

LES 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 Les 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.

Deux arrêtés, l'un du 23 juillet 2004 et l'autre du 4 avril 2008 portant modification du premier sont relatifs aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

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.
- [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) :
 - o Les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin ;
 - o La confirmation écrite de demande d'IVG ;
 - o L'attestation de consultation psycho-sociale ;
 - o 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).

▶ **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.

▶ **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 inférieure ou égale à 12 heures (*code prestations IMD*),
- un forfait pour les IVG avec anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation inférieure ou égale 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 (*code prestations AMF*) 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.

➤ 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 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).

Les données de facturation doivent être transmises via VIDHOSP.

Cas particulier : les IVG médicamenteuses pratiquées 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 (R.2212-9 du CSP) sont considérées comme réalisées dans le cadre d'une activité externe et doivent faire l'objet d'un RSF-ACE et non d'un RSS.

➤ 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.

➤ 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 par l'assurance maladie.

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

○ **à 80 % pour les patientes hospitalisées non mineures non émancipées** ¹ :

- 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 ;
- par l'aide médicale Etat (AME). 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 de l'établissement doit établir une demande d'aide médicale.

○ **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).

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).

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).

N.B. : 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.

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 dans les établissements de santé : production du RSS et impact sur les modalités de facturation

La réalisation d'une IVG dans un établissement de santé autorisé à pratiquer cette activité doit conduire à la production d'un RSS, quel que soit le type d'IVG réalisé et quels que soient les résultats de l'IVG. La prise en charge dans un établissement non autorisé (IVG médicamenteuse au titre de l'activité "externe") donne lieu à la production d'un RSF-ACE. (Voir point 3 ci-dessous)

Le codage du RSS (cas le plus fréquent) varie en fonction des modalités de l'IVG et de ses résultats. Les différents codages conduisent à des modalités de facturation différentes.

Deux types de situation doivent être décrits pour préciser ces modalités de facturation :

► Facturation d'une (première) prise en charge d'IVG :

C'est le cas le plus fréquent. L'élément déterminant pour la facturation est la durée de séjour : seules sont facturées au moyen d'un forfait IVG, les IVG dont la durée de séjour est inférieure à 3 jours (DS<3). Au delà de 3 jours, la prise en charge pour IVG est considérée comme compliquée. La complication d'IVG avec DS égale ou >3 jours est alors une prestation d'hospitalisation dont le financement s'effectue conformément au financement des autres prestations de séjours et de soins nécessitant une hospitalisation, donc au moyen d'un GHS. Dans ce cas, il n'y a pas cumul de forfait et GHS.

► Facturation d'une deuxième prise en charge pour IVG :

L'élément déterminant pour la facturation est la cause de cette deuxième prise en charge : il peut s'agir soit d'un échec soit d'une complication de la première IVG réalisée.

- L'échec d'IVG donne lieu à facturation d'une nouvelle IVG, selon les mêmes modalités que la première.
- La complication d'IVG donne lieu à facturation d'une prestation d'hospitalisation, sous forme de GHS.

1. Facturation de la prise en charge d'IVG

► IVG avec DS < 3 jours

Codage du RSS :

Les règles de codage sont décrites ci-dessous, mais en préalable, et dans tous les cas de figure, il est rappelé que lorsque la patiente a demandé l'anonymat (et systématiquement dans le cas des mineures non émancipées), 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.

Informations administratives :

Nota : DSo = date de sortie ; DE = date d'entrée

Par définition, DSo < DE+3

Précision : s'agissant des IVG médicamenteuses, par convention, DSo = DE

Informations médicales :

- Le diagnostic principal (DP) est un code de la catégorie O04 (avortement médical) de la *Classification internationale des maladies-10^e révision – CIM-10 –*.
- Le code Z64.0 *Difficultés liées à une grossesse non désirée* est porté en position de diagnostic associé (DA).

