

Aide-mémoire législatif

Mai 2016

Avortement

Contraception

Centres de planification

Education à la sexualité

Violences faites aux femmes

Réf :

Centre de documentation du Planning Familial

4, square Saint-Irénée • 75011 Paris

Tel +33(0)1 48 07 29 10 • Fax +33(0)1 47 00 79 77

documentation@planning-familial.org • www.planning-familial.org

Sommaire

Introduction	5
---------------------------	---

I. AVORTEMENT	7
----------------------------	---

Textes généraux

- Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (Loi Veil) 9
- Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (Loi Pelletier)..... 13
- Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (Loi Aubry) 15

Application de la loi

- Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception 26
- Arrêté du 1^{er} février 2002 relatif à la création et à la composition du Groupe national d'appui aux centres d'interruption de grossesse (texte non paru au JO) 30
- Décret n° 2002-797 du 3 mai 2002 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé / *Décret abrogé par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003, à l'exception de l'article 2*..... 31
- Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique qui abroge : le décret n° 80-632 du 5 août 80, le décret n° 02-796 du 3 mai 02, le décret n° 02-797 du 3 mai 02 31
- Circulaire DGS/SD 6D/DHOS n° 2003-356 du 16 juillet 03 relative à la mise en œuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 01 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception 35
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 sept 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation 38
- Circulaire DGS/SD 6 D n° 2003-631 du 30 décembre 2003 relative aux modalités d'application et au suivi de dispositifs mis en œuvre par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception 39
- La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique fixe dans le domaine de la contraception et de l'IVG des objectifs quantifiés susceptibles d'être atteints dans les cinq prochaines années 41
- Circulaire DGS/6D/DHOS/01 n°2005-290 du 22 juin 2005 relative à la prise en charge des IVG dans les établissements de santé et en médecine de ville pendant la période d'été 42
- Circulaire DHOS/DGS/O1/SD6D n°2006-312 du 19 juillet 2006 relative à la prise en charge des IVG pendant la période d'été. Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville. Coordination des différents acteurs..... 44
- Circulaire DHOS/O1/DGS/MC1 n°2007-270 du 5 juillet 2007 relative à la prise en charge des IVG pendant la période d'été. Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville. Coordination des différents acteurs..... 53
- Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, art. 24, supprime la mention « situation de détresse » 59

Tarifs et remboursement

- Extraits du code de la sécurité sociale (partie législative) 60
- Loi ordinaire n°82-1172 du 31/12/82 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure / *Texte partiellement abrogé et incorporé dans le code de la sécurité sociale : art.4 et 5* 61
- Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse..... 62
- Circulaire n°134/2004 du 15/11/2004 relative aux prix limites des soins, des forfaits et de la surveillance afférents aux IVG en établissements de santé fixés par l'arrêté du 23 juillet 2004 64
- Arrêté du 4 août 09 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse..... 66
- Circulaire CIR 33/2009 du 22 septembre 2009 relative aux prix limites des soins, forfaits et de la surveillance afférents aux IVG dans les établissements de santé 67
- Circulaire DHOS/F4 n°2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé..... 69
- Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures..... 75

Avortement pour motif médical

- Extraits du code de la santé publique (partie législative) 76
- Décret n°2002-778 du 3 mai 2002 relatif à l'interruption de grossesse pour motif médical pris pour application de l'article L. 2213-3 du code de la santé publique 77

Avortement médicamenteux & avortement médicamenteux hors établissement de santé

- Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur, à l'exception de ses articles 2 et 5 / *Décret abrogé par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003*..... 80
- Arrêté du 1er juillet 2004 abrogeant l'arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés 80
- Extraits du code de la santé publique (partie réglementaire), art. R.2212-9 à R.2212-19, modifiés par le décret n°2004-636 du 1^{er} juillet 2004 82
- Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé..... 84
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD3A n°2005-501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse..... 96
- Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse..... 97
- Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n°09-304 du 6 oct 09 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé. Prévention des grossesses non désirées..... 101

Avortement des femmes mineures

- Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des IVG pratiquées sur des mineures sans consentement parental..... 114
- Circulaire CNAM-49/2003 du 24 mars 2003 relative aux modalités de prise en charge des IVG des mineures sans consentement parental. Préservation de l'anonymat dans les circuits de prise en charge et d'échange..... 115
- Instruction DGS/MC1/DGOS/R3 no 2010-377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). – Accès des personnes mineures à la contraception..... 117

Avortement des femmes étrangères

- Refonte du code de la santé publique..... 120
- Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003)..... 121

Avortement des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat

- Circulaire CNAMTS DGR n°93/97 – ENSM n°53/97 du 20 novembre 1997 123
- Circulaire ministérielle DAS/DSS/SDF n°97-319 du 29 Avril 1997 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans le cadre de l'aide médicale d'Etat (AME)..... 125
- Circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM N°00/14 du 10 jv 00 relative à l'aide médicale de l'Etat..... 128

Entrave à l'avortement

- Extraits du code de la santé publique (partie législative) 129
- Circulaire n°DH/9C/DGS/2A/91-04 du 11 janvier 1991 relative aux mesures à prendre en cas d'occupation des locaux hospitaliers où se pratiquent les IVG..... 130
- Circulaire du 27 février 1992 relative aux manifestations qui visent à paralyser le fonctionnement des centres d'interruption volontaire de grossesse 131
- Loi n°93-121 du 27 jv 1993 portant diverses mesures d'ordre social et créant le délit d'entrave à l'IVG (Loi Neiertz)..... 132

II. CONTRACEPTION..... 133

Textes généraux

- Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite loi Neuwirth relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique. 135
- Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances..... 137
- Décret n°75-317 du 5 mai 1975 modifiant les articles R.5148 et R.5177 du code de la santé publique, relatif à la prescription et la délivrance de contraceptifs..... 138
- Loi n°91-73 du 18 juv 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales, portant annulation de l'interdiction de la publicité des produits contraceptifs 139
- Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (partie sur la contraception)..... 140
- Extraits du code de la sécurité sociale (partie réglementaire)..... 142
- Arrêté du 1^{er} septembre 2009 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux 143
- Extraits du code de la santé publique (partie législative), art. L.4151-1, L.4311-1, L.5125-23-11, L.5134-1 à 3, modifiés par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (« loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires ») 144
- Arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste de médicaments contraceptifs oraux visée aux articles L.4311-1 et L.5125-23-1 du code de la santé publique 146
- Décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique 150
- Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien 151

Contraception d'urgence

- Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence - Délivrance de la contraception d'urgence sans prescription obligatoire 152
- Arrêté du 20 mars 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics 153
- Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence - Protocole d'accord de la délivrance de la contraception d'urgence en milieu scolaire..... 154
- Arrêté du 8 août 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux 156
- Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence..... 157
- Décret n°2012-910 du 24 juillet 2012 relatif à la délivrance de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé 158

Stérilisation à visée contraceptive

- Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (extrait sur la stérilisation)..... 159
- Décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article L. 2123-2 du code de la santé publique, relatif à la stérilisation à visée contraceptive (version consolidée au 27 mai 2003)..... 159
- Circulaire DGS/DS 6D n°2003-71 du 13 février 2003 relative à la mise en œuvre de l'article 27 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article L. 2123-2 du code de la santé publique et relatif à l'élargissement du champ des méthodes contraceptives (stérilisation à visée contraceptive des personnes handicapées) 161
- Circulaire DGS/MC1 n°2008-13 du 21 janvier 2008 relative à la mise en œuvre des dispositions des articles L.2123-1 et L.2123-2 du code de la santé publique relatives à la stérilisation à visée contraceptive. Fonctionnement des comités d'experts prévus par l'article L.2123-2 du code de la santé publique..... 163
- Arrêté du 31 octobre 2012 relatif aux conditions de prises en charge du dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique Essure de la société Conceptus SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale..... 164

III. Centres de planification	167
• Décret en Conseil d'Etat 72-318 du 24/04/1972 portant application de l'art.4 de la loi 6711 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique et Arrêté du 2 avril 1972 : conditions techniques pour poser un DIU dans les établissements et les cabinets médicaux agréés (pris en charge par la sécurité sociale) (abrogé).....	169
• Arrêté du 27 novembre 1972 relatif à la formation du personnel des centres de planification.....	170
• Arrêté du 24 octobre 1980 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale : agrément des centres, formation du personnel 120h et 400h (abrogé).....	171
• Arrêté interministériel du 20 oct. 1986 modifiant l'arrêté du 24 oct. 1980 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale (abrogé)	171
• Loi n°90-86 du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé	171
• Loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social	171
• Décret no 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale.....	172
• Arrêté du 5 novembre 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale.....	175
• Décret n°93-454 du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial	176
• Arrêté du 23 mars 1993 relatif à la déclaration des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.....	177
• Arrêté du 23 mars 1993 relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (abrogé)	178
• Décret n°2000-842 du 30 août 2000 modifiant le décret n°92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).....	180
• Arrêté du 3 décembre 2010 relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.....	181
• Extraits du code de la santé publique (partie législative)	187
IV. Education à la sexualité	189
• Extraits du code de la santé publique (partie législative) et code de l'éducation	191
• Loi ordinaire du 11 juillet 1973 portant création d'un conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (Texte totalement abrogé).....	192
• Circulaire n°73 299 du 23 juillet 1973 (Circulaire Fontanet)	193
• Note de service n°81-502 du 17 décembre 1981 (Note Savary)	195
• Décret n°92-1200 du 6 novembre 1992 relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public	196
• Circulaire n°98-234 DU 19-11-1998 - Éducation à la sexualité et prévention du sida	198
• Circulaire n°98-237 DU 24-11-1998 - Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.....	201
• Convention du 25 février 2000 pour la promotion de l'égalité des chances entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif	205
• Extrait Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (Section 9 : l'éducation à la santé et à la sexualité)	209
• Circulaire n°2002-098 du 25 avril 2002 relative à la politique de santé en faveur des élèves.....	210
• Décret n°2002-776 du 2 mai 2002 relatif au Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale	213
• Circulaire n°03-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées	215
• Circulaire n°03-210 du 1 ^{er} décembre 03 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées	219
• Décret n°2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement : Création du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté et ses missions.....	236
• Circulaire n°2006-197 du 30 novembre 2006 relative à la protection du milieu scolaire	237
• Circulaire n°2006-204 du 11 décembre 2006. Installation de distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels.....	241
• Circulaire n°2008-153 du 14 novembre 2008. Journée mondiale de lutte contre le sida : 1 décembre 2008	242
• Circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2011 (MEN - DGESCO B3) -BO Education Nationale n°46 du 15 décembre 2011 - Politique éducative de santé dans les territoires académiques. Voir objectifs n°3	243
• Convention Cadre. Partenariat entre le ministère de l'éducation nationale et l'association « Le Planning familial »	246

Introduction

Avant la fin des années 60, non seulement la contraception était bannie en France mais elle faisait l'objet d'une interdiction explicite par la loi de 1920. Certes, il s'agissait d'une loi votée après la première guerre mondiale pour relancer la natalité mais sa persistance, au delà de la 2nde guerre mondiale, n'est pas anodine et témoigne de la volonté toujours présente du contrôle du corps des femmes. C'est pourquoi, la libéralisation de la contraception et de l'avortement votée respectivement en 1967 et en 1975, représente bien plus qu'un accès à des moyens de contraception efficaces, un premier pas essentiel vers l'émancipation des femmes. Pouvoir décider, ou refuser librement de vivre une maternité comme un libre choix constitue un enjeu majeur pour l'évolution des sociétés au cours des dernières décennies.

Pourtant, ces avancées n'allaient pas de soi. Pour arriver à une légalisation, il a fallu tout l'acharnement de différents mouvements féministes, notamment celui du Planning Familial. Des militants-tes, hommes, femmes se sont courageusement engagés dans cette bataille et ont dû faire face à de nombreuses résistances de la part de mouvements et d'institutions conservateurs variés et puissants. De plus, une fois la loi sur l'IVG votée, il a fallu poursuivre la lutte pour que cette loi provisoire (votée pour 5 ans) soit reconduite en 1979, puis pour que l'IVG soit remboursée par la Sécurité Sociale en 1982, que les délais soient allongés à 12 semaines en 2001, que l'obligation de l'entretien social soit supprimée et enfin que l'IVG soit dépénalisée. Depuis 1967, la contraception est légale en France, mais il a fallu attendre 1974 pour le remboursement et l'accès aux mineures sans autorisation parentale, 1991 pour la levée de l'interdiction de la publicité et 2001 pour la légalisation du recours à la stérilisation à visée contraceptive. La loi de 2001 et le décret de 2003 impose l'éducation à la sexualité à chaque niveau et groupe d'âge à raison de trois séances par an dans les établissements scolaires... Ces avancées législatives ne se sont pas faites en un jour mais se sont échelonnées sur un demi-siècle. Mais elles restent fragiles.

En effet, ces acquis sont régulièrement mis à mal par des mouvements anti-IVG encore très actifs en France. Les commandos anti-IVG, interdits depuis 1993, ont été remplacés par d'autres formes d'actions plus insidieuses mais poursuivant toujours le même but : faire vaciller le droit à la contraception, à l'avortement ou la reconnaissance de la sexualité des jeunes par la désinformation sur l'IVG, la valorisation de la virginité et de l'abstinence, l'attribution d'un statut de personne au fœtus... Il est essentiel d'avoir en France un mouvement féministe uni et fort pour maintenir la pression et préserver ces droits au niveau national et international. Un retournement législatif est malheureusement toujours possible, comme le montre récemment les changements aux Etats-Unis (Dakota du sud), au Nicaragua ou encore en Pologne.

Enfin, si les avancées en matière de législation sont indéniables, l'application des lois se heurte encore à des résistances. Comme le souligne le rapport de l'IGAS de février 2010, l'éducation à la sexualité n'est pas réalisée de façon systématique et homogène dans tous les établissements scolaires, la formation des professionnels sur la contraception est encore largement insuffisante, tous les moyens de contraception ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale et l'accès à l'IVG est encore un « parcours du combattant » pour beaucoup de femmes. En effet, plus de 90 centres IVG ont fermé entre 2000 et 2006 et les fermetures de centres ou les réductions d'effectifs se poursuivent avec la réforme de l'hôpital (loi HPST). Cette situation est évidemment tributaire de la volonté politique, de mettre en vigueur les lois existantes, de donner les moyens nécessaires pour les appliquer et de faire avancer les droits des femmes. Encore faut-il pouvoir sensibiliser les pouvoirs publics pour leur faire prendre conscience de leurs responsabilités. Si l'ensemble des lois ont été globalement améliorées, leur application reste largement approximative et la vigilance reste de mise.

Le Planning Familial, septembre 2010

Aide-mémoire législatif

AVORTEMENT

Texte intégral de la loi Veil de 1975

Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

(Texte partiellement abrogé : art 1,13 ,14 ,16 incorporés au code de la santé publique)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE 1er

Art. 1er. - La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art 2. - Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3. - Après le chapitre III du titre 1er du livre II du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé "Interruption volontaire de la grossesse" :

Art. 4. - La section I du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

SECTION I

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine

"Art. L. 162. - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

"Art. L. 162-2. - L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

"Art. L. 162-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

"1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

"2° Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :

"a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

"b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article 162-4.

"Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

"Art. L. 162-4 - Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

"Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

"Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

"Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

"Art. L. 162-5. - Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite : il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

"Art. L. 162-6. - En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

"L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.

"Art. L. 162-7. - Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou le cas échéant, du représentant légal est requis.

"Art. L. 162-8. - Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

"Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

"Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesses soient pratiquées dans ses locaux.

"Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

"Art. L. 162-9. - Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

"Art. L. 162-10. - Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin, inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

"Art. L. 162-11. - L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

"Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7."

Art. 5. - La section II du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION II

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique

"Art. 162-12. - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

"L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée : deux autres sont conservés par les médecins consultants.

"Art. L. 162-13. - Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique."

Art. 6. - La section III du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée

SECTION III

Dispositions communes

"Art. L. 162-14. - Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent chapitre."

TITRE III

Art. 7. - I. - L'intitulé de la section I du chapitre V du livre II du code de la santé publique est modifié comme suit :

SECTION I

Etablissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes

II. - A l'article L. 176 du code de la santé publique les mots "une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé" sont remplacés par les mots "un établissement d'hospitalisation privé".

III. - L'article L. 178 du code de la santé publique est modifié comme suit :

"Art L. 178. - Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6 (2^e alinéa) et L. 162-9 à L. 162-11."

IV. - Il est introduit dans le code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

"Art. L. 178-1. - Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart total des actes chirurgicaux et obstétricaux. "Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récurrence, la fermeture sera définitive."

Art. 8. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre 1^{er} du livre II du code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Art. 9. - Il est ajouté au titre III, chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-2 ainsi rédigé :

"Art. L. 181-2. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre 1^{er} du livre du code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret."

Art. 10. - L'article L. 647 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 647. - Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F. ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

"Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer un interruption de grossesse.

"En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie."

Art. 11. - Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre 1^{er} restera en vigueur. L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12. - Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du code pénal est ainsi rédigé :

"Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance..."

(Le reste sans changement).

Art. 13. - En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation de naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14. - Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Art. 15. - Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 16. - Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la population, en application de la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects socio-démographiques de l'avortement.

En outre, l'institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du code de la santé publique.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 17 janvier 1975.

Par le Président de la République, VALÉRY GISCARD D'ESTAING

Le Premier ministre, JACQUES CHIRAC

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur, MICHEL PONIATOWSKI

Le garde des sceaux, ministre de la justice, JEAN LECANUET

Le ministre du travail, Michel DURAFOUR

Le ministre de la santé, SIMONE VEIL

Loi n° 75-17

TRAVAUX PREPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 1297 ;

Rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1334) ;

Discussion les 26, 27 et 28 novembre 1974 ;

Adoption le 28 novembre 1974.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n°114 (1974-1975) ;

Rapport de M. Jean Mézard, au nom de la commission des affaires sociales, n° 120 (1974-1975);

Discussion les 13 et 14 décembre 1974 ;

Adoption le 14 décembre 1974.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n°1408 ;

rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles, (n°1417) ;

Discussion et adoption le 19 décembre 1974.

Sénat :

Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 166 (1974-1975)

Rapport de M. Mézard, au nom de la commission des affaires sociales, n° 167 (1974-1975) ;

Discussion et adoption le 19 décembre 1974. *Assemblée nationale :*

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1463 ;

Rapport de M. Berger, au nom de la commission mixte paritaire (n°1467) ;

Discussion et adoption le 20 décembre 1974.

Sénat :

Rapport de M. Jean Mézard, au nom de la commission mixte paritaire, n° 171 (1974-1975) ;

Discussion et adoption le 20 décembre 1974 ;

Décision du Conseil constitutionnel en date du 15 janvier 1975, publiée au Journal officiel du 16 janvier 1975

Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (loi Pelletier)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er} - L'article premier de la loi n°75-17 du 17 janvier 1975, relative à l'interruption volontaire de la grossesse, est complété par le nouvel alinéa suivant:

« L'enseignement de ce principe et de ses conséquences, l'information sur les problèmes de la vie et de la démographie nationale et internationale, l'éducation à la responsabilité, l'accueil de l'enfant dans la société et la politique familiale sont des obligations nationales. L'Etat, avec le concours des collectivités territoriales, exécute ces obligations et soutient les initiatives qui y contribuent ».

Art. 2. - Il est ajouté à l'article 13 de la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 un deuxième alinéa ainsi rédigé:

«La formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers et infirmières, comprennent un enseignement sur la contraception.»

Art. 3. - I.--Dans le premier et le cinquième alinéa de l'article 317 du code pénal, le chiffre «60.000 F»est remplacé par le chiffre «100.000 F».

II.--Dans le deuxième alinéa de l'article 317 du code pénal, le chiffre «<120.000 F>> est remplacé par le chiffre «250.000 F».

III.--Dans le cinquième alinéa de l'article 317 du code pénal, les mots «de deux ans» sont remplacés par les mots «de cinq ans».

IV.--L'article 317 du code pénal est complété par un sixième alinéa rédigé ainsi qu'il suit: «Les dispositions des quatre premiers alinéas du présent article ne sont pas applicables lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée, soit dans les conditions fixées par l'article L. 162-12 du code de la santé publique, soit avant la fin de la dixième semaine par un médecin, dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.»

Art. 4. - L'article L. 162-3 du code de la santé publique remplacé par les dispositions suivantes:

«*Art. L. 162-3.*--Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite:

1°. Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures, et de la gravité biologique de l'intervention qu'elle sollicite;

2°. Lui remettre un dossier-guide, mis à jour moins une fois par an, comportant notamment:

- a) le rappel des dispositions de l'article premier de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, ainsi que des dispositions de l'article L. 162-1 du présent code qui limite l'interruption de la grossesse au cas où la femme enceinte se trouve placée par son état dans une situation de détresse,
- b) l'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître,
- c) la liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4, ainsi que des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux intéressés,
- d) la liste et les adresses des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

Un arrêté précise dans quelles conditions les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins».

Art. 5. - I.--Le deuxième alinéa de l'article L. 162-4 du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes: «... en vue notamment de permettre à celle-ci de garder son enfant. A cette occasion, lui sont communiqués les noms et adresses des personnes qui, soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, seraient susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés aux problèmes de l'accueil de l'enfant».

II.--Il est inséré, dans le même article, après le deuxième alinéa, un alinéa ainsi rédigé:

«Sauf en ce qui concerne les établissements hospitaliers publics, ces consultations ne peuvent se dérouler à l'intérieur des établissements dans lesquels sont pratiquées des interruptions volontaires de la grossesse».

Art. 6. - L'article L. 162-5 du code de la santé publique complété par la disposition suivante: «..., sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision. En

outre, cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 162-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus.

Art. 7. - Le deuxième alinéa de l'article L. 162-6 du code de la santé publique est remplacé par un nouvel alinéa ainsi rédigé: «Le directeur de l'établissement d'hospitalisation dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L.162-5».

Art. 8. - L'article L. 162-7 du code de la santé publique est complété par la phrase suivante: «Ce consentement devra être accompagné de celui de la mineure célibataire enceinte, ce dernier étant donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal».

Art. 9. - I.--Le premier alinéa de l'article L. 162-8 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes: «Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de la grossesse mais il doit informer, au plus tard lors de la première visite, l'intéressée de son refus. Il est, en outre, tenu de se conformer aux obligations mentionnées aux articles L. 162-3 et L.162-5».

II. --Au début du deuxième alinéa de l'article L. 162-8, les mots: «Sous la même réserve» sont supprimés.

III.--L'article L. 162-8 du code de la santé publique est complété par les trois nouveaux alinéas ainsi rédigés:

«Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse sont fixées par décret».

«Dans les établissements hospitaliers appartenant aux catégories mentionnées à l'alinéa précédent, le conseil d'administration désigne le service dans lequel les interruptions volontaires de la grossesse sont pratiquées».

«Lorsque le chef de service concerné refuse d'en assumer la responsabilité, le conseil d'administration doit créer une unité dotée des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse».

Art. 10. - Les articles 2 et 11 de la loi n°. 75-17 du 17 janvier 1975 ainsi que les articles L. 161-1 et L. 650 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 11. - I.--Dans la première phrase du premier alinéa de l'article 43 du code de la famille et de l'aide sociale, les mots: «pendant les six semaines qui précèdent la date présumée de la naissance» sont supprimés.

II.--Le premier alinéa du même article est complété par la phrase suivante: «Il en est de même des secours en espèces prévus à l'article 52».

