à l'IVG, les 2 consultations de remise des médicaments, la consultation de contrôle (vérification de l'interruption de grossesse, par analyse de biologie ou par échographie) et les médicaments administrés.

Il exclut les deux consultations préalables, facturables en sus.

4.2 Pour les établissements de santé privés ex-OQN :

⇒ **Les IVG instrumentales** : des prix limites des soins et des forfaits d'hospitalisation sont fixés pour chacun des items suivants :

- l'acte d'IVG,
- l'anesthésie générale,
- les investigations biologiques préalables à l'intervention,
- l'accueil et l'hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée :
 - soit égale ou inférieure à 12 h,
 - soit comprise entre 12 et 24 h,
 - soit pour 24 h supplémentaires.

⇒ **Les IVG par voie médicamenteuse** : des prix limites des soins et de la surveillance sont fixés pour :

- les investigations biologiques préalables à l'intervention,
- la consultation initiale comportant la prise de mifépristone,
- la consultation secondaire comportant l'administration de misoprostol et surveillance en établissement agréé,
- la consultation ultérieure de contrôle et vérification :
 - soit par méthode biologique
 - soit par méthode échographique.

4.3 Pour les médecins ou les centres de planification effectuant des IVG par voie médicamenteuse, dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (2^{ème} alinéa de l'article L.2212-2 du CSP).

Les interventions sont facturables sur la base d'un forfait incluant le prix TTC des médicaments, la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration des médicaments (mifépristone et misoprostol) et la dernière consultation de contrôle (article 4 de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'IVG). Les codes prestations sont :

- FHV : forfait honoraires de ville
- FMV : forfait médicaments de ville

La 1^{ère} consultation reste à la charge de la patiente.

5. Facturation des IVG.

5.1 Dans les établissements ex DG.

Depuis 2008, la valorisation des prestations d'IVG est effectuée sur la base des résumés de sortie standardisés (RSS) produits ; la conversion des RSS (résumés de sortie standardisés) en code prestations (AMD, IMD...) est automatiquement réalisée par MAT2A lors des opérations de valorisation d'activité.

L'IVG, y compris médicamenteuse, doit donc faire l'objet d'un résumé d'unité médicale (RUM) unique, quel que soit son type, et inclure toutes les étapes, de la consultation initiale jusqu'à la consultation de contrôle, en passant par la prise en charge de l'hospitalisation (cf. description des modalités détaillées du codage en annexe).

Pour les IVG médicamenteuses, par convention les dates d'entrée et de sortie doivent être égales à la date de la consultation de délivrance du médicament abortif, quel qu'ait été le déroulement réel de la prise en charge, qu'elle ne soit pas allée au-delà de la consultation de prise du médicament abortif ou qu'elle ait compris l'ensemble des étapes.

Les données de facturation doivent être transmises via VIDHOSP.

5.2 Dans les établissements ex-OQN, par assimilation, un RUM unique doit également être produit pour l'ensemble de ces étapes.

Les modalités de codage sont identiques à celles des établissements ex DG, la facturation à l'assurance maladie étant directe.

5.3 Cas particuliers (cf. modalités de codage dans l'annexe)

⇒ Les complications d'IVG.

Sont considérées comme complications d'IVG les infections génitales, hémorragies, embolies.... Un avortement incomplet (simple rétention de produits de conception), même en l'absence de complication de ce type, est également considéré comme une complication d'IVG.

Elles donnent lieu à facturation d'une prestation d'hospitalisation couvrant l'ensemble du séjour, sous forme d'un GHS correspondant au GHM ; forfait et GHS ne peuvent pas être cumulés.

⇒ Les échecs d'IVG.

On parle d'échec d'avortement devant une absence totale d'expulsion des produits de conception. Ce cas est généralement observé après une IVG médicamenteuse. Il conduit à pratiquer une IVG instrumentale après constat de la poursuite de la grossesse. Un nouveau rendez-vous est organisé, dans un délai rapproché du premier et une seconde prise en charge est donc réalisée.

Un nouveau RSS et la facturation d'un nouveau forfait d'IVG (instrumentale) par l'établissement sont autorisés.

⇒ La réalisation d'une IVG au cours d'une hospitalisation, sans rapport avec cette hospitalisation.

Elles donnent lieu à facturation d'un GHS correspondant au GHM (forfait et GHS ne peuvent pas être cumulés).

⇒ Le forfait journalier n'est pas facturable sauf dans les cas de complications d'IVG ou réalisation d'une IVG en cours d'hospitalisation.

6. Conditions de prise en charge des IVG.

6.1 Conditions de prise en charge des assurées sociales

Les frais liés aux IVG sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie :

⇒ à 80 % pour les patientes hospitalisées non mineures non émancipées¹ :

- assurées sociales et leurs ayants droit ;
- bénéficiaires de la couverture maladie universelle de base (CMU de base).

Les patientes qui veulent bénéficier du tiers payant doivent présenter, dès leur admission, des pièces justifiant de droits ouverts auprès d'un organisme de sécurité sociale (carte vitale ou attestation papier...).

Le ticket modérateur est pris en charge, soit

- par la patiente, par règlement au comptant le jour de l'intervention ou par son organisme complémentaire, s'il y a lieu (mutuelle et assurance) ;
- par la CPAM concernée, au titre de la CMU complémentaire, sur présentation de l'attestation CMU complémentaire ou de la Carte vitale ;

¹ Les IVG ne figurant pas dans les cas d'exonération du ticket modérateur énumérés à l'article L.322-3. Le TM est de 20% (sur la base du 2° de l'article R.322-1).