- Le codage de l'acte se fait en fonction de ce qui a été réalisé, en utilisant la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM). Le codage des actes d'IVG utilise les codes suivants :

JNJP001 *Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre de la grossesse*

JNJD002 *Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse*

Groupage du RSS :

La version 11 de la classification des GHM comporte un GHM spécifique des IVG dans lequel sont groupés les seuls séjours pour IVG de durée < 3 jours :

GHM 14Z08Z : "IVG : séjours de moins de 3 jours".

Facturation de l'IVG :

Si le recueil d'information et le groupage des informations relatifs aux IVG sont identiques dans les ex-DG et les ex-OQN, les modalités de facturation diffèrent dans les deux secteurs d'hospitalisation.

o Pour les établissements ex-DG :

Les IVG de moins de 3 jours sont valorisées sur la base des forfaits décrits au point 4 de la fiche (le GHM 14Z08Z a un tarif égal à 0).

Depuis mars 2008, ils sont directement déterminés à partir du RSS, et continueront à l'être à compter de mars 2009 (mise en œuvre de la version 11 des GHM) selon la correspondance suivante :

1. [IVG de moins de 3 jours], avec une durée de séjour égale à 0 jour, sans acte d'anesthésie générale, et acte d'IVG instrumentale
 ☞ Correspond au forfait IMD : forfait pour une IVG sans AG, pour une durée égale ou inférieure à 12 heures
2. [IVG de moins de 3 jours], avec une durée de séjour égale à 0 jour, avec au moins un acte d'anesthésie générale, et un acte d'IVG instrumentale
 ☞ Correspond au forfait AMD : forfait pour une IVG avec AG, pour une durée égale ou inférieure à 12 heures
3. [IVG de moins de 3 jours], avec une durée de séjour égale à 1 jour, sans acte d'anesthésie générale, et acte d'IVG instrumentale
 ☞ Correspond au forfait IPD : forfait pour une IVG sans AG, pour une durée comprise entre 12 et 24 heures
4. [IVG de moins de 3 jours], avec une durée de séjour égale à 1 jour, avec au moins un acte d'anesthésie générale et acte d'IVG instrumentale
 ☞ Correspond au forfait APD : forfait pour une IVG avec AG, pour une durée comprise entre 12 et 24 heures
5. [IVG de moins de 3 jours], avec présence de l'acte **JNJP001** : Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre de la grossesse.
 ☞ Correspond au forfait AMF : forfait pour une IVG par mode médicamenteux.
6. [IVG de moins de 3 jours], avec durée de séjour égale à 2 jours : le forfait FJS : forfait pour 24 heures supplémentaires, est associé aux forfaits compatibles (en pratique APD et IPD)

○ **Pour les établissements ex-OQN**

La facturation se fait conformément aux prix limites des soins et des forfaits d'hospitalisation décrits au point 4.2 supra.

➤ **IVG avec DS = ou > 3 jours**

Par définition, il s'agit d'une IVG compliquée, financée par un GHS.

Codage du RSS :

Le codage du RSS suit les mêmes règles que pour les IVG < 3 jours.

- Dans le cadre de la version 11 de la classification des GHM, le diagnostic principal est le diagnostic présent au moment de l'entrée dans l'unité médicale. Dans ce cas, c'est donc un code de la catégorie O04 (*Avortement médical*) de la *Classification internationale des maladies - 10^e révision - CIM-10* dont le quatrième caractère de la catégorie O04 permet de coder l'existence de complications (ex : *O04.0 = avortement médical incomplet, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens*).
- En outre, sont portés en diagnostics associés :
 - le code Z64.0 de *Difficultés liées à une grossesse non désirée* ;
 - si besoin, les codes correspondant à la complication observée (ex : codage de l'infection de l'appareil génital, au moyen de la catégorie O08 de la CIM-10, relative aux *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire*).
- Le codage de l'acte d'IVG est identique au point ci-dessus.
- En cas d'acte complémentaire nécessité par le traitement de la complication, celui-ci est également codé.