Art. 12. - La section II (prévention de l'avortement) du chapitre premier du titre II du code de la famille et de l'aide sociale est complétée par un article additionnel 44-1 ainsi rédigé: «Art. 44-1.-- Des commissions d'aide à la maternité sont mises en place sur l'ensemble du territoire, notamment auprès des centres médico-sociaux ou des bureaux d'aide sociale des grandes villes. Leur composition et leur fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'État; elles doivent comprendre des personnes qualifiées dans le domaine social et familial, des volontaires et des représentants d'associations d'aide à la famille et à l'enfance».

Art. 13. - I.--Il est constitué une délégation parlementaire pour les problèmes démographiques. Cette délégation compte vingt-cinq membres: quinze députés et dix sénateurs.

II.--Les membres de la délégation sont désignés en leur sein par chacune des deux assemblées du Parlement de manière à assurer une représentation proportionnelle des groupes politiques. Les députés membres de la délégation sont désignés au début de la législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs membres de la délégation sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.

Le mandat des délégués prend fin avec le mandat parlementaire.

III.--La délégation parlementaire pour les problèmes démographiques a pour mission d'informer les assemblées:

- a) des résultats de la politique menée en faveur de la natalité
- b) de l'application des lois relatives à la régulation des naissances et à la contraception;
- c) de l'application et des conséquences de la loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

IV.--Le Gouvernement présente chaque année à la délégation un rapport sur les actions mentionnées au paragraphe III ci-dessus; la délégation formule sur celui-ci des observations et les soumet aux commissions parlementaires compétentes.

V.--La délégation définit son règlement intérieur.

Fait à Paris le 31 décembre 1979

Par le Président de la République, Valéry Giscard D'Estaing,

Le Premier ministre : Raymond Barre,

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale, Jacques Barrot,

Le ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé de la condition féminine, Monique Pelletier

LOI n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1)

NOR: MESX0000140L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu les décisions du Conseil constitutionnel no 2001-446 DC du 27 juin 2001 et no 2001-449 DC du 4 juillet 2001 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Article 1^{er} - L'intitulé du chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 2 - Dans la deuxième phrase de l'article L. 2212-1 du même code, les mots : « avant la fin de la dixième semaine de grossesse » sont remplacés par les mots : « avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 3 - Le deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du même code est complété par les mots : « ou, dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

Article 4 - L'article L. 2212-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

« Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

« Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins. »

Article 5 - I. - Les deux premiers alinéas de l'article L. 2212-4 du même code sont ainsi rédigés :

« Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

« Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche. »

II. - Le troisième alinéa du même article est supprimé.

Article 6 - Dans l'article L. 2212-5 du même code, les mots : « sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision » sont remplacés par les mots : « sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé ».

Article 7 - L'article L. 2212-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-7. - Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

« Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

« Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

« Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. »

Article 8 - L'article L. 2212-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. » ;

2° Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Article 9 - I. - L'article L. 2322-4 du même code est abrogé.

II. - L'article L. 2322-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer lorsqu'ils souhaitent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. »

Article 10 - L'intitulé du chapitre III du titre Ier du livre II de la deuxième partie du même code est ainsi rédigé : « Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical ».

Article 11 - L'article L. 2213-1 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 2213-1. - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

« Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe. »

Article 12 - A l'article L. 2213-2 du même code, les mots : « pour motif thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour motif médical ».

Article 13 - I. - L'article L. 5135-1 du même code est ainsi modifié :

1° Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « lesdits appareils » sont remplacés par les mots : « des dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse » et les mots : « comme commerçants patentés » sont supprimés.

II. - L'article L. 5435-1 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 5435-1. - La vente, par les fabricants et négociants en appareils gynécologiques, de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession de vendre ces dispositifs est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende.

« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables des infractions, définies au présent article, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent la peine d'amende suivant les modalités prévues à l'article 131-38 du code pénal.

« Les personnes physiques et les personnes morales encourent également les peines suivantes :

« 1° La confiscation des dispositifs médicaux saisis ;

« 2° L'interdiction d'exercer la profession ou l'activité à l'occasion de laquelle le délit a été commis, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. »

Article 14 - I. - L'article 223-11 du code pénal est abrogé.

II. - L'article L. 2222-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 2222-2. - L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :

« 1° Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical

« 2° Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;

« 3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi, ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

« Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende si le coupable la pratique habituellement. « La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. »

Article 15 - I. - L'article 223-12 du code pénal est abrogé.

II. - Après l'article L. 2222-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2222-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 2222-4. - Le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte.

« La prescription ou la délivrance de médicaments autorisés ayant pour but de provoquer une interruption volontaire de grossesse ne peut être assimilée au délit susmentionné. »

Article 16 - Sont abrogés :

- le chapitre Ier du titre II du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;

- les articles 84 à 86 et l'article 89 du décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises.

Article 17 - L'article L. 2223-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 2223-2. - Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :

« - soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux

et non médicaux ;

« - soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières. »

Article 18 - I. - Le premier alinéa de l'article L. 2412-1 du même code est ainsi rédigé : « Le titre Ier du livre II de la présente partie, à l'exception du quatrième alinéa de l'article L. 2212-8, est applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte. L'article L. 2222-2 est également applicable. »

II. - Les articles L. 2412-2 et L. 2412-3 du même code sont abrogés.

III. - L'article L. 2414-2 du même code est abrogé.

Les articles L. 2414-3 à L. 2414-9 deviennent respectivement les articles L. 2414-2 à L. 2414-8.

A l'article L. 2414-1, la référence : « L. 2414-9 » est remplacée par la référence : « L. 2414-8 ».

IV. - L'article 723-2 du code pénal est abrogé.

V. - Les articles 1er à 17 de la présente loi sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article 19 - I. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7, L. 2222-2, L. 2222-4 et L. 2223-2 du code de la santé publique sont applicables dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

II. - L'article 713-2 du code pénal est abrogé.

III. - A. - Après le chapitre Ier du titre II du livre IV de la deuxième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre Ier-1 ainsi rédigé :

« Chapitre Ier-1 »

« Interruption volontaire de grossesse »

« Art. L. 2421-4. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2422-2 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 2422-2. - Pour leur application dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna :

« 1° Le 3o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé : « "3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2° Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

IV. - A. - Le titre III du livre IV de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

« Chapitre II »

« Interruption volontaire de grossesse »

« Art. L. 2432-1. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2431-1 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 2431-1. - Les articles L. 2222-2, L. 2222-4, L. 2223-1 et L. 2223-2 sont applicables dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises. Pour leur application dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises :

« 1° Le 3o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2° Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3° A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

V. - A. - Le titre IV du livre IV de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

« Chapitre II »

« Interruption volontaire de grossesse »

« Art. L. 2442-1. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2441-2 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 2441-2. - Pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française : « 1° Le 3° de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé : « "3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2° Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3° A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable

localement". »

Article 20 - Le chapitre II du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé : « Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse » ;

2° L'article L. 132-1 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l'Etat. » ;

b) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , et notamment les conditions permettant, pour les personnes visées à l'alinéa précédent, de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge ».

TITRE II CONTRACEPTION

Article 21 - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : « sur prescription médicale » sont supprimés.

Article 22 - Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9 »

« L'éducation à la santé et à la sexualité »

« Art. L. 312-16. - Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret no 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

Article 23 - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6121-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées. »

Article 24 - I. - L'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 5134-1. - I. - Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

« La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

« II. - Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

« L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. »

II. - Dans l'article 2 de la loi no 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

Article 25 - L'article L. 5434-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Art. L. 5434-2. - Le fait de délivrer des contraceptifs mentionnés à l'article L. 5134-1 en infraction aux dispositions du premier alinéa du II dudit article et du 1o de l'article L. 5134-3 est puni de six mois d'emprisonnement et de 50 000 F d'amende. »

Article 26 - Le titre II du livre Ier de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III »

« Stérilisation à visée contraceptive »

« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

« - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

« Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

Article 27 - Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé : « Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement.

« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

« Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

« Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

Article 28 - I. - Les articles 24, 25, 26 et 27 de la présente loi sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte.

II. - Dans l'article L. 372-1 du code de l'éducation, il est inséré, après la référence : « L. 312-15, », la référence : « L. 312-16, ».

III. - L'avant-dernier alinéa (3o) de l'article L. 5511-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 3o Le titre III, à l'exception du 2o de l'article L. 5134-3 ; ».

IV. - Les articles L. 5511-13 et L. 5514-2 du même code sont abrogés.

V. - A l'article L. 5514-1 du même code, les mots : « , à l'exception de l'article L. 5434-2, et » sont supprimés.

VI. - L'article L. 5511-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5511-12. - A l'article L. 5134-1, les mots : "mentionnés à l'article L. 2311-4" ne s'appliquent pas dans la collectivité territoriale de Mayotte. »

Article 29 - I. - Il est inséré, au premier alinéa de l'article L. 5521-6 du code de la santé publique, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre Ier », les mots : « , celles du I de l'article L. 5134-1 ».

II. - Il est inséré, dans l'article L. 5531-1 du même code, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre Ier », les mots : « , celles du I de l'article L. 5134-1 ».

III. - Il est créé, au titre IV du livre V de la cinquième partie du même code, un chapitre unique ainsi rédigé :

« Chapitre unique »

« Produits pharmaceutiques »

« Art. L. 5541-1. - Le I de l'article L. 5134-1 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 4 juillet 2001.

Par le Président de la République : Jacques Chirac

Le Premier ministre, Lionel Jospin

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Laurent Fabius

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice, Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur, Daniel Vaillant

Le ministre de l'éducation nationale, Jack Lang

La ministre de la jeunesse et des sports, Marie-George Buffet

La ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Ségolène Royal

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, Christian Paul

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, Nicole Péry

(1) Loi no 2001-588.

- Travaux préparatoires :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 2605 ;

- Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou, au nom de la commission des affaires culturelles, no 2726 ;
- Rapport d'information de Mme Danielle Bousquet, au nom de la délégation aux droits des femmes, no 2702 ;
- Discussion les 29 et 30 novembre 2000 et adoption, après déclaration d'urgence, le 5 décembre 2000.

Sénat :

- Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, no 120 (2000-2001) ;
- Rapport de M. Francis Giraud, au nom de la commission des affaires sociales, no 210 (2000-2001) ;
- Rapport d'information de Mme Odette Terrade, au nom de la délégation aux droits des femmes, no 200 (2000-2001) ;
- Discussion les 27 et 28 mars 2001 et adoption le 28 mars 2001.

Assemblée nationale :

- Projet de loi, modifié par le Sénat ;
- Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou, au nom de la commission mixte paritaire, no 2973.

Sénat :

- Rapport de M. Francis Giraud, au nom de la commission mixte paritaire, no 253 (2000-2001).

Assemblée nationale :

- Projet de loi, modifié par le Sénat ;
- Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou, au nom de la commission des affaires culturelles, no 2977 ;
- Discussion et adoption le 17 avril 2001.

Sénat :

- Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, no 273 (2000-2001) ;
- Rapport de M. Francis Giraud, au nom de la commission des affaires sociales, no 297 (2000-2001) ;
- Discussion et rejet le 9 mai 2001.

Assemblée nationale :

- Projet de loi, rejeté par le Sénat en nouvelle lecture, no 3050 ;
- Rapport de Mme Martine Lignières-Cassou, au nom de la commission des affaires culturelles, no 3070 ;
- Discussion et adoption le 30 mai 2001.

- Conseil constitutionnel :

- Décisions no 2001-446 DC du 27 juin 2001 et no 2001-449 DC du 4 juillet 2001 publiées au Journal officiel de ce jour.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre Ier : Dispositions générales

Chapitre Ier : Principe général

Article L2211-1

Comme il est dit à l'article 16 du code civil ci-après reproduit :

" La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ".

Article L2211-2

Il ne saurait être porté atteinte au principe mentionné à l'article L. 2211-1 qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par le présent titre.

L'enseignement de ce principe et de ses conséquences, l'information sur les problèmes de la vie et de la démographie nationale et internationale, l'éducation à la responsabilité, l'accueil de l'enfant dans la société et la politique familiale sont des obligations nationales. L'Etat, avec le concours des collectivités territoriales, exécute ces obligations et soutient les initiatives qui y contribuent.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre Ier : Dispositions générales

Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse

Article L2212-1

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 2 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Article L2212-2

(Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 71)

L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L2212-3

(Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 7)

Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse. Les agences régionales de santé assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-4

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 5 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-5

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 6 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus. Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-6

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 2212-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

Le directeur de l'établissement de santé dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-7

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 7 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Article L2212-8

(Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 1)

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

Toutefois ce refus ne peut être opposé par un établissement mentionné au 2° de l'article L. 6161-5 ou par un établissement ayant conclu un contrat de concession en application de l'article L. 6161-9 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse sont fixées par décret.

Article L2212-9

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances. Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-10

(Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 7)

Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-11

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre Ier : Dispositions communes

Chapitre IV : Dispositions communes

Article L2214-1

Les frais occasionnés par le contrôle de l'application des dispositions des chapitres II et III du présent titre sont supportés par l'Etat.

Article L2214-2

En aucun cas l'interruption volontaire de grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prend toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de planification maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

La formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers et des infirmières, comprennent un enseignement sur la contraception.

Article L2214-3

Chaque année, à l'occasion de la discussion du projet de loi de finances, le ministre chargé de la santé publie un rapport rendant compte de l'évolution démographique du pays, ainsi que de l'application des dispositions du présent titre.

Ce rapport comporte des développements sur les aspects socio-démographiques de l'interruption de grossesse.

L'Institut national d'études démographiques analyse et publie, en liaison avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 2212-10.

Article L2214-4

(Abrogé par LOI n°2009-689 du 15 juin 2009 - art. 4)

Une délégation parlementaire pour les problèmes démographiques a pour mission d'informer les assemblées :

1° Des résultats de la politique menée en faveur de la natalité ;

2° De l'application des dispositions législatives relatives à la régulation des naissances et à la contraception ;

3° De l'application et des conséquences des dispositions législatives relatives à l'interruption volontaire de la grossesse.

Le Gouvernement présente chaque année à la délégation un rapport sur les actions mentionnées à l'alinéa précédent ; la délégation formule sur celui-ci des observations et les soumet aux commissions parlementaires compétentes.

Article L2214-5

(Abrogé par LOI n°2009-689 du 15 juin 2009 - art. 4)

La délégation parlementaire pour les problèmes démographiques compte vingt-cinq membres (quinze députés et dix sénateurs).

Les membres de la délégation sont désignés en leur sein par chacune des deux assemblées du Parlement de manière à assurer une représentation proportionnelle des groupes politiques.

Les députés membres de la délégation sont désignés au début de la législature pour la durée de celle-ci.

Les sénateurs membres de la délégation sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.

Le mandat des délégués prend fin avec le mandat parlementaire.

La délégation définit son règlement intérieur.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre II : Dispositions pénales

Chapitre II : Interruption illégale de grossesse

Article L2222-1

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2002)

Comme il est dit à l'article 223-10 du code pénal ci-après reproduit :

« L'interruption de la grossesse sans le consentement de l'intéressée est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. »

Article L2222-2

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 14 II Journal Officiel du 7 juillet 2001)

L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :

1° Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical ;

2° Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;

3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi, ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende si le coupable la pratique habituellement.

La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Nota : Ordonnance 2000-916 2000-09-19 art. 3 : à compter du 1er janvier 2002, dans tous les textes législatifs prévoyant des amendes ou d'autres sanctions pécuniaires ou y faisant référence, les montants exprimés en francs (200 000 F, 500 000 F) sont remplacés par des montants exprimés en euros (30000 euros, 75000 euros).

Article L2222-3

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2002)

Le fait de procéder à une interruption de grossesse après diagnostic prénatal sans avoir respecté les modalités prévues par la loi est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende.

Article L2222-4

(Créé par Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 15 II Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte.

La prescription ou la délivrance de médicaments autorisés ayant pour but de provoquer une interruption volontaire de grossesse ne peut être assimilée au délit susmentionné.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Nota : Ordonnance 2000-916 2000-09-19 art. 3 : à compter du 1er janvier 2002, dans tous les textes législatifs prévoyant des amendes ou d'autres sanctions pécuniaires ou y faisant référence, les montants exprimés en francs (300 000 F, 500 000 F) sont remplacés par des montants exprimés en euros (45000 euros, 75000 euros).

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire)

Partie réglementaire

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre Ier : Dispositions générales

Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse

Section 1 : Consultation précédant l'interruption volontaire de grossesse

Article R2212-1

(Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 72

(Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 80)

La consultation mentionnée à l'article L. 2212-4 est donnée :

1° Soit dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, créé en application de l'article L. 2311-1 ;

2° Soit dans un centre de planification ou d'éducation familiale agréé en application de l'article L. 2311-2 ;

3° Abrogé ;

4° Soit dans un organisme agréé dans les conditions fixées aux articles R. 2212-2 et R. 2212-3.

Article R2212-2

(Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 72)

Pour bénéficier d'un agrément pour l'application de l'article L. 2212-4, les organismes mentionnés au 4° de l'article R. 2212-1 doivent satisfaire aux conditions suivantes :

1° Etre gérés par une personne morale de droit public ou par une personne morale de droit privé à but non lucratif et à vocation sociale ;

2° Disposer de locaux appropriés à la nature de l'entretien prévu à l'article L. 2212-4 ;

3° Disposer d'un personnel assurant les consultations présentant les aptitudes et l'expérience nécessaires et n'ayant pas été condamné pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes moeurs, ou pour une infraction prévue aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal, au titre II du présent livre et au chapitre IV du titre III du livre IV de la partie V du présent code ;

4° S'engager à assurer une périodicité au moins hebdomadaire des consultations.

Article R2212-3

(Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 72)

L'agrément est accordé par le préfet du département, après consultation d'une commission dont la composition est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Cette commission comprend notamment des fonctionnaires des services relevant du ministre chargé de l'action sociale, un médecin de l'agence régionale de santé, des représentants des associations familiales et des personnes qualifiées en matière familiale et sociale.

L'agrément peut être donné à titre provisoire ou pour une durée limitée.

Il est retiré selon la même procédure, après que l'organisme a été invité à présenter ses observations, lorsque cet organisme méconnaît les prescriptions du deuxième alinéa de l'article L. 2212-4, ou cesse de satisfaire aux conditions posées à l'article R. 2212-2.

Section 2 : Pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé

Article R2212-4

(Modifié par Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 2)

Les établissements publics définis aux articles L. 6132-1, L. 6132-2, L. 6141-1, L. 6141-2 et L. 6147-3 qui disposent de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.

Article R2212-5

Pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, les établissements privés doivent disposer de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie.

Article R2212-6

Les établissements publics ou privés qui pratiquent les interruptions volontaires de grossesse disposent de capacités leur permettant de prendre en charge, sans délai, au sein de leurs installations de médecine, de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, toute complication, même différée, survenant aux femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse.

Article R2212-7

Les établissements publics qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse comportent un centre de planification ou d'éducation familiale agréé ou passent une convention afin que ce centre exerce, dans l'établissement, les activités définies par les articles R. 2311-7 à R. 2311-18.

Les établissements privés qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse passent une convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale agréé afin que ce centre exerce les activités définies par les articles R. 2311-7 à R. 2311-18.

Article R2212-8

Pour l'application des dispositions de l'article R. 2212-4, aux mots : « Les établissements publics définis aux articles L. 6132-1, L. 6132-2, L. 6141-1 et L. 6141-2 » sont substitués les mots : « L'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ».

Les dispositions de l'article R. 2212-7 ne sont pas applicables à la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Partie réglementaire

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre II : Dispositions pénales

Chapitre II : Interruption illégale de grossesse

Section unique

Article R2222-1

Le fait pour un directeur d'établissement de santé où une femme est admise en vue d'une interruption volontaire de grossesse de ne pas se faire remettre ou de ne pas conserver pendant un an les attestations justifiant que l'intéressée a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe.

Est puni de la même peine le fait pour le directeur d'un établissement de santé de ne pas se faire remettre ou de ne pas conserver pendant trois ans l'attestation médicale prévue par l'article L. 2213-1.

Article R2222-2

(Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 73)

Le fait pour un médecin de ne pas établir la déclaration prévue par l'article L. 2212-10 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe.

Est puni de la même peine le fait pour le directeur d'un établissement de santé de ne pas adresser cette déclaration au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence dans les conditions prévues à l'article L. 2212-10.

Article R2222-3

La récidive des contraventions prévues aux articles R. 2222-1 et R. 2222-2 est réprimée conformément à l'article 132-11 du code pénal.

Direction générale de la santé
Sous-direction santé et société, SD 6 D
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation du système de soins

Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

NOR : MESP0130680C
(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse ;
Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence ;
Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence ;
Articles L. 2123-1, 2211-1 à 2223-2, 2311-4, 5134-1, 5134-2, 5134-3 et 6121-6 du code de la santé publique ;
Arrêté du 27 mai 1999 portant modification aux exonérations à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine ;
Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique ;
Décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement ;
Article L. 312-16 du code de l'éducation.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales) (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour exécution) La loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, dite « loi Neuwirth » et la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), dite « loi Veil », ont constitué des avancées fondamentales pour les femmes et leurs droits.

Toutefois, elles appelaient des aménagements au regard des évolutions tant médicales que sociales. La loi du 4 juillet 2001 (JO du 7 juillet 2001) a modifié et actualisé les dispositions légales antérieures.

La majorité des dispositions de la loi est d'application immédiate, toutefois, quelques mesures spécifiques ne pourront prendre effet qu'à la parution des textes réglementaires.

La présente circulaire a pour objet de préciser le contenu et les échéances de mise en œuvre des mesures législatives relatives à l'interruption volontaire de grossesse, à l'éducation à la sexualité et à la contraception ainsi qu'à la stérilisation à visée contraceptive.

1. L'interruption volontaire de grossesse

1.1. Les dispositions communes : l'accès à l'IVG est facilité

1.1.1. L'allongement du délai légal de recours à l'IVG (articles 1 et 2)

L'allongement de dix à douze semaines du délai légal de recours à l'interruption volontaire de grossesse doit permettre de réduire sensiblement le nombre de femmes contraintes de partir à l'étranger pour interrompre leur grossesse parce qu'elles sont hors délai. La nouvelle disposition aligne la législation française sur celle de la plupart de nos voisins européens.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) vient d'élaborer un référentiel de bonnes pratiques qui est annexé à la présente circulaire. La mise en application de ces recommandations professionnelles doit contribuer à une amélioration de la qualité des soins et une meilleure utilisation des ressources. Ces recommandations concernent le choix des techniques et le matériel utilisé.

Nous attirons tout particulièrement votre attention sur le contenu des recommandations touchant la pratique des IVG pour la période 10e-12e semaine de grossesse que la loi autorise désormais. L'ANAES indique que la technique de choix durant cette période est la technique chirurgicale qui requiert une formation spécifique.

1.1.2. L'organisation des IVG

En établissements publics de santé (article 8) : Tout chef de service ou de département ou tout praticien exerçant au sein dudit service ou département, peut opposer la clause de conscience s'il ne veut pas pratiquer personnellement les interruptions de grossesse. Toutefois, la pratique des IVG étant une mission de service public, tout chef de service ou de département est tenu d'en assurer l'organisation, dès lors que, conformément à la loi hospitalière, l'établissement lui en a confié la mission. Le bon fonctionnement de cette activité est évalué notamment lors de l'examen du bilan d'activité et du projet de service qui sont présentés par le chef de service lors de la demande de renouvellement de son mandat.