- ⇒ **à 100 % pour les mineures non émancipées sans consentement parental** pour lesquelles l'assurance maladie prend en charge l'intégralité des dépenses (article L.132-1 du CSS).

S'agissant des mineures non émancipées sans consentement parental, les procédures doivent **respecter l'anonymat** (articles D.132-1 à D.132-5 du CSS) ; aucune demande de paiement ne peut donc être présentée à l'intéressée et aucune identification de l'assurée ne doit être possible (les informations administratives du RUM ne doivent faire apparaître que l'année de naissance, le sexe et le n° d'hospitalisation).

Pour être remboursés, les établissements ex OQN doivent adresser, sous pli confidentiel, les documents nécessaires (factures pro-forma individuelles, bordereaux de facturation des soins et des hospitalisations afférents à l'IVG et comportant les éléments justifiant l'ouverture des droits), au contrôle médical de la CPAM dans le ressort de laquelle ils sont implantés ou dont relève la patiente. Le contrôle médical procède à leur anonymisation et les transmet aux services administratifs à fin de règlement. **Ce dispositif sera applicable aux établissements publics de santé lors de la mise en place de la facturation directe** ; actuellement, l'anonymisation des données de facturation est de fait avec MAGIC ² et les informations du RSS relatives à l'identité de la patiente se limitent à l'année de naissance, au sexe, et au numéro d'hospitalisation pour les patientes ayant demandé l'anonymat.

- ⇒ **à 70% pour les patientes prises en charge par le médecin salarié d'un établissement de santé ex DG**, ne disposant pas d'un service autorisé à pratiquer les IVG et ayant passé convention avec un établissement agréé. Cette activité est en effet assimilée à une activité externe (cf .supra point 3).
- ⇒ **Les assurées sociales de nationalité étrangère ne sont pas prises en charge** par les organismes d'assurance maladie dans le cadre des conventions internationales. Par conséquent, ces frais d'intervention doivent être réglés en totalité par la patiente le jour de son admission à l'hôpital, à charge pour elle d'en demander le remboursement à l'organisme dont elle relève.

6.2 Conditions de prise en charge des non assurées sociales

Les IVG sont prises en charge à 100% :

- Soit par l'aide médicale de l'Etat (AME), si la patiente en est bénéficiaire et dans la limite des tarifs de responsabilité de sécurité sociale ; si la personne ne bénéficie pas de l'AME et si les conditions de résidence en France et de ressources sont remplies, le service social doit établir une demande d'AME (cf fiche AME) ;
- Soit par la patiente elle-même.

² Le logiciel MAGIC (module d'anonymisation et de gestion des informations de chaînage) permet la génération irréversible, par hachage du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe des malades (fichier VID-HOSP), d'une clé de chaînage (cf. circulaire DHOS-PMSI n°106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissement hospitalier).

ANNEXE TECHNIQUE

« Production de l'information médicale concernant les IVG » Extrait du guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale en MCOO

« 6.1 CODAGE DES IVG »

6.1.1 IVG non compliquée

Le codage associe un code de la catégorie O04 de la CIM-10 (Avortement médical) en position de diagnostic principal (DP) et le code Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée en position de diagnostic associé (DA). L'acte enregistré est, selon le cas,

- JNJD002 : Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse
- ou bien JNJP001 Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre de la grossesse.

Dans le cas de l'IVG médicamenteuse, on rappelle qu'un résumé d'unité médicale (RUM) unique doit être produit. Il doit mentionner par convention des dates d'entrée et de sortie égales à la date de la consultation de délivrance du médicament abortif, quel qu'ait été le déroulement réel de la prise en charge (se reporter au point 1.2 du chapitre I).

6.1.2 IVG compliquée

6.1.2.1 Lorsqu'une complication survient au cours du séjour même de l'IVG, celle-ci est codée par le quatrième caractère du code O04. Le cas échéant, un code de la catégorie O08 Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire en position de diagnostic associé peut identifier la nature de la complication (CIM-10, volume 2 p. 123).

6.1.2.2 Lorsqu'une complication donne lieu à une réhospitalisation après le séjour d'IVG, deux cas doivent être distingués :

- s'il s'agit d'un avortement incomplet, avec rétention simple ou compliquée de produits de la conception :
 - o le codage du DP utilise la catégorie O04 ; le quatrième chiffre précise le caractère simple de la rétention (.4), ou identifie la nature de la complication (.0, .1, .2, ou .3),
 - o l'acte enregistré est JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement ;
- s'il s'agit d'une complication autre qu'un avortement incomplet :
 - o le DP est un code de la catégorie O08 Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire,
 - o l'acte ou les actes enregistrés sont ceux réalisés pour le traitement de la complication.

Dans les deux cas, rétention ou autre complication, le code Z64.0 ne doit pas figurer dans le RUM.

6.1.3 Échec d'IVG

On parle d'échec d'IVG devant le constat d'une poursuite de la grossesse. Ce cas est généralement observé après une IVG médicamenteuse. Il conduit à pratiquer une IVG instrumentale. Le RUM doit être codé comme suit :

- le DP est un code de la catégorie O07 Échec d'une tentative d'avortement ;
- le code Z64.0 est porté en position de DA ;
- l'acte enregistré est JNJD002 Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse.