https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dasrv-3dsssdf-n-97-319-du-29-avril-1997-relative-a-la-gestion-par-les-organismes-dassurance-maladie-des-prises-en-charge-dinterruptions-volontaires-de-grossesse-au-titre-de-l/
Circulaire DAS/RV 3/DSS/SDF n° 97-319 du 29 avril 1997 relative à la gestion par les organismes d'assurance maladie des prises en charge d'interruptions volontaires de grossesse au titre de l'aide médicale Etat
29/04/1997
La nomenclature du chapitre 46-23 (dépenses d'aide sociale obligatoire) connaît une modification dans la loi de finances initiale pour 1997.
L'article 21 (aide médicale en matière d'interruption volontaire de grossesse) est supprimé. Les 7 MF figurant sur cette ligne sont rattachés à l'article 80 nouveau (aide médicale), qui, compte tenu par ailleurs d'une mesure nouvelle de 109,4 MF, est doté de 807 MF au total.
Cette modification de la nomenclature permet de rendre effective en 1997 la gestion de l'aide médicale au titre des interruptions volontaires de grossesse par les organismes d'assurance maladie relevant des caisses nationales signataires de la convention nationale relative à l'aide médicale Etat en date du 9 mai 1995. Pour les personnes assurées d'autres régimes (étudiants, par exemple), la décision de prise en charge du ticket modérateur de la prestation d'IVG par l'aide médicale Etat reste de la compétence du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, selon la procédure antérieure.
L'article 45-3 du

décret n° 54-883 du 2 septembre 1954
, modifié notamment par le décret n° 93-648 du 26 mars 1993, prévoit que : 'Lorsqu'une demande d'aide médicale concerne exclusivement la prise en charge des frais de soins et d'hospitalisation afférents à une interruption volontaire de grossesse, la décision est dans tous les cas prise par le préfet dans les conditions fixées par les articles 41-2, 41-4 et 45-6'.
La présente circulaire a pour objet de préciser les adaptations qui doivent être apportées à ces dispositions réglementaires, compte tenu de la délégation de gestion de l'aide médicale Etat aux organismes d'assurance maladie.
Les dossiers comprenant la feuille de soins d'assurance maladie et la demande d'aide médicale, tendant à obtenir la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, sont reçus par le contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie.
L'organisme d'assurance maladie les examine, par ordre de priorité :
1. Au titre de l'assurance maladie,
2. Au titre de l'aide médicale.
1. La prise en charge par l'assurance maladie
1.1. Etendue de la prise en charge
Conformément à l'article L. 321-1 (4°) du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie prend en charge les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) non thérapeutique, pratiquée dans les conditions prévues par le code de la santé publique. L'Etat rembourse aux organismes d'assurance maladie, dans les limites fixées chaque année par les lois de finances, les dépenses qu'ils supportent au titre de la part garantie des frais d'IVG exposés par des assurés sociaux (art. L. 132-1 dudit code).
La prise en charge de l'intervention par les caisses d'assurance maladie obéit aux règles générales de couverture des frais d'hospitalisation. La part prise en charge par la sécurité sociale est de 80 % (régime général).
Pour cette prise en charge, les prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse sont strictement tarifées. L'arrêté de tarification actuellement applicable est celui du 14 janvier 1991 relatif aux prix des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse publié au Journal officiel du 8 février 1991.
Les prix indiqués sont des prix plafonds qui ne doivent pas être dépassés.
1.2. Procédure de respect de l'anonymat
La circulaire en date du 24 mars 1983 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a fixé les conditions d'application du dispositif pour les organismes du régime général. Elle a notamment précisé la procédure particulière qui doit être mise en oeuvre pour permettre le respect de l'anonymat.
Pour identifier l'organisme de prise en charge, l'établissement d'hospitalisation se réfère à la carte d'immatriculation.
Il adresse sous pli confidentiel au contrôle médical, correspondant obligatoire des établissements :
- les factures individuelles ne comportant aucune information relative à l'assuré(e) ainsi qu'à la bénéficiaire ;
- les bordereaux de facturation des soins et des hospitalisations afférents à l'interruption volontaire de grossesse, prévus par ladite circulaire, sur lesquels ont été reportés les éléments justifiant l'ouverture des droits (carte d'assuré social, attestation annuelle, bulletins de paie).
Ce pli confidentiel comportera, en outre, la demande d'aide médicale Etat pour la prise en charge de la part non couverte par l'assurance maladie.