En établissements privés de santé (article 9) :

La limitation du nombre des IVG réalisées dans les établissements privés, telle qu'elle était prévue dans le cadre de la loi de 1975, est supprimée par l'article 9 de la loi. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse :

Les nouvelles dispositions de la loi (article 3) permettent d'envisager que les IVG puissent être prises en charge, au moins pour partie, en médecine ambulatoire, dans le cadre de conventions liant un établissement autorisé à pratiquer des IVG et des praticiens d'exercice libéral (modification de l'article L. 2212-2). La mise en œuvre de cette nouvelle possibilité (notamment le contenu de la convention, les conditions de délivrance des médicaments, la cotation des actes...) nécessite l'intervention de dispositions réglementaires en cours de préparation. Vous trouverez dans le référentiel de bonnes pratiques de l'ANAES, les recommandations relatives à mise en œuvre de l'IVG médicamenteuse.

Le renforcement des dispositions garantissant l'accès à l'IVG (article 17) :

L'article 17 renforce le délit d'entrave à la pratique légale des IVG : il élargit la notion de perturbation, ajoute la notion de pressions morales et psychologiques aux menaces et actes d'intimidation, étend cette protection à l'entourage des femmes concernées, alourdit les peines prévues

Il convient de rappeler que le délit d'entrave fait partie des actes que les directeurs d'établissements sont tenus de porter à la connaissance du procureur de la République en application des dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale.

1.1.3. L'information des femmes est améliorée

La suppression du délit de propagande et de publicité (article 13) :

L'article 13 abroge les dispositions de l'article 2221-1 du CSP qui sanctionnaient le délit de propagande et de publicité directe ou indirecte pour les établissements pratiquant l'IVG ou pour des médicaments, produits ou méthodes permettant une IVG. Cette abrogation facilitera la conduite d'actions en faveur de la prévention des grossesses non désirées et des IVG.

L'information au cours de la consultation médicale (article 4) :

Le médecin doit dès la première consultation médicale en vue d'une IVG, informer la femme des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels. Le dossier-guide, actuellement en cours d'actualisation, doit être remis à la femme au cours de cette consultation. Ce document contiendra toutes les informations relatives à l'IVG, aux différentes techniques d'intervention et aux structures de prise en charge. Il contiendra notamment des précisions sur le rôle de l'adulte accompagnant les mineures qui souhaitent conserver le secret.

Si le médecin souhaite recourir à la clause de conscience et refuse de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse, il est tenu de communiquer immédiatement à la patiente le nom de médecins susceptibles de pratiquer cette intervention afin de ne pas priver la femme de son droit d'accès à l'IVG, dans les meilleurs délais.

Le caractère obligatoire de la consultation sociale préalable à l'IVG est supprimé pour les femmes majeures (article 5) :

Toutefois cet entretien doit être systématiquement proposé.

Une 2e consultation sociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention (article 5-1.1.4). Les interruptions de grossesse pour motif médical (article 11) : la concertation est favorisée.

La loi élargit la procédure de concertation collégiale préalable à la réalisation des interruptions médicales de grossesse envisagées au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

En outre, la femme est mieux associée à la procédure par l'introduction dans la collégialité d'un médecin qu'elle aura choisi et la possibilité pour elle ou pour le couple d'être entendu :

- en ce qui concerne les IMG pour anomalie du fœtus, la concertation préalable s'inscrit dans le cadre des centres de diagnostic prénatal pluridisciplinaires : le décret n° 97-578 du 28 mai 1997 (décret en conseil d'Etat) relatif à ces centres sera modifié pour prendre en compte les nouvelles dispositions législatives ;
- s'agissant des interventions liées à un problème de santé de la femme, une équipe pluridisciplinaire d'au moins trois personnes procède à l'expertise de la situation. Les modalités de fonctionnement de l'équipe font l'objet d'un décret en conseil d'Etat en cours d'élaboration.

1.1.5. La suppression des conditions spécifiques d'accès des femmes étrangères à l'IVG

En réponse à de nombreuses questions sur les conditions d'accès à l'IVG des femmes étrangères, il convient de rappeler que les règles de droit commun sont applicables, désormais, aux intéressées. En effet, à l'occasion de la nouvelle codification de la partie législative du code de la santé publique (ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000), et afin d'adapter la loi française aux dispositions de la Convention européenne des droits de l'homme, les conditions spécifiques d'accès à l'interruption volontaire de grossesse antérieurement fixées pour les femmes étrangères (ancien article L. 162.11 du code de la santé publique), ont été supprimées. De ce fait, les modalités particulières de résidence fixées par voie réglementaire (décret n° 75-354 du 13 mai 1975) ne sont plus en vigueur. La réalisation d'une interruption de grossesse concernant une femme étrangère n'est donc soumise à aucune condition de durée et de régularité du séjour en France.

1.2. Les dispositions spécifiques pour les mineures (articles 7 et 20)

La loi ne revient pas sur le principe de l'autorisation parentale, qui demeure la règle. Toutefois, la loi prévoit dans certains cas une dérogation à ce principe qui tient compte des difficultés des mineures non émancipées qui sont dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale ou qui sont confrontées à une incompréhension familiale telle qu'elles souhaitent garder le secret.

1.2.1. L'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pu être recueilli, le choix de l'adulte accompagnant

La loi prévoit que « la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix ». Cette personne peut être un membre de sa famille, un proche ou une personne qualifiée, membre d'une association. Il convient, bien entendu, d'être attentif aux conditions dans lesquelles la mineure a exercé son choix, de manière à s'assurer, en particulier, qu'elle ne l'a pas fait sous une contrainte morale ou matérielle. C'est pourquoi il a été prévu qu'elle puisse être conseillée sur ce choix, lors de la consultation préalable. Le rôle de l'accompagnant : Cette disposition a pour seul objet d'autoriser la personne ainsi désignée par la mineure à l'accompagner dans toutes les démarches que requiert l'intervention volontaire de grossesse (consultation préalable, intervention elle-même et consultation postérieure). La personne accompagnante n'a pas, en revanche, à intervenir dans la décision de la mineure, ni quant à son choix de recourir à une interruption volontaire de grossesse ni quant à son souhait de garder le secret à l'égard de ses parents ou des titulaires de l'autorité parentale. Si, en principe, l'admission d'un mineur dans un établissement de santé requiert l'accord d'au moins l'un des titulaires de l'autorité parentale, une telle procédure n'a pas, bien entendu, à être suivie pour l'admission de la mineure accompagnée dans sa démarche par une personne majeure de son choix. De même, c'est l'adulte choisi par la mineure qui devra, si elle le souhaite, être informé de la sortie prochaine de celle-ci, à l'issue de l'hospitalisation.

La responsabilité de l'accompagnant : L'adulte choisi par la mineure pour l'accompagner dans sa démarche ne se voit accorder aucun attribut de l'autorité parentale et ne se substitue pas au représentant légal. Cette situation d'accompagnant ne génère donc, en principe, aucune obligation légale qui serait susceptible d'engager la responsabilité juridique de la personne concernée.

1.2.2. L'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pu être recueilli, les actes médicaux autorisés

Le médecin est habilité par la loi à pratiquer l'ensemble des actes afférents à la réalisation d'une intervention décidée de façon autonome par une adolescente et notamment l'anesthésie. Les personnels paramédicaux sont autorisés à distribuer les soins nécessaires, par ailleurs (art. 7). Les frais afférents à l'IVG sont d'ores et déjà pris en charge par l'Etat. Les modalités du dispositif seront définies par un décret, qui garantira l'anonymat de la personne mineure (art. 20).

2. L'éducation à la sexualité et la contraception

2.1. L'éducation à la santé et à la sexualité (articles 22 et 23)

Les nouvelles dispositions prévoient des séances obligatoires d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées d'une part, dans les structures accueillant des personnes handicapées d'autre part. Leurs modalités de mise en oeuvre seront déterminées prochainement avec les services des différents ministères concernés.

2.2. La prescription, la délivrance et l'administration des contraceptifs (articles 21, 24 et 25)

Les règles de prescription, de délivrance et d'administration des contraceptifs hormonaux, y compris les contraceptifs d'urgence, sont désormais intégrées dans le droit commun du médicament. C'est le classement sur la liste I ou sur la liste II des substances vénéneuses par arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur proposition du directeur général de l'AFSSAPS, qui impose, le cas échéant, une obligation de prescription médicale pour la délivrance d'un produit (en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale) ; actuellement, seul le contraceptif d'urgence Norlevo n'est pas soumis à prescription médicale obligatoire. S'agissant de la délivrance, ce sont les règles normales du monopole pharmaceutique qui s'appliquent, avec une dérogation au profit des centres de planification ou d'éducation familiale. Par contre, l'obligation de prescription médicale est maintenue dans la loi pour les contraceptifs intra-utérins, c'est-à-dire les stérilets qui sont des dispositifs médicaux, à l'exception d'un produit ayant le statut de médicament (MIRENA). Ils ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. La délivrance, dans les pharmacies ou les centres de planification ou d'éducation familiale, des diaphragmes et des capes, qui sont également des dispositifs médicaux contraceptifs (non utérins), n'est dorénavant possible que sur prescription médicale.

2.3. La prescription, la délivrance et l'administration des contraceptifs aux personnes mineures (article 24)

Le droit à la contraception leur est reconnu par la loi. Désormais la prescription, la délivrance et l'administration de contraceptifs aux personnes mineures ne sont plus subordonnées à une autorisation parentale. L'obligation d'accord parental est levée. Nous vous rappelons qu'au terme des dispositions de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000, les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence qui ne présentent aucun danger pour la santé peuvent être délivrés à titre gratuit aux mineures dans les pharmacies. Le décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 (Journal officiel du 28 mars 2001) autorise, dans les établissements d'enseignement du second degré, l'administration par les infirmières, dans les conditions déterminées par le protocole national qui lui est annexé, aux élèves mineures et majeures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non soumis à prescription médicale obligatoire. Le décret d'application relatif à la délivrance gratuite aux mineures en officine des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non soumis à prescription médicale obligatoire est actuellement soumis à la concertation des instances professionnelles (ordre des pharmaciens et syndicats de pharmaciens) et devrait être publié dès octobre 2001. Les dépenses liées à cette délivrance à titre gratuit seront prises en charge par le FNPEIS (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires).

3. La stérilisation à visée contraceptive

La loi encadre désormais la stérilisation à visée contraceptive qui n'est jamais possible pour les personnes mineures.

3.1. La stérilisation comme méthode contraceptive (article 26)

Un chapitre nouveau inséré dans le code de la santé publique autorise la stérilisation à visée contraceptive par ligatures des trompes et canaux déférents pour les personnes majeures qui le souhaitent. Cette pratique est entourée de garanties : une information par le médecin sur les risques, conséquences et méthodes, l'existence d'un consentement libre et éclairé, réitéré après un délai de réflexion de quatre mois. Les praticiens qui pour des raisons de conscience estiment ne pas devoir intervenir, doivent adresser la personne majeure à un autre praticien. Un dossier d'information destiné aux personnes souhaitant avoir recours à cette méthode contraceptive est en cours de réalisation. Il complètera utilement les informations délivrées par le médecin au cours de la première consultation.

3.2. La stérilisation comme méthode contraceptive pour les personnes dont les facultés mentales sont altérées (article 27)

Dans ce cas, la loi prévoit des dispositions protectrices spécifiques des droits et des intérêts des personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle. Pour ces personnes placées sous un régime de protection légale, seul un motif médical impérieux (une contre-indication formelle aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement) peut justifier une stérilisation. L'intervention est alors subordonnée à l'autorisation du juge des tutelles qui se prononcera après avis d'un comité d'experts et après avoir entendu la personne afin de s'assurer de la réalité de son consentement. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du dispositif. Nous appelons votre attention sur le fait qu'à ce jour, aucune disposition législative ou réglementaire n'est applicable au cas d'une demande émanant d'une personne majeure dont les facultés de discernement apparaissent altérées sans pour autant qu'elle soit placée sous tutelle ou sous curatelle. En cas de doute sur l'existence d'un consentement éclairé de la personne, le praticien ne peut pratiquer cette intervention.

4. L'application de la loi dans le temps

Le tableau annexé, ci-après, distingue :

- les dispositions d'application immédiate ;
- les dispositions dont la mise en oeuvre est liée à la publication des décrets d'application.

Nous vous informons qu'un groupe national d'appui va être constitué. Cette instance pourra intervenir pour apporter son aide à la résolution des difficultés qui pourraient apparaître sur le plan local, en ce qui concerne la pratique des IVG dans le cadre des nouvelles dispositions législatives.

Pour toute difficulté d'interprétation ou d'application de la loi, vous pouvez prendre contact avec les bureaux SD6D de la direction générale de la santé et O1 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation du système de soins.

Pour la ministre et la secrétaire d'Etat et par délégation : Par empêchement simultané du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et du chef de service : La sous-directrice de l'organisation du système de soins, M. Revel
 Pour la ministre et la secrétaire d'Etat et par délégation : Par empêchement du directeur général de la santé : L'adjointe au directeur général de la santé, C. D'Autume

Échéances de mise en oeuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception

OBJET DES MESURES	DISPOSITIONS D'APPLICATION IMMÉDIATE	DISPOSITIONS DONT LA MISE EN ŒUVRE est liée à la publication des textes d'application
I. - L'interruption volontaire de grossesse Délai de recours à l'IVG.	Allongement du délai de 10 à 12 semaines de grossesse (art. 1er et 2).	
IVG des mineures.	Les mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas pu être recueilli peuvent accéder à une IVG (art. 7). Dans ce cas : - elles se font accompagner par une personne majeure de leur choix ; - le médecin est habilité à pratiquer l'ensemble des actes médicaux afférents à la réalisation de l'IVG (notamment l'anesthésie) et les personnels paramédicaux sont autorisés à distribuer les soins.	Les frais afférents à l'IVG d'une mineure pour laquelle le consentement parental n'a pu être recueilli seront pris en charge par l'Etat, selon une procédure garantissant l'anonymat (art. 20). Un décret est en cours de préparation.
Modifications relatives à la consultation sociale.	Article 5 : - le caractère obligatoire de l'entretien préalable est supprimé en ce qui concerne les femmes majeures ; - un 2e entretien est systématiquement proposé à toutes les femmes après l'intervention ; - la conduite des entretiens est autorisée au sein des établissements de santé privés.	
Organisation des IVG dans les établissements publics de santé.	Les responsables des services auxquels incombe l'activité d'IVG sont tenus d'organiser cette activité au sein de leurs services (art. 8).	
Organisation des IVG dans les établissements privés de santé.	La limitation (quotas) du nombre des IVG réalisées dans les établissements privés est supprimée (art. 9).	Les installations dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer lorsqu'ils pratiquent des IVG seront fixées par un décret en cours de préparation.
IVG en médecine ambulatoire (art. 3).		Décret en préparation.
Modification du dispositif relatif aux interruptions de grossesse pour motif médical (art. 11).		Mise en oeuvre d'une procédure de concertation collégiale systématique préalablement à la réalisation de toute IMG. Un médecin choisi par la femme est associé à la concertation. La femme ou le couple peut être entendu préalablement à la réunion de concertation. 2 décrets sont prévus : - IMG pour anomalie du fœtus : le décret n° 97-578 du 28 mai 1997 relatif aux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal est en cours de révision ; - IMG pour problème grave de santé de la femme : un décret est en cours de préparation.
L'information dans le domaine de l'IVG.	Les restrictions relatives à l'information et à la publicité dans le domaine de l'IVG sont supprimées (art. 13).	
Délit d'entrave à la pratique de l'IVG.	La définition du délit d'entrave est renforcée (art. 17).	
II. - La contraception et l'éducation à la sexualité.	Les dispositions des articles 21 à 25 sont applicables.	Les modalités de délivrance gratuite de contraceptifs d'urgence aux mineures seront définies par un décret en préparation.
III. - La stérilisation. La stérilisation à visée contraceptive est autorisée.	La stérilisation comme méthode contraceptive pour la population générale est autorisée (art. 26).	La stérilisation comme méthode contraceptive pour les personnes dont les facultés mentales sont altérées (art. 27) est autorisée sous réserve : - de l'existence d'un motif médical ; - du respect de dispositions protectrices spécifiques. Un décret fixant les conditions d'application du dispositif est en cours de préparation.

Arrêté du 1er février 2002 relatif à la création et à la composition du Groupe national d'appui aux centres d'interruption volontaire de grossesse

**SP 3 31
642**

NOR : MESH0230037A
(Texte non paru au *Journal officiel*)

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Le ministre délégué à la santé ;
La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à l'égalité professionnelle ;
Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 ;
Vu la lettre de mission du 6 novembre 2001,
Arrête :

Article 1er

Un groupe national d'appui aux centres d'interruptions volontaires de grossesse est constitué. Il a pour mission de faciliter l'intégration des centres d'orthogénie autonomes dans les services de gynécologie-obstétrique des établissements de santé et plus largement, d'accompagner la mise en place du dispositif légal issu de la loi du 4 juillet 2001.

Article 2

Le groupe national d'appui aux centres d'interruptions volontaires de grossesse est composé de :
Mme Jeandet-Mengual (Emmanuele), inspectrice générale des affaires sociales, présidente.
Docteur Aubeny (Elisabeth), gynécologue médicale, présidente de l'association française pour la contraception.
M. Bilis (Michel), directeur de l'hôpital Avicenne de Bobigny.
Mme Brielle (Nathalie), sage-femme au CHU de Caen.
Mme Busquet (Sophie), attachée de direction à la FHP.
Mme Crubille (Christine), anesthésiste à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris.
Mme Der Andreassian (Christine), infirmière et conseillère conjugale au centre d'orthogénie de Broussais.
Mme Gaudry (Danielle), gynécologue-obstétricienne, membre du bureau national de la Confédération française pour le planning familial.
Docteur Lefebvre (Philippe), vice-président de l'ANCIC, responsable du centre d'orthogénie de Roubaix.
Mme Lemoine (Cécile), chargée de mission départementale aux droits des femmes et à l'égalité.
Mme Leroy (Martine), présidente de l'association départementale du Mouvement français pour le planning familial de Loire-Atlantique.
Mme Lignieres-Cassou (Martine), députée.
Professeur Milliez (Jacques), chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Saint-Antoine à Paris.
Mme Miramand (Sophie), directrice de la polyclinique Urbain-V à Avignon.
Docteur MONTALVO, médecin inspectrice de santé publique à la DDASS du Bas-Rhin.
Mme Pourtaud (Danièle), sénatrice.
Mme Vignerou-Meleder, directrice de l'agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine.

Article 3

Les conclusions et les propositions de ce groupe national d'appui feront l'objet d'un rapport qui sera transmis aux ministres concernés.

Article 4

Les remboursements de frais de déplacement des membres du groupe national d'appui seront établis conformément aux conditions fixées par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990, et seront effectués avec effet rétroactif à dater du 1er janvier 2002.

Article 5

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité.
Fait à Paris, le 1er février 2002.

La ministre de l'emploi
et de la solidarité,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty
Le ministre délégué à la santé,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty

Décret n° 2002-797 du 3 mai 2002 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé

Décret abrogé par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003,
à l'exception de l'article 2

Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique

NOR: SANP0321523D

[...] Article 4

Sont abrogés :

29° **Le décret n° 80-632 du 5 août 1980** instituant des sanctions pénales en matière d'interruption volontaire de la grossesse et portant application de l'article L. 176 du code de la santé publique, sauf en tant qu'il s'applique à Mayotte;

Décret en Conseil d'Etat 80-632 du 05/08/1980 instituant des sanctions pénales en matière d'interruption volontaire de grossesse et portant application de l'article L176 (établissements privés d'hospitalisation) du code de la santé publique.

Journal officiel "Lois et Décrets" du 08/08/1980 / page 1986

SANTE PUBLIQUE - IVG - SANCTION PENALE

Art. 1 & 2 : le directeur de l'Etablissement d'hospitalisation est puni d'une amende s'il ne conserva pas pendant un an les attestations justifiant que l'intéressée a satisfait aux consultations prescrites avant l'intervention ou s'il ne conserve pas pendant 3 ans l'attestation prévus en cas d'avortement pour motif thérapeutique. Le médecin qui n'établit pas une déclaration pour chaque IVG est passible d'amende ainsi que le directeur de l'établissement d'hospitalisation qui ne transmet pas cette autorisation au médecin inspecteur régional de santé.

Art. 3 : remplacement de l'art. 16 du décret 75-750 du 07/08/1975 : les établissements d'hospitalisation privés sont tenus de conserver pendant un an au lieu de trois les attestations fournies par les femmes justifiant qu'elles ont satisfait aux consultations prescrites et le document faisant état des consentements pour une mineure célibataire. Ces établissements doivent conserver pendant 3 ans les attestations en cas d'avortement pour motif thérapeutique.

Application de la loi n°79-1204 du 31/12/79

94° **Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002** fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur, à l'exception de ses articles 2 et 5

Décret n°2002-796 du 3 mai 2002

Art. 1er. - Au chapitre III du titre 1er du livre II du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), sont insérés les articles suivants :

« Art. R. 152-10-6. - Lorsqu'elles n'ont pas lieu dans un établissement de santé, les interruptions volontaires de grossesse visées à l'article L. 2212-2, lesquelles sont soumises aux dispositions générales applicables aux interruptions volontaires de grossesse telles que prévues au livre II de la deuxième partie (partie Législative) et au chapitre III du titre 1er du livre II (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) du code de la santé publique, ne peuvent être réalisées que dans le cadre d'une convention conclue entre un médecin et un établissement de santé public ou privé, satisfaisant aux dispositions de l'article L. 2322-1 et conforme à la convention type annexée au présent décret.

« Ces dispositions ne sont pas applicables aux femmes du groupe rhésus négatif.

« Art. R. 152-10-7. - Les interruptions volontaires de grossesse pratiquées par un médecin dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R. 152-10-6 sont exclusivement réalisées par voie médicamenteuse. Le médecin effectue ces interruptions volontaires de grossesse et assure le suivi de la femme conformément aux recommandations professionnelles validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

« Art. R. 152-10-8. - Le médecin effectuant des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R. 152-10-6 justifie d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique, soit par une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

« Art. R. 152-10-9. - Avant de recueillir le consentement écrit de la femme dont l'âge de la grossesse et dont l'état médical et psycho-social permet la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux, le médecin l'informe sur les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse et sur leurs éventuelles complications.

« Le médecin rappelle à la femme la possibilité de rencontrer une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement ou organisme agréé dans les conditions prévues à l'article L. 2212-4.

« Le médecin délivre à la femme une information complète sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles.

« Art. R. 152-10-10. - Le médecin précise par écrit à la femme le protocole à respecter pour la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux.
« Il invite la femme à se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments.

« Art. R. 152-10-11. - Le médecin informe la femme sur les mesures à prendre en cas de survenance d'effets secondaires. Il s'assure que la femme dispose d'un traitement analgésique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai de l'ordre d'une heure.

« Art. R. 152-10-12. - Le médecin remet à la femme un document écrit dans lequel sont indiqués l'adresse précise et le numéro de téléphone du service concerné de l'établissement de santé signataire de la convention. Il lui indique la possibilité d'être accueillie à tout moment par cet établissement.

« Il remet également à la femme une fiche de liaison, définie conjointement avec l'établissement de santé signataire de la convention, contenant les éléments utiles de son dossier médical. Ce document est remis par la femme au médecin de l'établissement de santé, lors de son admission.

« Art. R. 152-10-13. - Seuls les médecins ayant conclu la convention mentionnée à l'article R. 152-10-6 peuvent s'approvisionner en médicaments nécessaires à la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux pratiquée en dehors d'un établissement de santé.