Groupage du RSS :

La version 11 de la classification des GHM conduit ces séjours dans l'un des GHM suivants :

- 14C05Z Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie ;
- 14Z04Z Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie ;
- 14Z04T Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie, très courte durée (séjours de durée égale à 3 jours dans ce cas).

Facturation du séjour :

Le séjour est facturé sur la base du GHS correspondant au GHM.

2. Facturation d'une deuxième prise en charge pour IVG

Ce point correspond aux cas où une patiente prise en charge pour IVG et sortie de l'établissement doit faire l'objet d'une seconde prise en charge avec admission.

Ces situations sont liées aux échecs et complications d'IVG.

➤ **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.

Après constat de l'échec, un nouveau rendez-vous est organisé, dans un délai rapproché du premier. Une seconde prise en charge est donc réalisée.

La réalisation d'un nouveau RSS et la facturation par l'établissement d'un nouveau forfait d'IVG (instrumentale) sont autorisées.

Codage du RSS :

- Diagnostic principal : un code CIM-10 de la catégorie O07 d'"échec d'une tentative d'avortement" doit être utilisé.
- Diagnostic associé : on portera le code Z64.0
- Acte : on utilisera l'acte JNJD002 *Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse.*

Groupage du RSS et facturation du séjour :

Ils suivent les cas décrits au point 1 supra, en fonction de la durée du séjour de la 2^e IVG. En cas de durée de séjour inférieure à 3 jours, le groupage conduit au GHM 14Z08Z et la facturation se fait conformément à ce qui est décrit au point 1 ci-dessus, selon que l'IVG a été réalisée en établissement ex-DG ou ex-OQN.

➤ **Complications d'IVG**

Les complications d'IVG donnant lieu à nouvelle prise en charge sont de même nature que celles que l'on peut observer lors de la première prise en charge (infection génitale, hémorragie, embolie...). 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.

Codage du RSS :

- Diagnostic principal : 2 cas doivent être distingués :
 - o rétention, simple ou compliquée : on utilise un code CIM-10 d'avortement incomplet : O04, complété d'un 4^e caractère .0, .1, .2, .3 ou .4 ;
 - o autres complications : elles doivent être codées avec la catégorie O08 de la CIM-10.
- Diagnostic associé : le code Z64.0 **ne doit pas** être porté dans le RSS.
- Acte :
 - o en cas de rétention de produits de conception, on utilisera l'acte *JNMD001 de révision de la cavité de l'utérus après avortement* ;
 - o dans les autres cas, on utilisera le code adapté au traitement de la complication.

Groupage du RSS :

Le RSS est groupé dans un GHM *ad hoc*, en fonction du diagnostic porté en DP, des actes réalisés et de la durée du séjour.

En cas d'avortement incomplet, les GHM concernés sont les 14C05J et 14K04T pour des prises en charge ambulatoires ou de très courte durée ou les GHM 14C05Z et 14K04Z pour des prises en charge plus longues.

Facturation du séjour

Le séjour est facturé selon le GHS correspondant au GHM.

3. Précision concernant les IVG médicamenteuses pratiquées au titre de l'activité "externe"

Depuis 2001, les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées dans le cadre de la médecine de ville, par un praticien libéral ayant passé une convention avec un établissement de santé agréé. Le forfait IVG facturable par le médecin répond aux codes prestation FHV/FMV³.

Lorsque le médecin pratiquant ces IVG médicamenteuses n'est pas un médecin de ville, mais un médecin salarié d'un établissement de santé (nécessairement ex-DG), ne disposant pas d'un service autorisé à la pratique des IVG, les dispositions prévues pour la médecine de ville sont applicables : l'établissement du médecin salarié passe convention avec un établissement agréé, et

³ FHV = Forfait honoraires de ville – FMV = Forfait médicaments de ville.

les IVG médicamenteuses réalisées par le praticien salarié sont facturées par son établissement au titre de son activité externe.

À ce titre, c'est un RSF-ACE, support de l'activité externe, et non un RSS qui est réalisé. Le code prestation porté dans celui-ci est le code FHV ou FMV.