Afin d'éviter tout risque de rupture de la confidentialité, les procédures d'affiliation provisoire ou d'affiliation obligatoire au régime de l'assurance personnelle, instituées respectivement par les articles L. 161-15-2 et L. 741-3-1 du code de la sécurité sociale, ne doivent jamais être mises en oeuvre à l'occasion d'une demande de prise en charge de soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG, si l'intéressée a souhaité préserver le secret.
Après contrôle par le service médical de la prise en charge par l'assurance maladie, la caisse procède immédiatement à l'examen de l'admission à l'aide médicale Etat de la part des frais exposés non garantie par l'assurance maladie avant de transmettre au service administratif les factures individuelles anonymes pour remboursement des établissements.
2. La prise en charge par l'aide médicale Etat
2.1. Etendue de la prise en charge
L'intervention de l'aide médicale est subsidiaire à celle de l'assurance maladie. Pour les personnes dont les ressources sont insuffisantes, elle couvre les dépenses qui ne sont pas prises en charge par celle-ci, dans la limite des 'tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie', conformément à l'article 188-1 (1°) du code de la famille et de l'aide sociale.
Indépendamment des conditions fixées par le code de la santé publique (art. L. 162-11) pour l'autorisation de l'IVG, la prise en charge de celle-ci par l'aide médicale relève du 3° de l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale : 'aide médicale en cas de soins dispensés par un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion (...)'. Cette prise en charge est subordonnée à la condition de résidence en France instituée par l'article 124 dudit code.
2.2. Conditions de la prise en charge
L'admission à l'aide médicale pour une IVG obéit aux règles générales de l'aide médicale :
- admission de plein droit pour les bénéficiaires du RMI et les personnes qui justifient de ressources inférieures au montant de cette allocation (art. 41-2 du décret du 2 septembre 1954 modifié le 26 mars 1993) ;
- admission en opportunité si l'application du barème fixé par ledit article 41-2 ne permet pas au demandeur d'être admis de plein droit.
Compte tenu de l'urgence qui s'attache toujours à ces demandes, les prises en charge d'IVG par l'aide médicale, y compris les prises en charge en opportunité, doivent faire l'objet d'admissions immédiates, au sens de l'article 189-7 du code de la famille et de l'aide sociale, par décision de la caisse d'assurance maladie, notifiées pour information, sous pli confidentiel, au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, et sans notification au domicile de l'intéressée.
Selon le principe des admissions immédiates instituées par l'article 8 de la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992, ces décisions sont prises après une instruction allégée sur la base des pièces indispensables pour justifier l'insuffisance des ressources (cf. paragraphe 415-1 de la circulaire n° 93-07 du 9 mars 1993 relative à l'aide médicale).
Pour le contrôle des ressources, l'organisme d'assurance maladie a la possibilité de s'adresser directement, soit aux administrations fiscales, soit aux organismes d'allocations familiales.
Il ne doit jamais être procédé à des enquêtes au domicile de l'intéressée. Une part importante des personnes concernées bénéficiant déjà de l'aide médicale du département, la simple confirmation de cette prise en charge par les services du conseil général suffit à l'organisme d'assurance maladie pour prononcer la décision de prise en charge par l'aide médicale Etat de la part des dépenses d'IVG non couverte par l'assurance maladie.
Dans ces contacts avec les autres administrations, l'organisme d'assurance maladie ne doit pas, en général, mentionner aux services la nature de cette prestation d'aide médicale, afin de respecter le secret demandé. Lorsque cette mention est utile à la prise en charge de l'IVG, comme c'est le cas auprès des services du conseil général gérant le dossier d'aide médicale départementale de l'intéressée, il est rappelé que ces échanges d'informations sont protégés par le secret professionnel, en application de l'article 135 du code de la famille et de l'aide sociale qui prévoit que 'toute personne appelée à intervenir dans l'instruction, l'attribution ou la révision des admissions à l'aide sociale (...)' est tenue 'au secret professionnel dans les termes des articles 226-13 et 226-14 du code pénal' et passible des peines prévues aux-dits articles.
Il est rappelé que la circulaire n° 83-17 en date du 10 mai 1983 du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale a recommandé que la prise en charge d'aide médicale de l'IVG soit prononcée en réduisant au minimum les investigations, notamment dans les cas des femmes ayants droit de leur conjoint et des jeunes femmes de dix-huit à vingt ans ou jeunes mineures ayants droit d'un assuré social mais désirant garder le secret. Cette circulaire a accepté que les pièces justificatives des ressources ne soient pas exigées des personnes désirant préserver le secret, si la production de ces documents risque de le mettre en péril.