« Pour s'approvisionner en médicaments nécessaires à la réalisation de cette interruption volontaire de grossesse, le médecin passe commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie d'officine, dans les conditions prévues à l'article R. 5194.

« Art. R. 152-10-14. - La prise des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse est effectuée en présence du médecin.

« Art. R. 152-10-15. - Une consultation de contrôle et de vérification de l'interruption de la grossesse est réalisée au minimum dans les dix jours et au maximum dans les quinze jours suivant l'interruption volontaire de grossesse. »

Article non abrogé

Art. 2. - Les dispositions des articles R. 152-10-6 à R. 152-10-15 sont applicables dans la collectivité départementale de Mayotte. Pour l'application à Mayotte des dispositions des articles R. 152-10-6 à R. 152-10-15, aux mots : « Etablissement de santé » et « établissement de santé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 2322-1 » sont substitués les mots : « L'Etablissement public de santé territorial de Mayotte » ; au deuxième alinéa de l'article R. 152-10-13, les mots : « dans les conditions prévues à l'article R. 5194 » sont supprimés.

Art. 3. - Pour l'application dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon des dispositions des articles R. 152-10-6 à R. 152-10-15, aux mots : « Etablissement de santé » et « établissement de santé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 2322-1 » sont substitués les mots : « L'Etablissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ».

Art. 4. - L'article R. 5242 du code de la santé publique est abrogé.

Article non abrogé

Art. 5. - L'article 3 du décret du 26 décembre 2000 susvisé est ainsi modifié :

I. - A son troisième alinéa, les mots : « le délai mentionné à l'article R. 5104-23 étant alors porté à douze mois » sont supprimés.

II. - Les actuelles dispositions de l'article 3 deviennent son I. L'article 3 est complété par un II ainsi rédigé :

« II. - Le préfet notifie au demandeur la date à laquelle il a reçu l'avis émis par la section D ou E de l'ordre des pharmaciens sur les demandes d'autorisation mentionnées à l'article 85 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le préfet statue sur ces demandes d'autorisation dans le délai d'un mois qui suit la réception de cet avis. Toutefois, pour les demandes d'autorisation sollicitées en vertu des dispositions du dernier alinéa du I du présent article, si ce délai expire moins de douze mois après la date de réception desdites demandes par le préfet, celui-ci prend sa décision au plus tard au terme de ces douze mois.

Si, dans les cas prévus aux deux alinéas précédents, le préfet n'a pas reçu l'avis de la section D ou E de l'ordre national des pharmaciens pour le 31 décembre 2002 au plus tard, il notifie au demandeur que ledit avis n'est pas intervenu dans les délais prescrits et statue sur la demande, au plus tard le 31 janvier 2003.

Le silence conservé par le préfet à l'expiration des délais mentionnés aux alinéas précédents vaut autorisation tacite pour les activités qui font l'objet des demandes. »

Art. 6. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre délégué à la santé et le secrétaire d'Etat à l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

CONVENTION TYPE

CONVENTION TYPE AUX ARTICLES L. 2212-2 ET R. 152-10-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE FIXANT LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES MEDECINS REALISENT, HORS ETABLISSEMENT DE SANTE, LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE

Entre l'établissement de santé..., sis..., représenté par M. ou Mme..., dûment mandaté en qualité de... et M. ou Mme..., docteur en médecine, dont le cabinet est situé..., il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er} - L'établissement de santé s'assure que le médecin 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. 152-10-8. 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 médecin. 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.

Article 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 adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

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

Article 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.

Article 5 - Le médecin 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 médecin adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 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 médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 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.

Article 8 - Une copie de la présente convention est transmise, pour information, par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil départemental de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon. Fait à Paris, le 3 mai 2002.

95° Le décret n° 2002-797 du 3 mai 2002 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé, à l'exception de son article 2 ;

Art. 1er. - Au titre Ier du livre II du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), est créé le chapitre III suivant :

« Chapitre III

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. R. 152-10-1. - Les établissements publics définis aux articles L. 6141-1, L. 6141-2, L. 6132-1 et L. 6132-2 qui disposent de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.

« Art. R. 152-10-2. - Pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, les établissements privés doivent disposer de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie.

« Art. R. 152-10-3. - Les établissements publics ou privés qui pratiquent les interruptions volontaires de grossesse disposent de capacités leur permettant de prendre en charge, sans délai, au sein de leurs installations de médecine, de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, toute complication, même différée, survenant aux femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse.

« Art. R. 152-10-4. - Les établissements publics qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse comportent un centre de planification ou d'éducation familiale agréé ou passent une convention afin que ce centre exerce, dans l'établissement, les activités définies par le décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale.

« Les établissements privés qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse passent une convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale agréé afin que ce centre exerce les activités définies par le décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification et d'éducation familiale.

« Art. R. 152-10-5. - Les dispositions de l'article R. 152-10-4 ne sont pas applicables à la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Pour l'application des dispositions de l'article R. 152-10-1, aux mots : "Les établissements publics définis aux articles L. 6141-1, L. 6141-2, L. 6132-1 et L. 6132-2" sont substitués les mots : "L'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon" ».

Art. 2. - Les dispositions des articles R. 152-10-1 à R. 152-10-3 du code de la santé publique sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte. Pour l'application des dispositions de l'article R. 152-10-1, aux mots : « Les établissements publics définis aux articles L. 6141-1, L. 6141-2, L. 6132-1 et L. 6132-2 » sont substitués les mots : « L'établissement public de santé territorial de Mayotte ».

Art. 3. - Le décret n° 88-59 du 18 janvier 1988 portant application des articles L. 2212-8 et L. 2212-9 du code de la santé publique et relatif aux établissements publics d'hospitalisation tenus de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse est abrogé.

*Art. 4. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre délégué à la santé et le secrétaire d'Etat à l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.
Fait à Paris, le 3 mai 2002.*

Circulaire DGS/SD 6D/DHOS n° 2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

NOR : SANP0330380C
(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ;
Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ;
Circulaire DHOS/O1/DGS/SD 6 D n° 2002-350 du 14 juin 2002 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé publics et privés en période estivale.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information, mise en œuvre et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements (pour mise en œuvre) Le rapport du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a été mis en ligne sur le site internet du ministère, suite à sa remise au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ([http ://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/rapport.pdf)).

I. - LE GROUPE D'APPUI

Les conditions de mise en oeuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 ont fait l'objet d'un examen attentif de la part du groupe national d'appui, composé de parlementaires (une députée, une sénatrice), et de professionnels (praticiens, représentants d'établissements de santé publics et privés, associations...) et présidé par un représentant de l'inspection générale des affaires sociales. Cette instance, dont la création a été sollicitée par les parlementaires lors du vote de la loi du 4 juillet 2001 pour veiller aux conditions de l'intégration, voulue par le législateur, des structures autonomes pratiquant des IVG au sein des structures médicales de droit commun des établissements de santé, a, dans le cadre d'une mission élargie, examiné l'ensemble des difficultés d'application du texte législatif. Certains de ses membres se sont en outre déplacés sur le terrain, en fonction des difficultés d'application de la loi, afin de rencontrer les acteurs au plan local.

II. - LE RAPPORT DU GROUPE D'APPUI

Le rapport comporte :

- quelques données globales chiffrées sur l'IVG en France ;
- 10 chapitres consacrés aux réflexions du groupe d'appui, suivis de 10 fiches techniques de recommandations.

Les recommandations ne visent pas à modifier en profondeur le dispositif mais à l'améliorer. L'accès à l'IVG demeure globalement difficile et tout particulièrement dans certaines régions (notamment Ile-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur). La situation risque de s'aggraver dans les années à venir, compte tenu des perspectives de la démographie médicale et du départ progressif en retraite de la génération des médecins qui s'est mobilisée pour le vote de la loi Veil et a accompagné sa mise en oeuvre. Au regard de ces perspectives, le groupe d'appui envisage différentes pistes susceptibles d'améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, l'information du public sur l'IVG et la contraception.

III. - LA MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS

Les services du ministère s'attachent à prendre, le plus rapidement possible, les mesures nécessaires à la mise en oeuvre des recommandations touchant d'une part à l'adaptation des systèmes de recueil des données relatives aux IVG et d'autre part aux modifications des textes réglementaires nécessaires pour permettre l'application, dans de bonnes conditions, de l'ensemble des dispositions de la loi du 4 juillet 2001, notamment la possibilité de réaliser des IVG hors des établissements de santé. Nous attirons tout particulièrement votre attention sur les recommandations qui requièrent de votre part des efforts accrus en matière d'organisation de l'activité d'IVG au sein des établissements de santé, d'amélioration des dispositifs d'information du public.

1. L'organisation de l'activité d'IVG au sein des établissements de santé

Les recommandations sont les suivantes :

- les secrétariats des établissements de santé doivent être formés et sensibilisés à l'accueil et à l'orientation des femmes. L'objectif est qu'un premier rendez-vous soit donné dans les cinq jours, ainsi que le prévoient les recommandations de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Un secrétariat avec une ligne spécifique devrait être dédié au service d'IVG lorsque l'activité le justifie ;
- il est nécessaire que le bloc opératoire (salle d'opération et salle de réveil) soit organisé afin qu'une plage horaire soit réservée aux IVG, ce qui améliorera la prise en charge rapide des actes et notamment ceux afférents aux termes les plus tardifs (10-12 semaines de grossesse). Les chefs de service concernés ainsi que le conseil du bloc opératoire sont incités à veiller à une programmation concertée du plateau technique, qui garantisse un accès à l'activité d'IVG ;

- la technique médicamenteuse, qui ne nécessite ni hospitalisation ni plateau technique doit être développée dès lors qu'elle correspond au choix de la femme concernée ;
- certaines régions ont intégré l'IVG aux volets « périnatalité » de leur schéma régional d'organisation des soins. Les agences de l'hospitalisation doivent poursuivre cette démarche dans les travaux à venir et prévoir l'organisation de la prise en charge des IVG dans leur région, notamment lorsque cela n'a pas été le cas en 1999. Les travaux des commissions régionales de la naissance consacrés à ce sujet doivent également être poursuivis ;
- la continuité de la prise en charge en période de vacances, notamment estivales, doit être assurée. Chaque année, depuis 1998, une circulaire vous est adressée, vous invitant à assurer une coordination entre les établissements de santé afin de maintenir dans des conditions acceptables cette mission de service public. Il est indispensable que l'organisation de cette activité en période estivale fasse l'objet d'une concertation préalable d'une part, au sein des établissements de santé, entre les professionnels concernés, et d'autre part, entre tous les établissements de santé d'un même secteur sanitaire prenant en charge les IVG, sous la responsabilité des DRASS et des ARH. Vous procéderez en cours d'été à la vérification du bon fonctionnement du dispositif d'orientation et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge par les établissements de santé concernés et rendrez compte à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau O1) d'éventuelles difficultés ou de dysfonctionnements particuliers.

2. Faciliter la prise en charge des IVG des 11e et 12e semaines de grossesse

Le groupe d'appui estime que les IVG afférentes à cette période sont progressivement prises en charge dans de nombreux centres et services. Toutefois, des progrès restent à réaliser. Le rapport du groupe national d'appui recommande qu'au moins un établissement par département assure cette prise en charge. Toutefois, dans l'attente de la généralisation de cette prise en charge par l'ensemble des établissements de santé concernés, les ARH et les DRASS doivent s'assurer que les IVG de la période 10-12 semaines de grossesse sont réalisées par plusieurs établissements de santé sur la région, répartis de manière à assurer l'accès aux soins des femmes.

Le groupe préconise la mise en place, au niveau régional, de formations de type « compagnonnage » en direction des médecins souhaitant recevoir les informations techniques nécessaires à la pratique des IVG de la période 10-12 semaines de grossesse et reposant sur le repérage d'une équipe de 2 ou 3 médecins expérimentés, volontaires pour entreprendre une formation de leurs confrères en utilisant des outils adaptés.

La circulaire DHOS/DGS du 14 juin 2002 demandait aux DRASS de développer des actions de formation en direction des médecins, selon les modalités qui leur paraissaient les plus appropriées. Des démarches de formation de type « compagnonnage » étaient recommandées. La circulaire n° 2003/36 du 16 janvier 2003 (DNO 2003) demandait, par ailleurs, la poursuite de ces actions en 2003. Les DRASS voudront bien transmettre à la Direction Générale de la Santé (bureau SD6D), un état des formations organisées en 2002 et 2003 dans ce cadre avant le 5 septembre 2003 (nombre d'actions de formations entreprises, nombre des médecins ayant participé à ces formations, nombre d'actions envisagées).

Par ailleurs, dans le cadre de ses rencontres avec les professionnels, le groupe d'appui a constaté une connaissance insuffisante des recommandations de l'ANAES diffusées en mars 2001 sur la prise en charge des IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse. Je vous prie de trouver, ci-joint, un exemplaire de ces recommandations, afin de renouveler la diffusion déjà effectuée dans le cadre de publication de la circulaire du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001. Ces recommandations figurent également sur le site internet de l'ANAES.

3. Dégager les conditions satisfaisantes d'une intégration des centres autonomes dans le droit commun hospitalier

Le groupe préconise quelques solutions pratiques pour mettre en œuvre l'article 8 de la loi du 4 juillet 2001 et faciliter une intégration fonctionnelle des centres autonomes dans le droit commun de l'organisation hospitalière. Dans les établissements de santé qui sont tenus d'assurer l'activité d'IVG, le chef de service concerné doit, comme pour toutes les activités médicales, assurer l'accueil et la prise en charge de l'IVG dans son service, même s'il invoque la clause de conscience pour refuser de les pratiquer à titre personnel. La réorganisation des centres IVG ne doit pas se faire au détriment de cette activité. Elle doit apporter toutes les garanties de qualité et de sécurité de la prise en charge et poursuivre un objectif qualitatif en assurant la continuité du service public. A cette fin, l'activité d'IVG doit être articulée avec les activités d'information à la sexualité, de planification familiale et de contraception. Le chef du service dans lequel elle s'exerce doit intégrer l'activité d'orthogénie dans le projet de service mentionné à l'article L. 6146-5 du CSP, en précisant les moyens humains et matériels qui y sont consacrés, et en évaluant notamment le respect des bonnes pratiques élaborées par l'ANAES. Cette activité doit être organisée avec un personnel volontaire, animé par un projet médical commun. Dans la mesure du possible, les praticiens assurant l'activité d'orthogénie doivent pouvoir bénéficier d'un statut stable dans les établissements publics. L'article susmentionné du code de la santé publique prévoit que le chef de service établit tous les deux ans un rapport d'activité et d'évaluation remis au directeur et au président de la commission médicale d'établissement. Ce rapport devra comporter une évaluation de la qualité de la prise en charge des IVG par le service, comportant au minimum les informations précisées sur la fiche jointe en annexe.

Les ARH transmettront à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau O1) un état des lieux des conditions de prise en charge des IVG et du mode d'organisation des structures les pratiquant, selon le modèle joint en annexe, avant le 5 septembre 2003.

4. Améliorer l'information

L'entretien psycho-social :

Il convient de veiller aux modalités d'organisation de l'activité relative aux entretiens. Il est constaté que la proximité des lieux de consultation et d'entretien favorise le dialogue établi dans les équipes, notamment entre médecins et personnels assurant les entretiens ainsi que la présence de ces derniers sur les lieux où sont réalisées les consultations médicales. Par ailleurs, les facilités apportées à la prise des différents rendez-vous médicaux favorisent la proposition d'un entretien. Les dispositifs d'information : L'information du public sur l'IVG ne doit pas être strictement liée à la demande d'intervention, elle doit être générale, préventive et s'adresser à tous. L'objectif de réduction des grossesses

non désirées rend nécessaire le renforcement des dispositifs plus globaux relatifs à l'éducation à la sexualité et à l'information sur la contraception.

L'éducation à la sexualité : La multiplication des séances obligatoires d'éducation à la sexualité, prévue par la loi du 4 juillet 2001 sur l'ensemble du cursus scolaire (au moins trois séances annuelles), nécessite un appel accru à des intervenants extérieurs aux établissements scolaires et tout particulièrement aux conseillers conjugaux et familiaux dont le champ de compétences recouvre la mise en oeuvre d'actions collectives sur ce sujet. Les partenariats entre les services de l'éducation nationale et les DRASS, DDASS, mis en place en application des recommandations de la circulaire Education nationale n° 2003-207 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité, peuvent constituer pour les services déconcentrés du ministère, le cadre du soutien à apporter aux interventions précitées ou de l'information actualisée à donner sur les nouvelles dispositions adoptées en matière de contraception des mineurs.

L'information sur la contraception : De nombreux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmières scolaires...) et des structures variées (établissements de santé, centres de planification ou d'éducation familiale, établissements d'information, de consultation et de conseil familial, associations...) sont habilités à répondre aux besoins de la population en matière d'information sur la contraception ou à mettre en oeuvre les dispositions spécifiques concernant les mineurs sur ce sujet (accès gratuit et anonyme à la contraception d'urgence dans les pharmacies, accès gratuit et anonyme concernant tous les moyens de contraception dans les centres de planification ou d'éducation familiale). Cependant, les modalités d'accès à ces professionnels sont disparates et la répartition géographique des structures sur le territoire est inégale. Il apparaît important que les DDASS veillent à ce que l'accès aux différents dispositifs soit effectif pour l'ensemble de la population de chaque département et recherchent, le cas échéant, des solutions alternatives en collaboration avec les collectivités territoriales (cf. fiche 5 du rapport). Le recensement des lieux d'information à la contraception qui a été demandé par mes services à tous les départements constitue un élément indispensable de l'état des lieux à réaliser pour effectuer cette vérification.

La place des permanences téléphoniques d'information relatives à l'IVG et à la contraception doit être affirmée et leur efficacité améliorée, notamment par la mise à leur disposition d'informations actualisées par les établissements de santé et les DRASS (information, orientation). Le rôle accru de ces structures, constaté dans le cadre du bilan de leur fonctionnement réalisé en novembre 2002 et transmis récemment aux DRASS doit donc être conforté.

Vous voudrez bien nous faire part des difficultés qu'appelle la mise en oeuvre des recommandations contenues dans le rapport élaboré sur la base des travaux du groupe national d'appui.

Pour le ministre et par délégation, Par empêchement du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :
Le chef de service, J. Debeauvais

Pour le ministre et par délégation, Par empêchement du directeur général de la santé : Le chef de service, Dr Y. Coquin

Région

Il vous est demandé de réaliser pour le 5 septembre 2003 une synthèse régionale des conditions de prise en charge des IVG. Vous nous transmettez également une liste exhaustive des établissements de santé qui les pratiquent précisant leur numéro Finess géographique.

1. Nombre d'établissements publics et privés participant au service public hospitalier pratiquant des IVG
2. Nombre d'établissements privés (hors PSPH) pratiquant des IVG
3. Parmi ces établissements, nombre refusant les IVG au-delà de 12 semaines d'aménorrhées

Activité en 2002

4. Nombre d'IVG
 - médicamenteuse- chirurgicale :
 - sous anesthésie générale
 - sous anesthésie locale
5. Nombre d'IVG pratiquées au-delà de 12 semaines d'aménorrhées*
6. Nombre de mineures prises en charge pour une IVG en 2002
7. Délai pour obtenir un RDV :
 - délai moyen de prise en charge au mois d'octobre 2002*
 - délai moyen de prise en charge au mois d'août 2003
8. Nombre de refus de prise en charge en octobre 2002*

* NB : item facultatif dans la SAE 2002

Organisation des structures assurant les IVG

9. Nombre d'unité(s) autonome(s) placée(s) sous la responsabilité directe du directeur d'établissement
 - dans un service de gynécologie obstétrique
 - dans un service de chirurgie
10. Nombre d'unité(s) fonctionnelle(s) au sein d'un service hospitalier
11. Nombre de service(s) hospitalier(s) assurant les IVG
 - de gynécologie obstétrique
 - de chirurgie
12. Nombre de service(s) hospitalier(s) d'orthogénie

Localisation de la structure

Nombre de structures situées :

13. Dans les mêmes locaux que ceux du service auquel elle appartient
14. Dans des locaux distincts sur un même site géographique
15. Sur un site géographique différent de son établissement de rattachement

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

NOR: SANX0300081R

Le Président de la République,
Sur le rapport du Premier ministre et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Vu la Constitution, notamment l'article 38 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de l'action sociale et des familles ;
Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu le code général des collectivités territoriales ;
Vu le code de la construction et de l'habitation ;
Vu le code rural ;
Vu le code des marchés publics ;
Vu la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 modifiée relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'oeuvre privée ;
Vu la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, notamment les articles 2, 6, 20, 21 et 34 ;
Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 2 juillet 2003 ;
Le Conseil d'Etat entendu ;
Le conseil des ministres entendu,
Ordonne :
[...]

TITRE Ier
TRANSFERT DE COMPÉTENCES DÉTENUES PAR LE MINISTRE OU LE PRÉFET AU DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION

TITRE II
SIMPLIFICATION DE LA PLANIFICATION SANITAIRE

Article 9

I. - L'article L. 2212-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 2212-2. - L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. - Le deuxième alinéa de l'article L. 2213-1 du même code est ainsi rédigé :

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement de santé. »

III. - Le chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du même code est ainsi rédigé :

« Chapitre II
« Etablissements de santé recevant des femmes enceintes

« Art. L. 2322-1. - Les dispositions du livre Ier de la sixième partie sont applicables aux établissements de santé recevant des femmes enceintes.

« Art. L. 2322-2. - Les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse sont fixées par décret. »

Circulaire DGS/SD 6 D n° 2003-631 du 30 décembre 2003 relative aux modalités d'application et au suivi de dispositifs mis en œuvre par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

NOR : SANP0330731C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 ;

Décrets n° 2002-778, n° 2002-779, n° 2002-799 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002) ;

Circulaires n° 2001-467 du 28 septembre 2001 et n° 2003-71 du 13 février 2003.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information, mise en œuvre et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en œuvre)

L'application de certains dispositifs mis en œuvre par la loi du 4 juillet 2001 requiert un suivi vigilant :

- la stérilisation à visée contraceptive dans le cadre de l'application de l'article 2123-2 du code de la santé publique : il convient de suivre attentivement les modalités de mise en œuvre de mesures qui concernent des personnes particulièrement vulnérables et qui s'inscrivent dans un domaine pour lequel le principe même d'un encadrement est récent ;
- des interrogations des professionnels apparaissent persister sur les conditions de réalisation des interruptions de grossesse pour motif médical et la prise en charge financière des IVG relatives aux mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas été recueilli. Les remontées d'informations concernant ces dispositifs révèlent des difficultés, confusions ou dysfonctionnements, montrant la nécessité d'en préciser à nouveau les modalités.

1. La stérilisation à visée contraceptive : la mise en œuvre de l'article 2123-2 du code de la santé publique

1.1. Le dispositif

L'article 26 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 a élargi le champ des méthodes contraceptives par la reconnaissance de la stérilisation par ligature des trompes ou des canaux déférents pour les personnes majeures qui le souhaitent (article 2123-1 du code de la santé publique). Dans le cadre de l'article 27 du même texte, le législateur a assorti la reconnaissance d'un droit général à la stérilisation volontaire, de dispositions protectrices spécifiques des droits et des intérêts des personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle (art. 2123-2 du code de la santé publique). La circulaire n° 2003-71 du 13 février 2003 a rappelé aux DRASS la nécessité de constituer au niveau régional les comités d'experts prévus par l'article L. 2123-2 précité du code de la santé publique. Le rôle et les modalités de fonctionnement de ces instances ont été définis par le décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002).

