

TARIFICATION DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Toute femme enceinte, y compris mineure, qui ne souhaite pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou une sage-femme l'interruption de sa grossesse¹.

Cet acte fait partie des exceptions au parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire qu'il est possible, pour la patiente, de consulter un professionnel autre que son médecin traitant.

L'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un forfait fixé par décret². Ainsi, aucun dépassement d'honoraire ou d'avance de frais ne sont possibles tout au long du parcours.

Ce forfait comprend³ :

- La consultation médicale de remise de consentement, préalable à l'IVG. Cette consultation est remboursée à 100 % en ville, même si l'IVG est ensuite réalisée à l'hôpital
- Les deux consultations médicales de prise des médicaments
- La délivrance des médicaments
- La consultation médicale de suivi (au cours de laquelle le médecin ou la sage-femme peut choisir de réaliser un suivi par échographie)
- Les investigations biologiques préalables à l'IVG recommandées par la HAS (incluant le dépistage des IST)

L'ensemble des examens associés à l'IVG sont eux aussi intégralement remboursés : les laboratoires de biologie médicale et centres d'imagerie ne peuvent donc pratiquer de dépassement tarifaire sur ces actes. Cela s'apparenterait à un refus de soins et serait passible de sanction⁴.

La prescription de ces examens doit préciser le code de prestation et la prise en charge à 100%⁵.

La prise en charge de l'IVG est par ailleurs assortie d'une dispense totale d'avance de frais⁶ (tiers-payant) pour :

- Toutes les femmes assurées sociales
- Les mineures qui sont ayants-droits d'un assuré social ou d'une assurée sociale
- Les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME)

Si l'anonymat de l'IVG est demandé par la patiente, alors cet anonymat est garanti grâce à la prise en charge à 100% du forfait et grâce à l'absence de décompte de remboursement lié à l'IVG envoyée à la patiente.

Si la garantie d'anonymat n'est pas possible, le professionnel doit en informer la patiente dès la première consultation préalable et l'orienter vers un établissement de santé susceptible de pratiquer l'IVG médicamenteuse, dans le respect de l'anonymat et dans les délais requis.

En cas d'échec d'avortement (absence totale d'expulsion des produits de conception) il est nécessaire de pratiquer une IVG instrumentale après constat de la poursuite de la grossesse.

La facturation d'un nouveau forfait d'IVG par l'établissement est autorisée dans les mêmes conditions (prise en charge à 100% et anonymat)⁷.

1 Article L. 2212-1 et L. 2212-2 du Code de la santé publique
2 <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg>
3 Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse
4 Article L110-3 du Code de la Santé Publique
5 <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/ivg-medicamenteuse>
6 Article 63 de la loi n°2020-1576 du 14/12/2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, parue au Journal officiel du 15 décembre 2020
7 https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2024/10/Fiches-de-codage-PMSI-en-perinatalite_Sept2024.pdf