De même, s'il arrive que dans certaines situations particulières de personnes assurées sociales, la prise en charge par l'assurance maladie risque de porter préjudice à la confidentialité souhaitée par l'intéressée, malgré le respect de la procédure d'anonymat rappelée ci-dessus qui doit être observée par la caisse, le directeur de celle-ci peut exceptionnellement proposer au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales une prise en charge intégrale par l'aide médicale.
2.3. Le règlement des frais
L'article 190-1 du code de la famille et de l'aide sociale qui répartit les dépenses d'aide médicale entre les départements et l'Etat en fonction de la résidence du bénéficiaire n'est pas applicable aux dépenses d'IVG. La part de celles-ci imputable à l'aide médicale est à la charge exclusive de l'Etat conformément aux dispositions du 5 de l'article 35 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences.
L'organisme d'assurance maladie assure pour toutes les bénéficiaires de l'aide médicale le paiement de l'intégralité des dépenses de l'intervention, y compris l'avance de la part incombant à l'aide médicale Etat, conformément aux dispositions des a) et b) du 2) de l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale mentionnées à l'article 1 (paragraphe 2, gestions des paiements) de la convention nationale de gestion de l'aide médicale Etat du 9 mai 1995. Il assure de même le paiement de l'intégralité des dépenses incombant à l'aide médicale de l'Etat pour les personnes non assurées sociales, ces dépenses devant lui être intégralement remboursées par l'aide médicale Etat dans les conditions prévues par la convention nationale du 9 mai 1995.
Les hospitalisations n'ayant pas forcément lieu dans un établissement hospitalier du département où la personne a son domicile, il convient de retenir l'organisation suivante pour la transmission des dossiers comprenant la feuille de soins et la demande d'aide médicale.
a) Les dossiers des personnes dont l'organisme d'assurance maladie est clairement identifié sont adressés par les établissements hospitaliers directement à ce dernier.
La DDASS du département où est situé l'organisme concerné est compétente pour assurer le financement de la part incombant à l'aide médicale Etat.
b) Dans tous les autres cas, lorsque des droits ouverts auprès d'un organisme d'assurance maladie ne peuvent pas être identifiés immédiatement, le dossier est transmis à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation géographique de l'établissement, à charge pour celle-ci de rechercher l'organisme d'assurance maladie concerné et de lui transmettre la demande, ou à défaut d'identification de droits ouverts à l'assurance maladie de l'instruire au titre de l'aide médicale.
La DDASS du département de la caisse primaire d'assurance maladie qui instruit la demande et prend la décision est compétente pour le financement de l'aide médicale.
En résumé, les deux éléments pour déterminer le service déconcentré de l'Etat financièrement compétent pour l'aide médicale en matière d'IVG sont par ordre de priorité :
1° L'organisme assurant la prise en charge d'assurance maladie, l'implantation géographique de celui-ci désignant la direction départementale compétente.
2° A défaut de droits ouverts à l'assurance maladie, l'implantation géographique de l'établissement.
Lorsque l'organisme d'assurance maladie ne relève pas de l'une des caisses nationales signataires de la convention du 9 mai 1995, la demande de prise en charge du ticket modérateur par l'aide médicale Etat n'est pas adressée au contrôle médical dudit organisme mais à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, conformément à la procédure antérieure.
Enfin, en ce qui concerne l'état récapitulatif par nature de prestations et par bénéficiaires des dépenses d'aide médicale qui doit être fourni au 31 mars de chaque année par le directeur de la caisse en application de l'article 16 de la convention nationale du 9 mai 1995, les dépenses afférentes aux IVG seront simplement énumérées par personne concernée sans mentionner le nom des bénéficiaires, si cet anonymat est jugé préférable pour préserver la confidentialité de l'ensemble des interventions concernées.
Les présentes instructions devront être diffusées par vos soins aux organismes d'assurance maladie et aux établissements concernés.
Les questions soulevées par les prises en charge d'aide médicale en matière d'IVG ainsi que les difficultés qui surgiraient à l'occasion du transfert de leur gestion aux organismes d'assurance maladie sont à soumettre au bureau RV 3 de la direction de l'action sociale (tél. : 01-44-36-96-75).
Le ministre du travail et des affaires sociales Direction de l'action sociale Direction de la sécurité sociale Service des droits des femmes.
Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ; Monsieur le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.
Texte non paru au Journal officiel.