1.2. La remontée des informations

Il apparaît tout particulièrement important de disposer de données régulières et précises sur le fonctionnement de ce dispositif afin de connaître, pour les personnes concernées :

- la place occupée par cette méthode contraceptive, dans la perspective de son évaluation au regard de l'éventail des techniques de contraception ;
- l'efficacité de la protection assurée aux intéressés dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif ;
- les difficultés éventuelles rencontrées d'une part par les patients, d'autre part par les professionnels ou les représentants d'associations, membres des comités, enfin les représentants des DRASS dans le cadre du fonctionnement des comités.

A cet effet, les DRASS voudront bien faire parvenir, avant le 13 février 2004, à la direction générale de la santé (bureau SD 6 D, B. Boisseau-Mérieau, tél. : 01-40-56-56-22) les éléments d'information suivants :

- la date de mise en place du comité ;
- le nombre de réunions du comité organisées depuis mai 2003 ;
- le nombre de situations examinées par le comité ;
- les avis délivrés par le comité : nombre d'avis favorables / nombre d'avis défavorables ;
- toutes informations relatives aux difficultés rencontrées tant dans le fonctionnement des comités que vis-à-vis des personnes concernées ;
- la copie de l'arrêté de nomination des membres du comité.

2. Les interruptions de grossesse pour motif médical

Suite aux interrogations de certains professionnels sur les modifications apportées par la loi du 4 juillet 2001 à la pratique des interruptions de grossesse pour motif médical, il convient d'apporter les précisions suivantes :

2.1. Le dispositif

Le texte législatif précité n'a pas remis en cause les grands principes de la loi du 17 janvier 1975 et notamment, dans le cadre de deux chapitres spécifiques, la distinction que cette loi a effectuée entre d'une part l'IVG, pour laquelle la seule décision de la femme intervient et des conditions de délais sont requis, et, d'autre part, l'interruption de grossesse pour motif médical, réalisée sans restriction de délai, décidée par la personne intéressée mais pratiquée sous réserve de l'attestation d'une indication médicale relevant des seuls praticiens. L'article L. 2213-1 du code de la santé publique, tel qu'issu de l'article 11 de la loi précitée, a prévu la mise en place d'une procédure de concertation préalable à la réalisation de toute interruption médicale de grossesse, et cette dernière ne peut être envisagée qu'au regard d'indications médicales clairement circonscrites par la loi : mise en péril grave de la santé de la femme par la poursuite de la grossesse ou existence d'une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité, reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

La circulaire DGS/DHOS n° 2001/467 du 28 septembre 2001 a rappelé que ces critères, dont le caractère médical et la gravité doivent être incontestables, étaient les seuls susceptibles d'être retenus pour une interruption médicale de grossesse ; elle a, par ailleurs, précisé les objectifs des nouvelles dispositions législatives qui ont généralisé la mise en œuvre d'une procédure de concertation collégiale pluridisciplinaire à l'ensemble des indications médicales susmentionnées.

2.2. L'application du 2e alinéa de l'article L. 2213-1 : les interventions liées à un problème grave de santé de la femme

Les modalités de constitution et de réunion des équipes prévues pour les situations relevant de l'application du 2e alinéa de l'article L. 2213-1, particulièrement souples et rapides, définies par le décret n° 2002-778 du 3 mai 2002, répondent à la nécessité de faire face à la situation d'urgence née de la mise en péril de la santé de la femme, du fait de sa grossesse. La composition de l'équipe pluridisciplinaire doit permettre à cette instance d'assurer au mieux sa mission. Elle est donc adaptée, au cas par cas, au problème de santé particulier de la femme. En conséquence, cette instance comprend, outre les trois personnes désignées par la loi (un gynécologue-obstétricien, un médecin choisi par la femme, un assistant social ou un psychologue), un praticien possédant la qualification indispensable pour procéder à l'expertise de la pathologie de la femme.

L'examen par cette instance, hors délai légal, de situations qui ne pourraient pas être rattachées aux indications médicales susmentionnées, mais qui relèveraient de difficultés d'ordre psycho-social rencontrées par la femme, ne disposerait pas d'un fondement légal et porterait atteinte à deux principes essentiels du dispositif législatif relatif à l'IVG : le respect du délai légal, l'appréciation de la situation de détresse par la femme elle-même. Vous voudrez bien faire connaître à la direction générale de la santé (bureau SD 6 D) les difficultés éventuellement rencontrées dans la mise en œuvre des textes applicables.

3. La prise en charge financière de l'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas été recueilli

Le décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 a fixé les modalités de prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures alors que le consentement parental à l'intervention n'a pas été recueilli. La circulaire CIR-49/2003 du 24 mars 2003 émanant de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a commenté ces modalités et précisé les procédures à mettre en œuvre pour préserver l'anonymat des assurées.

Le rapport de recommandations élaboré sur la base des travaux du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 a souligné que le dispositif réglementaire apparaissait souvent mal connu des professionnels. Des dysfonctionnements signalés récemment indiquent que cette méconnaissance demeure et qu'elle est, dans certaines situations, susceptible de pénaliser les mineures dans leurs démarches et de porter atteinte à leur droit légal d'accès à l'IVG. Des pratiques inappropriées apparaissent persister pour ces actes : utilisation de procédures de télétransmission incompatibles avec la nécessité de respecter l'anonymat, recours à des dispositifs inadaptés (par ex. dispositif AME).

Il apparaît donc indispensable que les établissements de santé procèdent à un rappel du dispositif auprès de l'ensemble des professionnels concernés par ces procédures.

Je vous précise enfin qu'une prochaine circulaire vous apportera toutes informations sur les conditions de mise en œuvre du dispositif relatif à la réalisation d'IVG hors établissements de santé.

Le directeur général de la santé, W. Dab

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique fixe dans le domaine de la contraception et de l'IVG des objectifs quantifiés susceptibles d'être atteints dans les cinq prochaines années

REPRODUCTION, CONTRACEPTION, IVG

	OBJECTIF		OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	97	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.	Améliorer les connaissances relatives à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG.	<ul style="list-style-type: none"> * Nombre d'IVG survenant en l'absence de contraception ou suite à une mauvaise utilisation de la méthode de contraception. * Population de femmes sexuellement actives qui ne souhaitent pas de grossesse et ont au moins un rapport sexuel sans utiliser de méthode contraceptive au cours des 28 derniers jours.

Circulaire DGS/6 D/DHOS/O1 n° 2005-290 du 22 juin 2005 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé et en médecine de ville pendant la période d'été

NOR : SANPO530271C

Date d'application : immédiate.

Textes de référence :

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 ;

Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002) ;

Décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004) ;

Arrêtés du 1^{er} juillet 2004 (JO du 13 juillet 2004) et du 23 juillet 2004 (JO du 28 juillet 2004) ;

Circulaire DGS/DHOS/n° 2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ;

Circulaire n° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information, mise en oeuvre et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en oeuvre).

La fermeture de certains services hospitaliers en période estivale implique de définir l'organisation de la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse à cette époque de l'année. Cette organisation doit être anticipée et coordonnée au plan régional pour garantir le principe de continuité du service public. Dans ce cadre, la prise en charge des IVG médicamenteuses en médecine de ville doit contribuer à faciliter l'accès des patientes à cet acte dans des délais satisfaisants.

En effet, la publication du décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 et de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'IVG a permis la mise place effective du dispositif relatif à la pratique d'interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé. Ce dispositif dont les modalités de mise en oeuvre ont été précisées par la circulaire n° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 offre aux femmes ne souhaitant pas poursuivre leur grossesse la possibilité d'être prises en charge par la médecine de ville. Il permet le développement d'une offre complémentaire à celle proposée en établissement de santé, garantissant des conditions équivalentes de qualité et de sécurité pour la réalisation des IVG médicamenteuses.

1. La coordination des différents acteurs

Elle doit être assurée à plusieurs niveaux :

Il appartient aux agences régionales de l'hospitalisation de veiller à ce que les établissements de santé de la région se coordonnent au sein de chaque territoire de santé pour permettre la réalisation des IVG dans des conditions satisfaisantes.

Cette coordination est, bien évidemment, étendue par chaque établissement, à l'activité des médecins avec lesquels il a passé une convention dans le cadre du dispositif « IVG en ville ». Au-delà de la nécessaire prise en compte de l'activité complémentaire développée par la médecine de ville, les établissements de santé doivent se montrer soucieux, tout particulièrement pendant cette période, de préserver leur aptitude à répondre à leurs obligations liées à la signature des conventions, notamment, à leur engagement à accueillir les femmes concernées à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels (art. 4 de la convention).

Pour faciliter l'orientation de femmes, les ARH veilleront à ce que les services concernés (gynécologie, urgences...) des établissements de santé de la région et les permanences téléphoniques régionales d'information relative à l'IVG et à la contraception disposent de la liste des services et des médecins de ville assurant la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse au cours de l'été.

Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales vérifieront que les permanences téléphoniques régionales d'information relative à l'IVG et à la contraception :

- assurent de manière efficace une orientation rapide et fiable des femmes qui, souhaitant recourir à une interruption volontaire de grossesse, s'adressent à elles ;

- disposent à cet effet, des éléments d'information émanant des ARH ou des établissements de santé de la région concernant les possibilités de prise en charge hospitalière ou en médecine de ville pendant la période d'été.

2. La poursuite des efforts entrepris en matière d'accès à l'IVG

2.1. Le fonctionnement du dispositif IVG en ville

2.1.1. La montée en charge du dispositif

Compte tenu du caractère encore récent de la mise en place effective du dispositif, de son aspect novateur et complexe, la montée en charge du dispositif apparaît très progressive. L'état des lieux réalisé au mois de mai 2005 indique que le nombre de conventions signées s'élève, au plan national, à près de 200. De nombreuses conventions sont encore actuellement en cours d'élaboration ou de finalisation. Afin de permettre aux médecins candidats à la pratique d'IVG médicamenteuses en cabinet de ville, de contribuer à l'effort particulier demandé pendant la période estivale, il est nécessaire que les établissements de santé finalisent au plus vite les conventions qui n'auraient pas encore été formellement signées.

Par ailleurs, certaines régions ne font état d'aucune convention signée. Le nouveau dispositif permet aux femmes d'être prises en charge en médecine de ville et constitue une offre complémentaire à celle proposée en établissement de santé. La possibilité d'accéder à ce nouveau mode de prise en charge doit être garantie sur tout le territoire. Il appartient donc aux ARH concernées de se mobiliser, en lien avec les DDASS, pour assurer la mise en place du dispositif relatif à la pratique IVG médicamenteuses en médecine de ville.

Les ARH feront parvenir à la DHOS avant le 31 décembre 2005, un nouvel état des lieux du nombre de conventions établies au sein de la région à l'attention de Solenne Barat à l'adresse suivante : solenne.barat@sante.gouv.fr ou par télécopieur : 01-40-56-41-89.

Les DRASS ont été chargées par la circulaire précitée n° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004, d'une mission générale d'information sur le dispositif. La participation encore relativement faible de la médecine de ville à la prise en charge des IVG médicamenteuses plaide en faveur d'une multiplication des actions à mener en direction des professionnels. Les actions prochainement développées dans ce cadre, sensibiliseront les professionnels concernés aux difficultés particulières rencontrées par les femmes pendant la période d'été, soulignées chaque année par les associations apportant une aide aux démarches des patientes.

2.1.2. La confidentialité des informations

Le recueil, à titre systématique, des fiches de liaison, par l'établissement de santé, constitue un dispositif de recours permettant au médecin du service réalisant la prise en charge, de pallier les difficultés qui pourraient résulter de l'absence totale d'informations sur la situation médicale de la femme et sur les actes déjà pratiqués. On ne peut pas, en effet, exclure totalement l'éventualité de l'admission dans l'établissement, d'une patiente qui ne serait pas munie de la fiche de liaison la concernant (oubli, situation d'urgence...). Cette procédure permet ainsi de garantir la continuité indispensable du suivi de la patiente.

La circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 a rappelé que les modalités de transmission des documents concernant les interruptions volontaires de grossesse pratiquées hors établissements de santé doivent assurer le respect de leur confidentialité. La signature d'une convention entre un établissement de santé et un médecin de ville doit s'accompagner 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.

2.2. L'orientation et la prise en charge des femmes

Une attention toute particulière doit être portée à la réalisation des actes dont la prise en charge, souvent complexe en cours d'année, peut s'avérer impossible pour certaines femmes qui ne trouveraient pas une aide appropriée, lorsque l'offre de soins est réduite :

- les IVG les plus tardives : l'absence de pratique des IVG relatives aux 11^e et 12^e semaines de grossesse par une part encore non négligeable des établissements de santé peut placer les femmes concernées dans l'impossibilité d'avoir accès à une intervention en France dans le cadre légal ;
- les IVG des mineures : des refus sont encore opposés par certains établissements à des demandes émanant de mineures pour lesquelles le consentement parental à l'intervention n'est pas susceptible d'être recueilli.

Les établissements prêteront une attention particulière à ces situations pour permettre leur prise en charge effective, soit au sein de leurs services, soit par une autre structure auprès de laquelle ils se seront assurés qu'une solution peut être apportée.

D'une façon plus générale, il apparaît important, au cours de la période estivale, qu'en lien avec les permanences téléphoniques régionales, les services d'accueil des établissements de santé consacrent un effort accru en matière d'orientation ou d'information, notamment en ce qui concerne les réponses apportées aux demandes de rendez-vous ou de renseignements sur les démarches à effectuer.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact avec les bureaux SD 6 D de la direction générale de la santé (bureau santé des populations, de la précarité et de l'exclusion, Béatrice Boisseau-Mérieau, mél : beatrice.boisseau-merieau@sante.gouv.fr) et O1 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau organisation générale de l'offre régionale de soins, Solenne Barat, mél : solenne.barat@sante.gouv.fr).

Pour le ministre et par délégation :
*Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
J. Castex

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
Pr D. Houssin

**Circulaire DHOS/DGS/O1/SD6D n° 2006-321 du 19 juillet 2006 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été.
Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville.
Coordination des différents acteurs**

NOR : SANP0630336C

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 ; décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002) ; décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004) ; arrêtés du 1^{er} juillet 2004 (JO du 13 juillet 2004) et du 23 juillet 2004 (JO du 28 juillet 2004) ;

Circulaire DGS/DHOS n° 2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ;

Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé ;

Circulaire DGS/6D/DHOS/O1 n° 2005-290 du 22 juin 2005 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé et en médecine de ville pendant la période d'été ;

Circulaire DHOS /E2/DGS/SD3A n° 2005-501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexes :

Annexe I. - Synthèse de l'évaluation de l'accessibilité dans les établissements de santé de métropole et d'outre-mer aux services pratiquant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) en 2005 ;

Annexe II. - Etat de l'IVG médicamenteuse en ville au 31 décembre 2005 ;

Annexe III. - Demande d'état des lieux régional.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et exécution) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information, exécution et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour exécution).

Les difficultés particulièrement importantes rencontrées chaque année, par les femmes pour accéder à une interruption volontaire de grossesse, au moment de la période d'été, en raison de la fermeture de certains services hospitaliers, s'inscrivent dans un contexte globalement peu favorable sur deux plans :

- le nombre des IVG ne diminue pas. Ainsi, la légère baisse observée en 2003 n'apparaît pas confirmée en 2004 (estimations 2004 : près de 208 000 IVG pour la métropole et près de 222 000 IVG pour la France entière/ données 2003 : 203 350 IVG pour la métropole et 216 430 IVG pour la France entière) ;

- l'accès à l'intervention demeure difficile, de façon générale, tout au long de l'année.

L'absence de baisse du nombre des actes prend place dans un « paradoxe français de la contraception ». Alors que les femmes bénéficient d'une diffusion massive des méthodes contraceptives, le nombre de recours à l'interruption volontaire de grossesse demeure toujours aussi important. Afin de lutter activement contre les grossesses non désirées, la campagne « contraception » annoncée pour 2007 et destinée au grand public, s'efforcera de promouvoir une meilleure utilisation des moyens contraceptifs et d'améliorer l'information sur la contraception d'urgence.

Au regard des données mentionnées ci-après, il convient d'accentuer les efforts déjà entrepris par les établissements de santé et les médecins de ville pour faciliter l'accès à l'IVG.

1. Le renforcement de la prise en charge des IVG par les établissements de santé

1.1. Les difficultés rencontrées

La synthèse d'une étude menée en 2005, à la demande de la DHOS, par la société New Case, sur l'accessibilité aux IVG dans les établissements de santé, illustre les difficultés rencontrées par les femmes.

47 % des 324 établissements contactés téléphoniquement par des femmes souhaitant accéder à une IVG, ont opposé un refus à leur demande de prise en charge.

55 % des appels téléphoniques émanant de femmes présentant une grossesse d'au moins 10 semaines ont fait l'objet d'un refus de prise en charge, tous établissements confondus et 33 % des appels émanant de femmes pour lesquelles le terme de la grossesse était d'au plus 5 semaines.

Ces refus ne signifient pas qu'aucune prise en charge n'a pu être effectuée pour ces situations car une orientation a été indiquée par les établissements dans 90 % des cas. Toutefois, ces résultats témoignent d'une grande difficulté d'accès à une intervention concernant des femmes bien souvent fragilisées sur le plan psychologique.

La proportion de refus est deux fois plus importante dans le secteur privé que dans le secteur public, soit, 71 % versus 35 %.

Les motifs de refus sont fortement liés au statut des établissements. Les établissements publics ont justifié 32 % des refus en invoquant majoritairement une absence de rendez-vous disponible et 30 % par la non prise en charge des IVG relatives au terme de 10 semaines et plus. Le secteur privé invoque quant à lui la nécessité, pour la patiente, de contacter au préalable un médecin rattaché à l'établissement (33 % des refus). Seuls 13 % des refus du secteur privé sont motivés par l'absence de rendez-vous disponible et 8 % par la non prise en charge des IVG les plus tardives.

Certaines régions sont davantage concernées par les difficultés d'accès à l'IVG. Les régions connaissant les taux de refus de prise en charge les plus importants sont les régions d'Ile de France (63 % de refus) et de Rhône-Alpes (56 %).

Vous trouverez en annexe 1 la synthèse de cette étude.

1.2. Les recommandations générales relatives à l'organisation

La mise en œuvre des recommandations émises en 2001 par la Haute autorité de santé en matière d'accueil et d'organisation des établissements de santé dans le cadre de son rapport « Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines », doit demeurer un objectif à atteindre par chaque établissement de santé et notamment :

- l'obtention d'un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant l'appel téléphonique de la patiente ;
- la mise à disposition d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité et largement diffusée. En dehors des heures ou jours de présence du personnel, un message téléphonique clair et précis apporte les réponses les plus utiles sur le fonctionnement de l'unité et les principales démarches à effectuer ;
- un accueil et un secrétariat opérationnels permettant d'apporter les principales réponses aux demandes des femmes, l'orientation vers les consultations nécessaires.

Par ailleurs, les recommandations émises en 2002 par le « Groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse » constituent également un cadre d'organisation de référence et notamment :

- la réservation dans les plannings hospitaliers d'une tranche horaire pour d'éventuelles urgences permettant ainsi la prise en charge rapide des IVG les plus tardives sans désorganiser les autres activités programmées ;
- l'organisation de la continuité de la prise en charge en période estivale. Les plannings des mois d'été seront remis au directeur de l'établissement qui en assurera la transmission à la permanence régionale d'information relative à l'IVG et à la contraception ;
- il incombe, par ailleurs, au directeur de l'établissement d'informer l'agence régionale de l'hospitalisation de l'organisation prévue.

1.3. IVG et réseaux en périnatalité

La circulaire DHOS/O1/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux en périnatalité précise que les professionnels des réseaux doivent être en mesure d'orienter les femmes qui les consultent dans le cadre d'une demande d'IVG vers la structure la plus adaptée pour la pratiquer. L'orientation en établissement de santé ou en cabinet de ville dépendra de la technique envisagée, et de la voie d'accès choisie par la patiente.

1.4. Etablissements de santé et prise en charge financière des IVG concernant certaines femmes étrangères

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 a modifié les conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME) aux étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence de plus de 3 mois en France. Pour les personnes ne pouvant pas justifier de 3 mois de résidence, le nouvel article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit la prise en charge de leurs soins urgents dispensés dans les établissements de santé. Les IVG sont des actes régis, sur le plan légal, par des conditions de délai strictement encadrées et sont donc considérées comme faisant partie de ces soins, dits urgents.

Les associations impliquées dans le domaine de l'IVG ont attiré l'attention des services du ministère chargé de la santé sur la méconnaissance, par certains établissements de santé, des règles de prise en charge financière concernant les soins urgents dispensés à ces populations spécifiques. Il est donc demandé aux établissements de santé de se référer aux instructions de la circulaire n° 141 du 16 mars 2005 pour la prise en charge des IVG concernant ces situations particulières.

2. Le développement du dispositif « IVG en médecine de ville »

2.1. La poursuite de la montée en charge de ce dispositif constitue un élément favorable à l'amélioration de l'accès des femmes à l'IVG

Le dernier bilan effectué au 31 décembre 2005 par la DHOS, à partir des données recueillies par les agences régionales de l'hospitalisation, fait état de 518 conventions signées par les médecins de ville, à cette date, avec 130 établissements de santé (cf tableau joint en annexe II).

Les dernières statistiques élaborées par la Caisse nationale d'assurance maladie sur la base des demandes de remboursement présentées par les femmes confirment, pour les premiers mois de l'année 2006, l'évolution positive de l'activité réalisée en médecine de ville. Ainsi, environ 1100 IVG mensuelles auraient été réalisées en janvier et février 2006 au lieu de 950 en moyenne sur les derniers mois de l'année 2005. Toutefois, le nombre d'actes réalisés par chaque médecin demeure peu important et stable (la majorité des médecins réalise une activité aboutissant au remboursement de 1 à 2 forfaits : 54,3% des médecins en janvier 2006 et 59,1% des médecins en février 2006).

2.2. Le fonctionnement de ce dispositif constitue une offre complémentaire à celle proposée en établissement de santé et doit être optimisé à la veille de la période estivale

Le développement du dispositif d'IVG médicamenteuse en ville :

Au 31.12.05, seuls, 135 établissements sur 654 pratiquant des IVG avaient passé convention avec des médecins de ville. En outre, certaines régions font état d'une absence totale de signature de conventions ou de quelques signatures seulement. Au-delà des actions générales de soutien au développement du dispositif, à mettre en œuvre par l'ensemble des ARH, DRASS, établissements de santé, en fonction de leurs compétences respectives, des efforts spécifiques doivent être réalisés pour promouvoir cette prise en charge auprès des médecins de ville, pour finaliser les conventions en cours et permettre ainsi aux femmes de disposer d'un réel accès à ce mode de prise en charge, le plus rapidement possible.

Par ailleurs, il convient que les établissements de santé veillent au maintien de moyens suffisants pour la mise en œuvre de leurs obligations conventionnelles et notamment pour la prise en charge des complications ou d'échecs éventuels liés à la réalisation d'IVG médicamenteuses en médecine de ville, le recueil des fiches de liaison ainsi que l'accompagnement des praticiens de ville signataires de conventions, dans le cadre d'un travail en réseau par le biais d'actions d'information et de formations.

L'information des femmes :

Les femmes doivent disposer cette année d'une meilleure connaissance du dispositif : la version actualisée du dossier-guide IVG, donnant toutes indications sur ce mode de prise en charge, diffusée fin 2005 en 300 000 exemplaires, facilitera leurs démarches et les aidera à effectuer plus rapidement les choix qui leur appartiennent.

Le suivi des conventions :

Les ARH feront parvenir à la DHOS avant le 1^{er} septembre un nouvel état des lieux du nombre de conventions signées à cette date au sein de la région en renseignant le tableau ci-joint en annexe III à l'attention d'Anne-Noëlle Machu à l'adresse suivante (anne-noelle.machu@sante.gouv.fr) ou par télécopie : 01-40-56-41-89).

3. L'organisation régionale et la coordination des différents acteurs

Les ARH veilleront à ce que les établissements de santé de la région se coordonnent au niveau du territoire de santé pour permettre la réalisation des IVG dans des conditions satisfaisantes pendant la période d'été.

Les plannings hospitaliers qui seront mis à la disposition des établissements de santé de la région, des professionnels des réseaux de santé en périnatalité et des permanences téléphoniques régionales d'information relative à l'IVG et à la contraception, mentionneront précisément, les périodes de fermeture éventuelle de services, et les présences des personnels participant à cette activité. Cette coordination est, bien évidemment, étendue par chaque établissement, à l'activité des médecins avec lesquels il a passé une convention dans le cadre du dispositif « IVG en ville ».

Les DRASS vérifieront que les permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception :

- sont en mesure d'informer les professionnels des réseaux de santé en périnatalité de l'accessibilité des services d'IVG ;

- assurent de manière efficace une orientation rapide et fiable des femmes qui, souhaitant recourir à une interruption volontaire de grossesse, s'adressent directement à elles ;

- disposent des éléments d'information émanant des établissements de santé de la région concernant les possibilités de prise en charge hospitalière ou en médecine de ville pendant la période d'été.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact avec les bureaux SD. 6D de la direction générale de la santé (bureau santé des populations, de la précarité et de l'exclusion, Boisseau-Mérieau [Béatrice], courriel : beatrice.boisseau-merieau@sante.gouv.fr) et O1 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau organisation générale de l'offre régionale de soins, Machu [Anne-Noëlle], courriel : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr).

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
J. Castex*

Pour le ministre et par délégation :

*le directeur général de la santé,
D. Houssin*

ANNEXE I

SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE DE L'ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE MÉTROPOLÉ ET D'OUTRE-MER AUX SERVICES PRATIQUANT LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG) EN 2005

Cette étude a été réalisée entre janvier et avril 2005 par la société New Case dans le cadre d'un appel d'offres de la DHOS. Elle a été remise en octobre 2005. Cette étude avait comme objectif de dresser un état des lieux de l'accessibilité des services pratiquant des IVG. Cet objectif s'est décliné en deux parties : une première partie portant sur la qualité de l'accessibilité aux services hospitaliers pratiquant des IVG (phase 1) et une seconde partie sur l'organisation des services et les moyens consacrés à cette pratique (phase 2).

I. - MÉTHODOLOGIE

324 établissements de santé ont été tirés au sort en respectant les quotas de 2/3 d'établissements publics et de 1/3 d'établissements privés, de 25,3% d'établissements situés en région Ile-de-France, 14 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), 13,8% en Rhône-Alpes, 5 % dans les DOM-TOM et 40,7% dans les autres régions métropolitaines.

Première phase - phase accessibilité : les 324 établissements de santé ont été contactés par des investigateurs en fonction de trois profils : mineure présentant 5 semaines de grossesse, femme majeure au stade de 5 semaines de grossesse et majeure au stade de 10 semaines.

Seconde phase - phase organisation et moyens : 100 établissements parmi les 324 ont été interrogés sous couvert de la DHOS en fonction d'un classement effectué en catégorie A (meilleurs) ou en catégorie B (moins bons), en respectant un quota 50 % catégorie A et 50 % catégorie B.

1. Etude sur la qualité de l'accessibilité

Points positifs

1. La qualité de l'accueil :

La procédure d'accueil (délais de réponse et nombre d'interlocuteurs) est jugée très satisfaisante dans les trois quarts des cas. Cette qualité est quasiment identique dans les établissements publics et privés de santé. L'accès à un seul interlocuteur est néanmoins plus fréquent dans le secteur privé. Les régions Rhône-Alpes et les autres régions métropolitaines ont les délais de réponse les plus rapides.

2. L'intérêt plus élevé pour les mineures

Une attention plus forte est portée aux mineures présentant 5 semaines de grossesse. Il lui sera donné plus de renseignements et le déroulement de la prise en charge et les méthodes d'IVG lui seront explicitées. Seule l'information fournie sur l'accompagnement par une personne majeure s'avère insuffisante.

Points négatifs

1. Des refus de prise en charge importants rendant difficile l'accès à l'IVG :

Sur les 324 établissements contactés, il a été constaté 47 % de refus de prise en charge à l'issue d'un appel téléphonique. Ce refus ne signifie pas qu'aucune prise en charge ne pourrait avoir lieu car une orientation a été indiquée dans 90 % des cas.

La proportion de refus est deux fois plus importante dans le secteur privé que dans le public, soit 71 % versus 35 %.

Les motifs de refus sont également fortement liés au statut des établissements. Les établissements publics ont refusé en invoquant majoritairement une absence de rendez-vous disponible (32 % des refus) ou une absence de prise en charge des IVG tardives (30 %). Le secteur privé a exposé la nécessité de prendre contact préalablement avec un médecin rattaché à l'établissement (33 % des refus). Seuls 12 % des refus des établissements privés sont motivés par une absence de rendez-vous disponible et 8 % par la non prise en charge, par leurs services, des IVG relatives au terme de 10 semaines de grossesse.

Lors de la phase 2 de l'enquête portant sur l'organisation et les moyens mis en oeuvre, 47 des 100 établissements ont explicité leur refus : il persiste certains refus de prise en charge de mineures qui n'ont pas d'autorisation parentale, de refus lorsque la femme n'habite pas à proximité de l'établissement, en raison de l'absence du seul médecin pratiquant les IVG ou de la mise en avant de la clause de conscience.

2. L'insuffisante attention portée aux femmes présentant une grossesse avancée :

Tous établissements confondus, les femmes présentant une grossesse tardive (de 10 semaines) se sont vues refuser une prise en charge dans 55 % des cas, alors que dans le cas d'une grossesse de 5 semaines la proportion n'est que de 33 %. Les refus sont motivés dans 41 % des cas par une absence de prise en charge de ces IVG par le service concerné.

L'intérêt porté pour les femmes dans cette situation apparaît moins bon que pour les femmes n'ayant que 5 semaines de grossesse, tant au niveau de l'information sur la prise en charge, que sur une date de consultation ou d'un délai pour une intervention. Il n'est pas forcément proposé de date d'intervention et, lorsqu'elle est donnée, elle variera entre 8 et 15 jours après l'appel. Cependant, dans 25 % des cas, les dates annoncées sont prévues dans des délais de 2 à 3 semaines après l'appel.

3. Le déficit d'information des femmes appelant les services hospitaliers :

Dans une majorité des cas (85 % environ), les informations fournies par les services hospitaliers lors d'un premier appel sont insuffisantes tant sur le déroulement de la prise en charge que sur les méthodes des IVG. Plus de la moitié des établissements ne fournissent aucune information au cours d'un premier contact. Ce constat est identique dans le secteur public et privé. Ce constat n'est pas identique selon les régions et la région Rhône-Alpes et les établissements d'outre-mer fournissent de meilleures informations sur le déroulement de la prise en charge.

4. De fortes inégalités régionales

Les régions d'Ile-de-France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et d'outre-mer connaissent de plus importantes difficultés d'accès à l'IVG. Les régions particulièrement concernées par les refus de prise en charge sont les deux régions Ile-de-France (63 % de refus) et Rhône-Alpes (56 %). Il y est également davantage demandé aux femmes de se déplacer pour obtenir un rendez-vous.

La région qui connaît des délais les plus éloignés pour obtenir une date de consultation est la région d'Ile-de-France : seuls 32 % des délais proposés sont inférieurs ou égaux à 5 jours contre 65 % dans les autres régions. Elle est la seule région proposant des délais de consultation dépassant 3 semaines.

Globalement, 65 % des régions de métropole dites « autres régions » acceptent de prendre en charge les femmes lors d'un premier appel téléphonique. Les établissements de santé y proposent davantage de délais plus courts pour une consultation et une intervention.

2. Etude sur l'organisation et les moyens

Cette étude a porté sur 100 établissements tirés au sort parmi les 324 inclus dans la première étude. Ces établissements ont été répartis en 2 catégories selon les scores attribués en fonction des réponses à la phase 1 (catégorie A « meilleurs » et catégorie B « moins bons »).

Il ressort que le statut de l'établissement conditionne l'organisation et le mode de fonctionnement et la pratique de l'IVG.

Etat des lieux de la situation des établissements

1. Organisation de l'activité d'IVG :

Les 100 établissements se répartissent entre deux tiers appartenant au secteur public, 24 % privés sous OQN et 1 % sous dotation globale.

Les deux tiers des 100 établissements interrogés ont inclus l'activité d'IVG dans leur activité du service sans création d'une unité fonctionnelle (UF). Pour le tiers des établissements ayant créé une UF, 82 % sont rattachés à un service de gynécologie-obstétrique.

Il persiste des centres autonomes pratiquant des IVG sous la responsabilité du directeur d'établissement : soit 12 centres situés dans des établissements publics de santé.

Les établissements ayant obtenu de meilleurs résultats à la première phase (catégorie A) sont plus nombreux à disposer d'une unité fonctionnelle. Ces établissements déclarent consacrer plus de temps aux IVG (consultation et interventions).

2. Moyens humains consacrés à la pratique de l'IVG :

Dans deux tiers des établissements, l'activité d'IVG repose sur un à trois praticiens. Les établissements classés en catégorie B ont un taux d'encadrement médical consacré à la pratique des IVG supérieur aux établissements de catégorie A. En effet, seuls 8 % des établissements de catégorie B disposent d'un médecin pour 200 IVG, contre 32 % des établissements de catégorie A.

Dans deux tiers des établissements, l'activité d'IVG est assurée par un personnel non médical dédié de un à deux personnes. L'encadrement non médical est également supérieur dans les établissements de catégorie B.

En moyenne, chaque médecin des 100 établissements interrogés consacre un quart de son temps à l'activité d'IVG. Le personnel non médical estime pour sa part que cette activité représente un tiers de son temps. Le temps passé est supérieur dans les établissements de catégorie A.

43 % des médecins vacataires pratiquant des IVG sont employés par des établissements publics de santé.

Points positifs

1. L'information délivrée aux professionnels

Entre 81 à 85 % des personnels intéressés se déclarent satisfaits des informations délivrées par l'établissement de santé, le ministère, ou par des associations.

2. L'existence de partenariats diversifiés

Seuls 12 % des établissements déclarent ne développer aucune relation avec des organismes concernés par l'IVG ou la contraception ou la parentalité. Environ la moitié des services entretiennent un partenariat avec le mouvement du planning familial. Les liens avec les services de PMI concernent 17 % des services.

Points négatifs

1. Une activité le plus souvent non programmée

Dans 94 % des établissements de santé, la part du temps du bloc opératoire affectée à l'activité d'IVG n'est pas fixée à l'avance. Il est fonction des plages horaires non utilisées par les autres activités.

2. Déficit de formation tant initiale que continue des professionnels sur l'IVG

Ce déficit est plus fréquent au sein des établissements de catégorie B : 86 % ne proposent aucune formation contre 54 % des établissements de catégorie A. Dans 82 % des cas les formations sont organisées par les services internes de formation continue, soit par le personnel médical. Les formations proposées reçoivent en revanche un taux de satisfaction élevé.

3. Le déficit de lien avec les associations régionales et les permanentes téléphoniques

Seuls 19 % des services de catégorie A et 11 % des services de catégorie B entretiennent des partenariats avec associations régionales et les permanentes téléphoniques. Ce déficit est à relier avec le sentiment d'un défaut de régulation et de coordinations entre les professionnels.

Dysfonctionnements mis en exergue par les professionnels

1. Des plateaux techniques inadaptés (dispersion des éléments du plateau technique au sein de l'hôpital, vétusté et défaut de conformité aux normes).

2. Difficulté de la prise en charge sociale et psychologique des femmes.

3. Manque de professionnels médicaux qui acceptent de réaliser des IVG et de personnels paramédicaux.

Axes d'amélioration proposés par les professionnels

1. Dédier une structure et du personnel à l'IVG.

2. Revaloriser la rémunération et l'activité de l'IVG.

3. Promouvoir la contraception et les liens entre professionnels de santé et le monde éducatif.

3. Limites de l'étude

La première limite provient de l'inclusion dans l'étude d'établissements très hétérogènes en ce qui concerne le nombre d'IVG pratiqués. Sont en effet inclus des établissements privés pratiquant peu à très peu d'IVG qui ont pu introduire des biais dans les résultats.

La seconde limite est méthodologique puisque les refus de prise en charge par les établissements de santé contactés ne peuvent être considérés comme des refus de prise en charge en général puisqu'une femme peut après un second contact être prise en charge dans un autre établissement.

4. Synthèse de l'étude

L'étude « Accessibilité » a mis en évidence les difficultés auxquelles peuvent être confrontées les femmes souhaitant réaliser une IVG en France. Si les conditions d'accessibilité semblent plus favorables aux personnes ayant

un profil standard ou mineures, en revanche elles posent plus de problèmes pour la prise en charge des IVG tardives, notamment en termes de délais.

L'analyse par région a révélé l'existence de disparités régionales importantes. Les régions Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA et outre-mer sont moins accessibles en termes de dates et de délais fournis. De plus, les régions Rhône-Alpes et Ile-de-France refusent plus de patientes qu'elles n'en prennent en charge.

L'étude « Organisation et Moyens » a quant à elle permis de dégager des éléments d'explications sur les bonnes pratiques de l'IVG en France. Les établissements offrant de meilleures conditions d'accueil sont ceux qui ont une activité IVG importante, toute méthode confondue. Et dans la plupart des cas, ce sont des centres hospitaliers publics.

Ainsi, il apparaît que les principaux dysfonctionnements relèvent plus souvent de la structure et de l'organisation mises en place pour l'activité, que d'un manque de moyens humains et techniques. En effet, les établissements offrant de moins bonnes conditions d'accessibilité disposent bien souvent d'un taux d'équipement matériel et d'un taux d'encadrement humain au moins équivalent si ce n'est supérieur aux établissements plus performants.

ANNEXE II
ÉTAT DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE AU 31 DÉCEMBRE 2005

Nombre de conventions conclues du 1^{er} décembre 2004 au 31 décembre 2005 entre les établissements de santé et les médecins de ville

Cette mise à jour fait suite à la demande faite aux ARH par la circulaire DHOS/O1 du 22 juin 2005

	DÉC 2004	JV 2005	FÉV 2005	MARS 2005	AVRIL 2005	MAI 2005	JUIN 2005	JUILLET 2005	DÉCEMBRE 2005	PROGRESSION décembre 2004 juillet 2005	PROGRESSION décembre 2004 décembre 2005
Nombre de médecins généralistes	20			33	35	46	46	66	135	230 %	575 %
Nombre de gynécologues médicaux	18			48	61		65	79	113	339 %	528 %
Nombre de gynécologues obstétriciens	43			70	83		94	108	220	151 %	412 %
Nombre total de médecins conventionnés (*)	81	100	164	151	179	197	205	253	518	212 %	539 %
Nombre d'établissements de santé conventionnés	24	30	45	42	55	57	62	66	130	175 %	441 %

(*) Dont 27 médecins dont la spécialité n'a pas été précisée.

La mise en place de l'IVG en ville a connu une progression soutenue au cours de l'année 2005. Au 31 décembre 2005, 518 conventions signées ont été recensées avec 130 établissements de santé.

Cependant ce dispositif ne touche pas encore la majorité des établissements de santé qui pratiquaient des IVG puisqu'au 31 décembre 2005, seuls environ 20 % de ces établissements de santé avaient passé convention.

Parmi les 39 établissements pratiquant plus de 1000 IVG/an en 2004 (dernières statistiques SAE), seuls 10 ont passé des conventions avec des médecins libéraux. En moyenne, chacun a passé convention avec 2 médecins, ce qui est insuffisant.

En outre ces conventions sont éparpillées puisque parmi les établissements ayant passé convention, seuls 11 établissements de santé ont passé chacun plus de 10 conventions et concentrent 191 conventions, soit 34,5 %. 8 d'entre eux sont implantés en Ile-de-France. Cela représente une moyenne de 4 conventions par établissements.

Répartition régionale

RÉGION	NOMBRE de médecins par région	NOMBRE d'établissements de santé signataires par région
Alsace	54	5
Aquitaine	26	4
Auvergne	7	3
Bourgogne	1	1
Bretagne	12	3
Centre	15	4
Champagne-Ardenne	4	3
Corse	0	0
Franche-Comté	8	3
Guadeloupe	8	4
Guyane	3	1
Haute-Normandie	17	7
Ile-de-France	170	25
Languedoc-Roussillon	5	3
Limousin	3	2
Lorraine	4	3
Midi-Pyrénées	21	9
Nord - Pas-de-Calais	6	2
Normandie (Basse)	5	3
Pays de la Loire	21	3
Picardie	0	0

Poitou-Charentes	10	4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	70	16
Réunion	4	3
Rhône-Alpes	44	19
Total	518	130

Au 31 décembre 2005, la région Ile-de-France dont l'AP-HP représente environ 33 % des conventions signées, contre 54 % en juillet 2005. En effet, de nombreuses conventions ont été signées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (13,5% des conventions contre 2 % en juillet). Les deux autres régions à avoir connu une progression élevée sont Rhône-Alpes et l'Alsace.

Dans deux régions, aucune convention n'avait encore été passée au 31 décembre 2005.

ANNEXE III
DEMANDE D'ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL RELATIF AUX CONVENTIONS SIGNÉES EN APPLICATION DE
L 2212-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRATIQUANT LES IVG
ET LES PRATICIENS POUR LA RÉALISATION D'IVG MÉDICAMENTEUSES EN MÉDECINE AMBULATOIRE

A adresser au bureau O1/DHOS pour le 1^{er} septembre 2006 à l'adresse suivante : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr
 ou par télécopie : 01-40-56-41-89

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (préciser le n° Finess)	DATE DE(S) la convention(s) signée(s)	QUALITÉ DU MÉDECIN ayant passé convention		
		Généraliste	Gynécologue médical	Gynécologue- obstétricien
Nombre total d'établissements ayant passé convention dans la région	Nombre total de conventions signées au sein de la région	Total médecin généraliste	Total gynécologue médical	Total gynécologue obstétricien

Circulaire DHOS/O1/DGS/MC1 n°2007-270 du 5 juillet 2007 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été. Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville. Coordination des différents acteurs. Actualisation des données

NOR : SJSH0730628C

Date d'application : immédiate

Références :

Loi no 2001-588 du 4 juillet 2001, décret no 2002-796 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002), décret no 2004-636 du 1er juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004), arrêtés du 1er juillet 2004 (JO du 13 juillet 2004) et du 23 juillet 2004 (JO du 28 juillet 2004).

Circulaire no DGS/DHOS/DSS/DREES no 04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé.

Circulaire no DHOS/DGS/O1/SD60 no 2006/321 du 19 juillet 2006 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été.

Instruction DGS du 25 mai 2007 relative à la préparation et l'organisation de l'offre de soins dans les établissements de santé publics et privés pour la période estivale 2007, en vue d'anticiper les phénomènes de tension.

Annexes :

- Annexe I. - Etat des conventions relatives à l'IVG médicamenteuse en ville au 31 août 2006
- Annexe II. - Nombre de forfaits IVG médicamenteuses en ville 2005 et 2006
- Annexe III. - Répartition des forfaits IVG médicamenteuses en ville 2005 et 2006
- Annexe IV. - Demande d'état des lieux régional

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et exécution) ; Messieurs les préfets de régions (direction régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information, exécution et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour exécution).

Les difficultés particulièrement importantes rencontrées chaque année par les femmes pour accéder à une interruption volontaire de grossesse, au moment de la période d'été, s'inscrivent dans un contexte globalement peu favorable sur trois plans :

- le nombre des IVG continue d'augmenter : les IVG ont progressé annuellement de 1,8 %, en moyenne, depuis 1995 et de 3,6 % entre 2003 et 2004 (source DREES - « études et résultats » sept 2006 - données 2004 : 210 600 IVG en France métropolitaine et 223 800 IVG pour la France entière) ;
- la montée en charge de l'IVG en médecine de ville, qui avait été importante en 2005, semble marquer un ralentissement en 2006, traduit par l'évolution du nombre des nouvelles conventions signées ;
- l'accès à l'intervention demeure difficile, notamment dans certaines régions, tout au long de l'année.

Ces difficultés font l'objet d'une attention soutenue :

- la séance de la commission nationale de la naissance du 20 octobre 2006 et la journée des commissions régionales de la naissance du 12 décembre 2006 ont consacré une partie importante de leurs réflexions au thème de l'IVG et aux améliorations susceptibles d'être apportées en matière d'accès et d'accompagnement ;
- le programme d'inspection des services déconcentrés comprend un plan pluriannuel d'inspection des services pratiquant des IVG (2007-2009). L'inspection constitue, dans ce domaine, un outil de réflexion quant à l'organisation, de sensibilisation et de mobilisation des équipes ;
- une grande enquête nationale, actuellement menée par la DREES (recueil des données d'avril à juin 2007) auprès des femmes ayant recours à une IVG, auprès des structures d'accueil et des médecins, permettra de mieux connaître, non seulement les caractéristiques socio-démographiques des intéressées, mais surtout leur parcours de soins, les conditions d'accès et de prise en charge. Cette étude devrait permettre d'améliorer les parcours et d'affiner les politiques de prévention.

La présente circulaire a pour objet de donner des indications sur le renforcement nécessaire de l'organisation régionale et de la coordination des acteurs au cours de la période estivale et d'inciter tant les établissements de santé que les médecins de ville à accentuer leurs efforts pour faciliter l'accès à l'IVG.

1. L'organisation régionale et la coordination des différents acteurs en période estivale

Les ARH veilleront à ce que les établissements de santé de la région se coordonnent au niveau du territoire de santé pour permettre la réalisation des IVG dans des conditions satisfaisantes pendant la période d'été.

Les plannings hospitaliers, qui seront mis à la disposition des établissements de santé de la région, des professionnels des réseaux de santé en périnatalité et des permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception, mentionneront précisément les périodes de fermeture éventuelle de services et les présences des personnels participant à cette activité. Cette coordination est, bien évidemment, étendue par chaque établissement, à l'activité des médecins avec lesquels il a passé une convention dans le cadre du dispositif « IVG en ville ».

Les DRASS vérifieront que les permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception :

- disposent des éléments d'information émanant des établissements de santé de la région concernant les possibilités de prise en charge à l'hôpital ou en médecine de ville pendant la période d'été ;

- sont en mesure d'informer les professionnels des réseaux de santé en périnatalité de l'accessibilité des services réalisant les IVG ;
- assurent de manière efficace une orientation rapide et fiable des femmes qui, souhaitant recourir à une interruption volontaire de grossesse, s'adressent directement à elles.

2. Le développement du dispositif « IVG en médecine de ville »

2.1. La montée en charge du dispositif

Le dernier bilan effectué au 31 août 2006 par la DHOS indique que 731 conventions ont été passées par des médecins de ville avec 155 établissements de santé (cf. tableau joint en annexe 1). Les données 2006 montrent que, dans certaines régions, le nombre de conventions est peu important au regard du nombre d'IVG médicamenteuses pratiquées. En outre, le nombre de nouvelles signatures semble illustrer un ralentissement en 2006.

Les dernières statistiques 2005 et 2006 élaborées par la Caisse nationale d'assurance maladie sur la base des demandes de remboursement présentées par les femmes (cf. tableau joint en annexe 2) montrent que le 2^e semestre 2006 connaît une relative stabilisation de cette activité alors que le 1^{er} semestre 2006 enregistrait une progression rapide du nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville. Par ailleurs, ces chiffres d'activité les plus récents confirment les données antérieures concernant la répartition des actes : la grande majorité des médecins pratique individuellement peu d'actes (1 à 2 IVG par mois).

Il convient que les établissements de santé veillent au maintien de moyens suffisants pour la mise en oeuvre de leurs obligations conventionnelles et notamment pour la prise en charge des complications ou d'échecs éventuels liés à la réalisation d'IVG médicamenteuses en médecine de ville, le recueil des fiches de liaison ainsi que l'accompagnement des praticiens de ville signataires de conventions, dans le cadre d'un travail en réseau par le biais d'actions d'information et de formation.

Les interventions et les échanges de la journée nationale des commissions régionales de la naissance du 12 décembre 2006 ont permis de reconnaître l'intérêt que présenterait l'implication des réseaux de périnatalité associant les établissements de santé et la médecine de ville sur cette thématique, pour une meilleure coordination et une plus grande efficacité des prises en charge des IVG par les établissements de santé et les médecins de ville.

2.2. L'amélioration de l'information des femmes et des médecins

- à l'intention des patientes, 300 000 exemplaires d'une nouvelle version du dossier - guide IVG ont été diffusés aux DDASS en 2006. Une nouvelle diffusion de la brochure interviendra en 2007 ;
- à l'intention des médecins, un livret d'information apportant aux praticiens des repères sur le cadre et les conditions de cette pratique a été diffusé à 80 000 exemplaires, en février 2007, aux DRASS, chargées par la circulaire no DGS/DHOS/DSS/DREES no 04/569 du 26 novembre 2004 d'une mission générale d'information concernant le dispositif.

Les deux brochures sont consultables sur le site Internet du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports www.sante.gouv.fr - Thèmes « Accédez à tous les dossiers », lettre I (IVG) ou C (contraception).

2.3. Le suivi du dispositif

Le suivi des conventions :

Afin de compléter l'état des lieux régional pour l'année 2006, il est demandé aux ARH de bien vouloir faire parvenir, avant le 30 juillet 2007, à la DHOS, bureau O1, un état des nouvelles conventions signées au sein de la région, du 1^{er} septembre 2006 au 31 décembre 2006 en renseignant le tableau joint en annexe 3. Cet état est à transmettre, à l'intention d'Anne-Noëlle Machu, par mèl, à l'adresse suivante (anne-noelle.machu@sante.gouv.fr) ou par télécopie (01-40-56-41-89) ; à l'issue de cette demande, cet état des lieux ne sera demandé annuellement qu'au 1^{er} janvier de l'année.

Le suivi qualitatif :

Le décret no 2002-796 du 3 mai 2002 (art. 6 de la convention-type) prévoit la transmission, au médecin inspecteur régional de santé publique de la DRASS, par chaque établissement de santé ayant signé des conventions permettant la pratique d'IVG hors établissements de santé, d'une synthèse quantitative et qualitative annuelle de l'activité d'interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses réalisées dans le cadre du dispositif. Ces synthèses permettent aux DRASS de dresser, chaque année, un bilan régional de cette activité. Afin de permettre aux services de l'administration centrale de connaître et prendre en compte les appréciations portées au plan local sur le dispositif, les DRASS transmettront au service concerné de la DGS (bureau MC1, à l'intention de Béatrice Boisseau-Mérieau), avant le 31 octobre 2007, un bilan qualitatif très succinct portant sur l'activité d'IVG médicamenteuse réalisée en 2006 en médecine de ville au plan régional, comportant une appréciation des conditions et des éventuelles questions de sa mise en oeuvre.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact avec les bureaux MC1 de la direction générale de la santé (Béatrice Boisseau-Mérieau ; mèl : beatrice.boisseau-merieau@sante.gouv.fr) et O1 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Anne-Noëlle Machu ; mèl : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
Pr D. Houssin

Pour la ministre et par délégation :
La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
A. Podeur

ANNEXE I
ÉTAT DES CONVENTIONS SIGNÉES ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES MÉDECINS DE VILLE AU
1er SEPTEMBRE 2006

1. Nombre de conventions entre les établissements de santé et les médecins de ville déclarées par les ARH au 1er septembre 2006 - répartition par spécialité médicale

Cette mise à jour fait suite à la demande adressée aux ARH par la circulaire DGS/SD 6D/DHOS/O1 du 19 juillet 2006.

	AU 1^{er} SEPTEMBRE 2006	PROGRESSION 1^{er} décembre 2004 au 1^{er} septembre 2006
Nombre total de conventions signées par des médecins généralistes :	250	× 12,50
Nombre total de conventions signées par des gynécologues médicaux :	165	× 9
Nombre total de conventions signées par des gynécologues-obstétriciens :	301	× 7
Nombre total de conventions signées par des médecins conventionnés :	731 (*)	× 9
Nombre total d'établissements de santé conventionnés :	155	× 6,50

(*) Dont 15 médecins dont la spécialité n'a pas été précisée.

Au 1er septembre 2006, les ARH ont déclaré 731 conventions conclues avec 155 établissements de santé signataires.

A cette date, les gynécologues-obstétriciens représentaient le plus grand nombre de signataires, soit 41 % des médecins ayant signé des conventions. Les médecins généralistes se sont également montrés intéressés par le dispositif car ils représentaient 34,2 % des médecins de ville ayant signé des conventions au 1er septembre 2006. Les gynécologues médicaux viennent en troisième position, représentant 22,5 % des signataires.

Entre le 1er décembre 2004 et le 1er septembre 2006, le nombre de conventions conclues par des médecins généralistes est celui qui a le plus fortement progressé.

Au 1er septembre 2006, cent cinquante-cinq établissements de santé pratiquant des IVG avaient signé des conventions avec des médecins de ville. Ils ne représentaient cependant encore que 23,7 % des établissements de santé réalisant des IVG (SAE 2004). Il est cependant possible d'estimer que, à la fin de l'année 2006, près du quart des établissements de santé ont passé convention. En outre, la moyenne des conventions par établissement a également augmenté puisqu'elle est passée de un peu moins de quatre à plus de cinq.

2. Répartition annuelle des conventions conclues entre 2001 et le 1er septembre 2006

ANNÉE de conclusion des conventions	2001- 31/12/0 4	2005	2006 (1^{er}/01 - 1^{er}/09)	DATE NC	TOTAL 2001-2006
Nombre de conventions signées par des médecins :	107	450	61	113	731
Nombre d'établissements de santé signataires :	30	95	3	27	155

La montée en charge du dispositif a été particulièrement importante pendant l'année 2005 puisque 450 conventions ont été conclues cette année-là, soit 72,8 % des conventions pour lesquelles la date est connue. Cette progression s'est en revanche ralentie durant les huit premiers mois de 2006 puisque, seulement, soixante et un nouvelles conventions ont été conclues et trois nouveaux établissements de santé sont concernés.

**3. Répartition régionale et progression sur quatorze mois,
entre juillet 2005 et septembre 2006**

Au 1er septembre 2006, seuls les établissements de santé des régions de Corse et de Martinique n'avaient passé aucune convention avec des médecins de ville. Les régions disposant du plus grand nombre de conventions conclues sont, par ordre décroissant, les régions d'Ile-de-France (36,7 % des conventions passées au niveau national), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Alsace, Bretagne, Rhône-Alpes et Haute-Normandie.

Au regard du nombre d'IVG médicamenteuses pratiquées au plan régional dans les établissements de santé, les régions les mieux dotées en conventions au 1er septembre 2006 sont les régions d'Ile-de-France, Alsace, Haute-Normandie, Bretagne et Franche-Comté (régions présentant au moins onze conventions pour 1 000 IVG médicamenteuse). Les régions en situation intermédiaire sont les régions Rhône-Alpes, PACA, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées et Aquitaine (régions présentant entre six et dix conventions pour 1 000 IVG médicamenteuses).

Les régions qui disposent d'un faible, voire très faible, nombre de conventions au regard du nombre d'IVG médicamenteuses pratiquées sont l'Auvergne, le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie et surtout le Languedoc-Roussillon (régions présentant moins de trois à une conventions pour 1 000 IVG médicamenteuses), la Bourgogne n'ayant cependant pas fourni toutes les données au 1er septembre 2006.

En considérant la montée en charge du dispositif entre juillet 2005 et septembre 2006, trois groupes de régions peuvent être distingués.

Les régions qui présentent une progression forte : il s'agit des régions Alsace, Aquitaine, Bretagne, Centre, Ile-de-France, PACA, Haute-Normandie et Midi-Pyrénées.

Un second groupe, qui connaît une progression de moindre ampleur : Franche-Comté, Rhône-Alpes, Nord - Pas-de-Calais.

Enfin, certaines régions qui connaissent des difficultés dans la montée en charge du dispositif.

RÉGION	NOMBRE de conventions par région en juillet 2005	NOMBRE de conventions par région en septembre 2006	NOMBRE d'établissements de santé en juillet 2005	NOMBRE d'établissements de santé par région en septembre 2006
Alsace	22	59	3	5
Aquitaine	4	26	4	7
Auvergne	3	3	2	2
Bourgogne	1	3	1	1
Bretagne	12	49	3	10
Centre	5	18	2	4
Champagne-Ardenne	2	6	2	3
Corse	0	0	0	0
Franche-Comté	0	10	0	4
Ile-de-France	137	269	21	32
Languedoc-Roussillon	0	5	0	3
Limousin	3	4	2	3
Lorraine	4	8	1	6
Midi-Pyrénées	15	29	9	9
Nord - Pas-de-Calais	0	14	0	4
Normandie (Basse)	5	5	3	3
Normandie (Haute)	0	43	0	7
Pays de la Loire	13	21	1	3
Picardie	0	8	0	3
Poitou-Charentes	3	10	2	4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5	77	3	17
Rhône-Alpes	14	44	6	19
France métropolitaine	248	711	65	149
Guyane	3	3	1	1
Guadeloupe	0	11	0	3
Martinique	0	0	0	0
Réunion	2	6	1	3
Total France entière	253	731	67	155

ANNEXE II
ÉTAT DES FORFAITS IVG MÉDICAMENTEUSES EN VILLE 2005-2006

PÉRIODE janvier 2005 - décembre 2006	NOMBRE de forfaits FHV	NOMBRE de forfaits FMV	NOMBRE DE MÉDECINS différents ayant eu au moins 1 FHV ou 1 FMH	DONT gynécologue	DONT omnipraticien	DONT autre spécialité
Janvier 2005	24	21	14	14		0
Février 2005	369	365	77	72	5	0
Mars 2005	746	740	140	132	8	0
Avril 2005	501	484	147	138	9	0
Mai 2005	754	745	182	169	13	0
Juin 2005	931	925	201	180	21	0
Juillet 2005	659	652	181	168	13	0
Août 2005	834	749	205	187	18	0
Septembre 2005	944	947	226	206	20	0
Octobre 2005	848	848	235	211	24	0
Novembre 2005	930	912	265	230	35	0
Décembre 2005	1 081	1 061	270	238	32	0
Janvier 2006	1 178	1 157	278	241	37	0
Février 2006	1 095	1 083	279	241	38	0
Mars 2006	1 279	1 277	303	251	52	0
Avril 2006	1 045	1 034	289	239	50	0
Mai 2006	1 215	1 204	299	252	47	0
Juin 2006	1 502	1 484	333	279	54	0
Juillet 2006	1 308	1 280	329	270	59	0
Août 2006	1 466	1 436	317	255	61	1
Septembre 2006	1 358	1 324	316	256	60	0
Octobre 2006	1 376	1 345	329	273	55	1
Novembre 2006	1 220	1 205	331	265	66	0
Décembre 2006	1 235	1 224	341	278	62	1

Source : CNAMTS/DSES.

Source : Erasme V0, données de remboursement détaillées du régime général (y compris sections locales mutualistes) pour les données de janvier à novembre 2005.

Source : Erasme V1, données de remboursement détaillées du régime général (y compris sections locales mutualistes) pour les données de décembre 2005 à décembre 2006.

Champ : France entière (y compris DOM), médecins libéraux.

ANNEXE III
RÉPARTITION DU NOMBRE DE MÉDECINS LIBÉRAUX SELON LE NOMBRE DE FORFAITS FHV
REMBOURSÉS POUR LEURS PATIENTES

MOIS de remboursement	AUCUN FHV	1 À 2 FHV	3 À 5 FHV	6 À 10 FHV	11 À 20 FHV	PLUS de 20 FHV	TOTAL nombre de médecins ayant perçu au moins un FHV	NOMBRE de médecins différents ayant perçu au moins 1 FHV ou 1 FMH
Janvier 2005		12	2				14	14
Février 2005		45	15	11	1	5	77	77
Mars 2005	1	82	29	15	7	6	139	140
Avril 2005		95	32	11	5	4	147	147
Mai 2005	1	107	38	24	4	8	181	182
Juin 2005	2	108	48	21	15	7	199	201
Juillet 2005	2	110	37	20	8	4	179	181
Août 2005	1	121	48	19	10	6	204	205
Septembre 2005	4	125	55	28	8	6	222	226
Octobre 2005	2	157	44	19	8	5	233	235
Novembre 2005	2	173	53	18	14	5	263	265
Décembre 2005	1	151	74	26	11	7	269	270
Janvier 2006	3	151	69	38	10	7	275	278
Février 2006	1	165	60	34	12	7	278	279
Mars 2006	1	174	63	45	10	10	302	303
Avril 2006	3	173	67	29	11	6	286	289
Mai 2006	2	172	72	30	15	8	297	299
Juin 2006	4	186	73	43	21	6	329	333
Juillet 2006	2	195	70	40	16	6	327	329
Août 2006	6	174	73	33	22	9	311	317
Septembre 2006	2	187	68	34	18	7	314	316
Octobre 2006	4	196	78	27	15	9	325	329
Novembre 2006	3	198	78	33	12	7	328	331
Décembre 2006	5	209	74	33	13	7	336	341

Source : CNAMTS/DSES.

Source : Erasme V0, données de remboursement détaillées du régime général et sections locales mutualistes pour les données de janvier à novembre 2005.

Source : Erasme V1, données de remboursement détaillées du régime général et sections locales mutualistes pour les données de décembre 2005 à décembre 2006.

Champ : France entière (y compris DOM), médecins libéraux.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 1er : Dispositions générales

Article L321-1

*(Décret n° 86-838 du 16 juillet 1986 art. 12 I, II, III Journal Officiel du 17 juillet 1986)
 (Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 art. 13 II Journal Officiel du 19 décembre 1989)
 (Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 22 I Journal Officiel du 5 février 1995)
 (Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 20 I Journal Officiel du 27 décembre 1998)
 (Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 25 II Journal Officiel du 30 décembre 1999)
 (Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 34 IV Journal Officiel du 26 décembre 2001)
 (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 81 I Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)
 (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 10 II Journal Officiel du 11 août 2004)
 (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 68 3° Journal Officiel du 12 février 2005)*

L'assurance maladie comporte :

1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3°) La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;

5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7°) (Abrogé) ;

8°) (Abrogé) ;

9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

Partie législative

Livre 1 : Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 8 : Dispositions diverses

Article L162-38

*(Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 art. 28 Journal Officiel du 31 juillet 1987)
 (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 43 I Journal Officiel du 17 août 2004)*

Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, peuvent fixer par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés.

Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions.

Loi ordinaire n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure (loi Roudy)

TEXTE PARTIELLEMENT ABROGE ET INCORPORE DANS LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE: ART. 4 ET 5

Article premier - Il est inséré, après l'alinéa a) I de l'article L. 283 du code de la sécurité sociale, un alinéa a) II ainsi rédigé:

«a) II.--La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre premier du livre II du code de la santé publique.»

Art. 2. - Il est inséré, après le 1^{deg.} I de l'article 1038 du code rural, un 1^{deg.} II ainsi rédigé:

«1°. II.--La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre premier du livre II du code de la santé publique.»

Art. 3. - Il est inséré, après le paragraphe I bis de l'article 8 de la loi n°66-509 du 12 juillet 1966 modifiée relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, un paragraphe I ter ainsi rédigé:

«I ter.--En outre, fait partie des prestations de base, la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre IIIbis du titre premier du livre II du code de la santé publique.»

Art. 4. - La couverture des frais mentionnés à l'article premier ci-dessus s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux visés à l'article L. 3 et au titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale.

Art. 5. - Dans les limites fixées chaque année par les lois de finances, l'Etat rembourse aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale les dépenses qu'ils supportent au titre de la part garantie des frais exposés par les assurés sociaux à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse effectuées dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre premier du livre II du code de la santé publique.

Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

NOR: SANP0422519A

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et de la protection sociale, la ministre de l'outre-mer et le secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-38 ;
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 2212-1 à L. 2212-11 ;
Vu le livre IV du code de commerce, notamment son titre V ;
Vu le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié ;
Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,
Arrêtent :

Article 1

(Modifié par Arrêté du 4 août 2009 - art. 1)

Les prix limites des soins et les forfaits d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse instrumentale, pratiquée dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

- a) Interruption volontaire de grossesse : 92, 62 euros.
- b) Anesthésie générale : 77, 18 euros.
- c) Investigations biologiques préalables à l'intervention : 22, 95 euros.
- d) Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée :
 - égale ou inférieure à douze heures : 139, 83 euros ;
 - comprise entre douze et vingt-quatre heures : 198, 40 euros ;
 - pour vingt-quatre heures supplémentaires : 58, 54 euros.

Article 2

Les prix limités des soins et la surveillance afférents à l'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

- | | |
|--|------------|
| a) Investigations biologiques sanguines préalables à l'interruption de grossesse | 22,95 EUR |
| b) Consultation initiale comportant la prise de Mifégyne | 85 EUR |
| c) Consultation secondaire comportant l'administration de prostaglandines et surveillance en établissement agréé | 122,61 EUR |
| d) Consultation ultérieure de contrôle et vérification de l'interruption de grossesse : | |
| - par méthode biologique | 38,50 EUR |
| - par méthode échographique | 30,24 EUR |

Article 3

(Modifié par Arrêté du 4 août 2009 - art. 2)

Les prix limites des forfaits relatifs aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, pratiquée dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

- a) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures : 306, 14 euros.
- b) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures : 383, 32 euros.
- c) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures : 364, 64 euros.
- d) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures : 441, 82 euros.
- e) Forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires : 58, 60 euros.
- f) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux : 257, 91 euros.

Article 4

Le prix limite du forfait attribué au médecin ayant effectué une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique est fixé à 191,74 EUR. Ce forfait inclut le prix TTC des médicaments mentionnés aux articles 5 et 6. Outre la prise en charge des médicaments, ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration de la Myfégyne et du Gymiso et la dernière consultation de contrôle.

Article 5

Le prix fabricant hors taxe de la boîte de trois comprimés de Mifégyne est fixé à 60 EUR. Le montant limite de marge brute hors taxe applicable à ce prix est celui qui résulte de l'article 3 de l'arrêté du 4 août 1987 modifié relatif aux marges des médicaments remboursables. Le prix TTC de la boîte de trois comprimés de Mifégyne que se procure le médecin en application de l'article R. 2212-16 du code de la santé publique est fixé à 76,37 EUR.

Article 6

Le prix fabricant hors taxe de la boîte de deux comprimés de Gymiso est fixé à 10,65 EUR. Le montant limite de marge brute hors taxe applicable à ce prix est celui qui résulte de l'article 3 de l'arrêté du 4 août 1987 modifié relatif aux marges des médicaments remboursables. Le prix TTC de la boîte de deux comprimés de Gymiso que se procure le médecin en application de l'article R. 2212-16 du code de la santé publique est fixé à 15,37 EUR.

Article 7

Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux départements d'outre-mer, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 8

L'arrêté du 14 janvier 1991 relatif au prix des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption de grossesse est abrogé.

Article 9

Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et de la protection sociale et le directeur des affaires économiques, sociales et culturelles de l'outre-mer au ministère de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 juillet 2004.

Le ministre de la santé et de la protection sociale, Philippe Douste-Blazy

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Nicolas Sarkozy

La ministre de l'outre-mer, Brigitte Girardin

Le secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire, Dominique Bussereau

CIRCULAIRE : 134/2004

Date : 15/11/2004

Affaire suivie par : Sabine LABATUT (DRM/DREAM/DAHMES) 01.72.60.18.82.
Catherine AL ABAYAJI (DAR/DMOP) 01.72.60.10.34.

Objet : Prix limites des soins, des forfaits et de la surveillance afférents aux IVG en établissements de santé fixés par l'arrêté du 23 juillet 2004.

L'arrêté du 23 juillet 2004, publié au Journal Officiel du 28 juillet 2004, fixe les prix limites pour la facturation et la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. La présente circulaire a pour objet de reprendre l'ensemble des tarifs relatifs aux interruptions volontaires de grossesse pratiquées en établissement de santé et de préciser les tarifs, applicables en matière de remboursement, prévus à l'article 2 de l'arrêté susvisé. Ces informations complémentaires apparaissent en gras dans les développements qui suivent.

Art. 1er. - Les prix limites des soins et les forfaits d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse instrumentale, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

a) Interruption volontaire de grossesse	57,60 €
b) Anesthésie générale	48,00 €
c) Investigations biologiques préalables à l'intervention.....	22,95 €
d) Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée :	
- égale ou inférieure à douze heures	86,96 €
- comprise entre douze et vingt-quatre heures	123,38 €
- pour vingt-quatre heures supplémentaires	36,41 €

Art. 2. - Les prix limites des soins et la surveillance afférents à l'interruption volontaire de grossesse, par mode médicamenteux, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Pour chacune des consultations un prix limite, unique, a été arrêté à 25 Euros.

a. Investigations biologiques sanguines préalables à l'interruption de grossesse	22,95 €
b. Consultation initiale fixée à 85 €, comportant la prise de Mifégyne®, se décompose de la façon suivante :	
- Consultation	25,00 €
- Mifégyne®	60,00 €
c. Consultation secondaire fixée à 122,61 Euros, comportant l'administration de prostaglandines et surveillance en établissement agréé, se décompose comme suit :	
- Consultation	25,00 €
- Prostaglandines	10,65 €
- Surveillance	86,96 €
[correspondant à l'accueil et l'hébergement dans l'établissement pour une durée inférieure ou égale à 12 heures]	
d. Consultation ultérieure de contrôle et vérification de l'interruption de grossesse :	
Par méthode biologique fixée à 38,50 €	
- Consultation	25,00 €
- Recherche d'hormones choriogonadotropes	13,50 €
[HCG]	
Par méthode échographique	30,24 €

Sur ce dernier point, **il convient de souligner que l'échographie, comme auparavant, ne se cumule pas avec la consultation ultérieure de contrôle.**

Art. 3. - Les prix limites des forfaits relatifs aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

a) Forfait pour une I.V.G. sans anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures	190,38 €
b) Forfait pour une I.V.G. avec anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures.....	238,38 €
c) Forfait pour une I.V.G. sans anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures	226,77 €
d) Forfait pour une I.V.G. avec anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures	274,77 €
e) Forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires	36,44 €
f) Forfait pour une I.V.G. par mode médicamenteux	257,91 €

Le forfait pour l'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux est porté à 257,91 €, **sauf** dans le cas d'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux effectuée à l'occasion de **l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein et dans les cliniques ouvertes et les hôpitaux locaux** où il convient d'appliquer la ventilation des forfaits dans les conditions précisées pour les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Je vous informe du maintien des principes introduits par les lettres ministérielles des 19 avril et 11 juillet 1990 et repris par la circulaire CNAMTS du 13 août 1991, relatifs :

- au taux du ticket modérateur retenu égal à 20 %,
- à la facturation sur un bordereau unique de facturation.

Les codifications à utiliser pour la liquidation sont précisées en annexe ci-jointe.

Il est, par ailleurs, rappelé les règles suivantes :

- les procédures de prises en charge sont celles prévues pour l'interruption volontaire de grossesse instrumentale,
- les établissements publics ne peuvent procéder à des demandes individuelles de remboursement.

Nous vous prions de bien vouloir nous tenir informées des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

La Directrice

La Directrice des Risques Maladie de l'Animation du Réseau
Bernadette MOREAU Marie-Renée BABEL

ARRETE

Arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

NOR: SASS0904169A

La ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;
Vu l'arrêté du 4 avril 2008 portant modification de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;
Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 2 juillet 2009 ;
Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 3 juin 2009,

Arrêtent :

Article 1

L'article 1er de l'arrêté du 23 juillet 2004 susvisé est ainsi rédigé :

« Les prix limites des soins et les forfaits d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse instrumentale, pratiquée dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

- a) Interruption volontaire de grossesse : 92, 62 euros.
- b) Anesthésie générale : 77, 18 euros.
- c) Investigations biologiques préalables à l'intervention : 22, 95 euros.
- d) Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée :
 - égale ou inférieure à douze heures : 139, 83 euros ;
 - comprise entre douze et vingt-quatre heures : 198, 40 euros ;
 - pour vingt-quatre heures supplémentaires : 58, 54 euros. »

Article 2

L'article 3 de l'arrêté du 23 juillet 2004 susvisé est ainsi rédigé :

« Les prix limites des forfaits relatifs aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, pratiquée dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

- a) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures : 306, 14 euros.
- b) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures : 383, 32 euros.
- c) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures : 364, 64 euros.
- d) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures : 441, 82 euros.
- e) Forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires : 58, 60 euros.
- f) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux : 257, 91 euros. »

Article 3

Le directeur de la sécurité sociale, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

CIRCULAIRE : CIR 33/2009

Date : 22/09/2009

Objet : Prix limites des soins, des forfaits et de la surveillance afférents aux IVG dans les établissements de santé

Affaire suivie par :

Sabine LABATUT – DDGOS/DHOSPI

Catherine AL ABAYAJI - DDO/DMOP/DPA

Sylvie CHARLES - DDO/DMOP/DPA

L'arrêté du 4 avril 2008 modifié par l'arrêté du 4 août 2009, change pour partie les prix limites pour la facturation et la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse issus de l'arrêté du 23 juillet 2004 (les articles 1 et 3).

La présente circulaire reprend l'ensemble des tarifs relatifs aux interruptions volontaires de grossesse pratiquées en établissements de santé et précise les tarifs, applicables en matière de remboursement

IVG Instrumentale pratiquée dans les établissements ex OQN

Art. 1er. - Les prix limites des soins et les forfaits d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse instrumentale, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

Intitulé	Tarifs en vigueur au 23/08/2009
a) Interruption volontaire de grossesse	92,62 €
b) Anesthésie générale	77,18 €
c) Investigations biologiques préalables à l'intervention	22,95 €
d) Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée :	
- égale ou inférieure à douze heures	139,83 €
- comprise entre douze et vingt-quatre heures	198,40 €
- pour vingt-quatre heures supplémentaires	58,54 €

IVG par mode médicamenteux pratiquée par les établissements ex OQN

Art. 2. - Les prix limites des soins et la surveillance afférents à l'interruption volontaire de grossesse, par mode médicamenteux, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Pour chacune des consultations un prix limite, unique, a été arrêté à 25 euros.

Intitulés	Tarifs en vigueur au 23/08/2009
a) Investigations biologiques sanguines préalables à l'interruption de grossesse	22,95 €
b) Consultation initiale, comportant la prise de Mifégyne®, se décompose de la façon suivante :	85 €
- Consultation	25,00 €
- Mifégyne®	60,00 €
c) Consultation secondaire, comportant l'administration de prostaglandines et surveillance en établissement agréé, se décompose comme suit	122,61 €
- Consultation	25,00 €
- Prostaglandines	10,65 €
- Surveillance [correspondant à l'accueil et l'hébergement dans l'établissement pour une durée inférieure ou égale à 12 heures]	86,96 €
d) Consultation ultérieure de contrôle et vérification de l'interruption de grossesse :	
Par méthode biologique :	38,50 €
- Consultation	25,00 €
- Recherche d'hormones choriogonadotropes	13,50 €
Par méthode échographique (Sur ce dernier point, il convient de souligner que l'échographie, comme auparavant, ne se cumule pas avec la consultation ultérieure de contrôle.)	30,24 €

Forfaits IVG pratiquée par les établissements publics et privés ex DG

Art. 3. - Les prix limites des forfaits relatifs aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

Intitulés	Tarifs en vigueur au 23/08/2009
a) Forfait pour une I.V.G. sans anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à 12 heures	306,14 €
b) Forfait pour une I.V.G. avec anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à 12 heures	383,32 €
c) Forfait pour une I.V.G. sans anesthésie générale pour une durée comprise entre 12	364,64 €

et 24 heures	
d) Forfait pour une I.V.G. avec anesthésie générale pour une durée comprise entre 12 et 24 heures	441,82 €
e) Forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires	58,60 €
f) Forfait pour une I.V.G. par mode médicamenteux	257,91 €

Le forfait pour l'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux est porté à 257,91 €, sauf dans le cas d'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux effectuée à l'occasion de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein et dans les cliniques ouvertes et dans les 3 hôpitaux locaux où il convient d'appliquer la ventilation des forfaits dans les conditions précisées pour les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Circulaire DHOS/F4 n°2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé

NOR : SASH0924512C

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : guide rassemblant des fiches relatives aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Mots clés : accidents du travail – activité libérale des praticiens hospitaliers – admission d'un mineur – assuré social de l'outre-mer – centres de rétention administrative – « cliniques ouvertes » – CMU – dispositifs médicaux – forfait ATU – forfait FFM – forfait journalier hospitalier – forfait SE – forfait technique des scanners – IRM et TEP – franchise médicale – gardés à vue – interruptions volontaires de grossesse – maladies professionnelles – médicaments – parcours de soins coordonnés – participation forfaitaire de 1€ – prise en charge de moins d'une journée – rétrocession des médicaments – services mobiles d'urgence – tarifs de prestations – ticket modérateur forfaitaire de 18€.

Annexe : Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé qui abroge le code des règles de gestion publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé, no 94- 12 bis.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en œuvre).

Dans le cadre de l'amélioration du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers, un guide pratique relatif aux procédures d'admission des patients dans les établissements de santé a été, en 2008, édité et diffusé aux établissements de santé par la MEAH. Ce guide a été mis en ligne sur le site du ministère de la santé (1) et mis à jour au fur et à mesure des évolutions réglementaires.

Une deuxième phase a été engagée en 2009 pour élaborer des fiches plus spécifiques aux règles de facturation ; ces fiches ont été regroupées dans le document ci-joint et mises en ligne. Comme le guide précédent, il vise à faire le point sur l'état de la réglementation, sans pour autant se substituer à la documentation de base que constituent les textes législatifs et réglementaires et les circulaires auxquels il convient également de se référer, en tant que de besoin. Il s'adresse aux professionnels de santé (directeurs d'établissements, éditeurs de logiciel, caisses d'assurance maladie, services de tutelle) et à toute personne désireuse d'obtenir des informations sur les procédures d'admission et de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Je vous remercie de bien vouloir assurer la plus large diffusion de cette information, l'objectif étant, dans un contexte budgétaire très contraint et dans la perspective de la facturation directe à l'assurance maladie, d'aider les établissements à améliorer la qualité de leur facturation et à optimiser le recouvrement de leurs recettes.

Ce guide annule et remplace le code des règles de gestion applicables aux prestations dispensées dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé, no 4-12 bis.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
A. PODEUR

**GUIDE DES RÈGLES DE FACTURATION
DES SOINS DISPENSÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Avant-propos

Dans le cadre de l'amélioration du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers, un guide pratique relatif aux procédures d'admission des patients dans les établissements de santé a été, en 2008, édité et diffusé aux établissements de santé par la MEAH. Ce guide a été mis en ligne sur le site du ministère de la santé et des sports et mis à jour au fur et à mesure des évolutions réglementaires.

Une deuxième phase a été engagée en 2009 pour élaborer des fiches plus spécifiques aux règles de facturation ; ces fiches ont été regroupées dans le document ci-joint. Comme le guide précédent, il vise à faire le point sur l'état de la réglementation, sans pour autant se substituer à la documentation de base que constituent les textes législatifs et réglementaires et les circulaires, référencés sur chaque fiche, auxquels il convient de se référer, en tant que de besoin. Il s'adresse aux ARH, aux directeurs d'établissement, aux caisses d'assurance maladie, aux éditeurs de logiciel et à toute personne désireuse d'obtenir des informations sur les procédures d'admission et de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Afin de faciliter l'accès aux différents thèmes traités, ces fiches ont été classées par ordre alphabétique, elles sont également disponibles sur le site du ministère de la santé et des sports (les règles de facturation, règles de facturation, santé, dossiers, ministère de la santé et des sports). Ce guide annule et remplace le code des règles de

gestion applicables aux prestations dispensées dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé, no 4-12 bis.

TABLE DES MATIÈRES

ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT)
ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS STATUTAIRES EXERÇANT À TEMPS PLEIN DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ (EPS)
ADMISSION D'UN MINEUR DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ
ASSURÉ SOCIAL DE L'OUTRE-MER
CENTRES DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE
STRUCTURES SPÉCIFIQUES D'HOSPITALISATION : « CLINIQUES OUVERTES »
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE BASE (CMU DE BASE)
DISPOSITIFS MÉDICAUX
FORFAIT ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES « ATU »
FORFAIT « DE PETIT MATÉRIEL » (FFM)
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER
FORFAITS « SÉCURITÉ ENVIRONNEMENT » (SE)
FORFAIT TECHNIQUE FACTURABLE AU TITRE DES ACTES DE SCANOGRAPHIE (SCA), DE REMNOGRAPHIE (IRM) ET DE TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE PROTONS (TEP)
FRANCHISE MÉDICALE
GARDES À VUE
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)
1. Textes de référence
2. Conditions d'admission
3. Réalisation de l'acte médical
3.1. *Techniques possibles*
3.2. *Lieu de réalisation de l'IVG*
4. Les tarifs
4.1. *Pour les établissements ex-DG*
4.2. *Pour les établissements de santé privés ex-OQN*
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*
5. Facturation des IVG
5.1. *Dans les établissements ex-DG*
5.2. *Dans les établissements ex-OQN, par assimilation, un RUM unique doit également être produit pour l'ensemble de ces étapes*
5.3. *Cas particuliers*
6. Conditions de prise en charge des IVG
6.1. *Conditions de prise en charge des assurées sociales*
6.2. *Conditions de prise en charge des non-assurées sociales*
MALADIES PROFESSIONNELLES (MP)
MÉDICAMENTS
PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 €
PRISES EN CHARGE DE MOINS D'UNE JOURNÉE
RÉTROCESSION DES MÉDICAMENTS
SERVICES MOBILES D'URGENCE (SMUR)
TARIFS DE PRESTATIONS
TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE DE 18 €

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 douzième 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 (art. L. 2213-1 et suivants du CSP). Seul le premier cas est traité dans la présente fiche.

1. Textes de référence

La réglementation concernant l'IVG a été instituée par la loi no 75-17 du 17 janvier 1975 (dite loi Veil) modifiée et actualisée par la loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 et l'ordonnance no 2003-850 du 4 septembre 2003.

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 132-1 (prise en charge des mineures non émancipées sans consentement parental).

Article L. 321-1 (quatrième alinéa) ;

Article L. 322-3 (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 douzième semaine de grossesse) ;
Articles R. 2212-4 à R. 2212-19 (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 l'arrêté du 4 avril 2008 et l'arrêté du 4 août 2009 ;
Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé.

Circulaires

Circulaire CNAM no 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 no 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 douzième semaine de grossesse (art. L. 2212-1 du CSP) et les IVG par voie médicamenteuse jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse (art. 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 première 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 seconde consultation médicale préalable

Cette seconde consultation a lieu au moins une semaine après la première consultation. Ce délai peut être réduit à quarante-huit 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 seconde 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 (art. 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 (art. 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 quatorzième et le vingt et unième 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 (art. 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 douzième semaine de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée (art. 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 cinquième semaine de grossesse soit au maximum sept semaines d'aménorrhée (art. 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 cinquième 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.

Cinq forfaits pour les IVG instrumentales :

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

Au-delà de deux jours d'hospitalisation, soit à compter du troisième 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.

Un 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 deux 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 douze heures ;
 - soit comprise entre douze et vingt-quatre heures ;
 - soit pour vingt-quatre heures 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 (deuxième 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 (art. 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 première 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 :

A 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.

A 100 % pour les mineures non émancipées sans consentement parental pour lesquelles l'assurance maladie prend en charge l'intégralité des dépenses (art. 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 numéro d'hospitalisation).

Pour être remboursés, les établissements ex-OQN doivent adresser, sous pli confidentiel, les documents nécessaires (factures proforma 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 (1) 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.

A 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.

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 premier trimestre de la grossesse ;
 - ou bien JNJP001 : évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au premier 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 :
- 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) ;
- l'acte enregistré est JNMD 001 (révision de la cavité de l'utérus après avortement) ;
- s'il s'agit d'une complication autre qu'un avortement incomplet :
- le DP est un code de la catégorie O08 (complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire) ;
- 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. Echec 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 JNJD. 002 (évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au premier trimestre de la grossesse).

Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures

NOR: AFSS1301628D

Publics concernés : mineures d'au moins quinze ans ; assurées ayant recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) et organismes d'assurance maladie.

Objet : détermination des conditions de prise en charge des frais d'acquisition des contraceptifs pour les mineures de quinze ans et plus ainsi que des conditions de prise en charge de la participation des assurées aux frais liés à une IVG.

Entrée en vigueur : les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 31 mars 2013.

Notice : le présent décret prévoit que la participation des assurées est supprimée, d'une part, pour les frais d'acquisition des contraceptifs pour les assurées et ayants droit mineures d'au moins quinze ans et, d'autre part, pour les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse. Ces frais seront intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>). Le présent décret est pris pour l'application des articles 50 et 52 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 2212-2 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 322-3 et R. 322-9 ;
Vu l'avis du conseil central de la Mutualité sociale agricole en date du 16 janvier 2013 ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 24 janvier 2013 ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du 28 jv 2013 ;
Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 29 janvier 2013 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Au I de l'article R. 322-9 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 4° et un 5° ainsi rédigés :

« 4° Pour les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une interruption volontaire de grossesse par voie instrumentale ou médicamenteuse pratiquée dans les conditions prévues à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique ;

« 5° Pour les mineures âgées d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition des spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive inscrites sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ainsi que des dispositifs médicaux à visée contraceptive inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1. »

Article 2

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur au 31 mars 2013.

Article 3

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 25 mars 2013.

Par le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault

La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine

Le ministre de l'économie et des finances, Pierre Moscovici

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre Ier : Dispositions générales

Chapitre III : Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical

Article L2213-1

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 10 art. 11 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 9 II Journal Officiel du 6 septembre 2003)

L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement de santé.

Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe.

Article L2213-2

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 10 art. 12 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Les dispositions des articles L. 2212-2 et L. 2212-8 à L. 2212-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif médical.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2213-3

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 10 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Décret n°2002-778 du 3 mai 2002 relatif à l'interruption de grossesse pour motif médical pris pour application de l'article L. 2213-3 du code de la santé publique

NOR : MESP0221261D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, et notamment son article L. 2213-3 ;
Vu l'avis du conseil général de Mayotte en date du 15 février 2002 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES A L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE PREVUE AU DEUXIEME ALINEA DE L'ARTICLE L. 2213-1

Art. 1er. - Lorsqu'une femme enceinte envisage de recourir à une interruption de grossesse au motif que la poursuite de sa grossesse met en péril grave sa santé, elle en fait la demande auprès d'un médecin spécialiste qualifié en gynécologie-obstétrique exerçant son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1 du code de la santé publique.

Art. 2. - Le médecin spécialiste qualifié en gynécologie-obstétrique saisi de la demande mentionnée ci-dessus constitue et réunit, pour avis consultatif, l'équipe pluridisciplinaire prévue au deuxième alinéa de l'article L. 2213-1 du code de la santé publique.

Art. 3. - L'équipe pluridisciplinaire prévue au deuxième alinéa de l'article L. 2213-1 du code de la santé publique comprend :

- 1° Un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique ;
 - 2° Un médecin choisi par la femme ;
 - 3° Un assistant social ou un psychologue ;
 - 4° Un ou des praticiens qualifiés pour donner un avis sur l'état de santé de la femme.
- Un procès-verbal de la réunion de cette équipe est établi.

Art. 4. - La femme concernée ou le couple est entendu, à sa demande, par tout ou partie des membres de l'équipe pluridisciplinaire préalablement à la concertation mentionnée à l'article 5.

Art. 5. - Si, au terme de la concertation menée par l'équipe pluridisciplinaire, il apparaît à deux médecins que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, ceux-ci établissent les attestations prévues au premier alinéa de l'article L. 2213-1 du code de la santé publique.

Art. 6. - L'établissement de santé visé à l'article 1er conserve pour chaque demande d'avis les éléments du dossier médical transmis par le médecin traitant, les attestations mentionnées à l'article 5 ainsi que le procès-verbal de la réunion de l'équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, les résultats des examens médicaux pratiqués. Les documents mentionnés au présent article sont conservés dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Art. 7. - Les dispositions du présent titre sont applicables à Mayotte.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES A L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE POUR LE MOTIF PREVU AU TROISIEME ALINEA DE L'ARTICLE L. 2213-1 ET MODIFIANT LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CENTRES PLURIDISCIPLINAIRES DE DIAGNOSTIC PRENATAL DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Art. 8. - I. - Il est inséré à l'article R. 162-28 du code de la santé publique un premier alinéa ainsi rédigé : « La femme concernée ou le couple est, à sa demande, entendu par tout ou partie des membres de l'équipe pluridisciplinaire préalablement à la concertation mentionnée ci-après. »

II. - L'article R. 162-28 du code de la santé publique est complété par un dernier alinéa ainsi rédigé : « Lorsque l'équipe pluridisciplinaire se réunit en application du 2o de l'article R. 162-17, un médecin choisi par la femme est associé, à la demande de celle-ci, à la concertation mentionnée ci-dessus. »

Art. 9. - L'article R. 162-29 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Art. R. 162-29. - Si, au terme de la concertation prévue à l'article R. 162-28, il apparaît à deux des médecins mentionnés au 1o de l'article R. 162-19 qu'existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, et si la femme enceinte en fait la demande, ceux-ci établissent, après que l'équipe pluridisciplinaire a rendu son avis consultatif conformément à l'article L. 2213-1 du code de la santé publique, les attestations prévues au premier alinéa de ce dernier article.

« Ces attestations comportent les noms et les signatures des médecins et mentionnent leur appartenance au centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

« Un exemplaire des attestations est remis à l'intéressée. »

Art. 10. - Le premier alinéa de l'article R. 162-30 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal conserve, pour chaque demande d'avis relatif à une grossesse en cours, les éléments du dossier médical, les avis, conseils et conclusions du centre ainsi qu'en cas d'établissement des attestations mentionnées à l'article R. 162-29 un exemplaire de celles-ci, la date de l'interruption volontaire de grossesse pour motif médical et, le cas échéant, les résultats des examens fœto-pathologiques pratiqués. »

Art. 11. - Il est ajouté au code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) un article R. 162-44 ainsi rédigé : « Art. R. 162-44. - Sous réserve d'avoir été agréé dans les conditions prévues au 7o du présent article, le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal de l'établissement public de santé territorial de Mayotte a pour mission de donner un avis consultatif dans le cas des interruptions volontaires de grossesse envisagées au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic :

« 1° L'équipe pluridisciplinaire du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal est constituée au sein de l'établissement public de santé territorial de Mayotte. Elle est composée de praticiens exerçant une activité dans l'établissement public de santé territorial de Mayotte dont au moins un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, un praticien ayant une expérience en échographie du fœtus et un médecin ayant une expérience en pédiatrie. Cette équipe peut s'adjoindre d'autres personnes possédant des compétences ou des qualifications utiles à l'exercice de ses missions ;

« 2° Cette équipe pluridisciplinaire a pour mission de proposer des investigations complémentaires ou le recours à des avis extérieurs spécialisés s'il y a lieu d'étayer le diagnostic ou le pronostic du médecin traitant. Elle indique à ce médecin ou à la patiente les éventuelles possibilités de prise en charge thérapeutique et leur propose, le cas échéant, une orientation vers des structures spécialisées. Ces propositions et avis sont présentés à la patiente ou au médecin traitant par un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire, après concertation au sein de celle-ci ;

« 3° A la demande de la femme, un médecin choisi par elle est associé à la concertation de l'équipe pluridisciplinaire prévue à l'article L. 2213-1 ;

« 4° Préalablement à la réunion de cette équipe pluridisciplinaire, la femme concernée ou le couple est entendu, à sa demande, par tout ou partie des membres de ladite équipe ;

« 5° Si, au terme de la concertation prévue à l'article L. 2213-1, il apparaît à deux des médecins de l'équipe pluridisciplinaire qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, et si la femme enceinte en fait la demande, ceux-ci établissent, après que l'équipe a rendu son avis consultatif, les attestations prévues à l'article L. 2213-1. Ces attestations comportent les noms et les signatures des médecins. Un exemplaire des attestations est remis à l'intéressé ;

« 6° L'établissement public de santé territorial de Mayotte conserve, pour chaque demande, l'avis relatif à une grossesse en cours, les éléments du dossier médical, les avis, conseils et conclusions de l'équipe pluridisciplinaire, la date de l'interruption volontaire de grossesse pour motif médical et, le cas échéant, le résultat des examens pratiqués à la demande de l'équipe pluridisciplinaire ;

« 7° L'agrément du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal est donné pour une durée de 5 ans par décision du ministre chargé de la santé prise après avis motivé de la section du diagnostic prénatal de la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal, qui tient compte notamment de la formation, de la compétence et de l'expérience des praticiens composant l'équipe pluridisciplinaire prévue ci-dessous et des modalités de fonctionnement du centre. La décision d'agrément indique, en annexe, le nom des praticiens composant l'équipe pluridisciplinaire. Le renouvellement de l'agrément est accordé dans les mêmes conditions en tenant compte, en outre, des résultats de l'évaluation de l'activité du centre. La demande d'agrément est présentée par le directeur de l'établissement public de santé territorial de Mayotte. Elle est accompagnée d'un dossier dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé qui comporte notamment le nom des praticiens qui composeront l'équipe pluridisciplinaire de ce centre et son règlement intérieur. L'agrément du centre peut être retiré par une décision motivée du ministre chargé de la santé après avis de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal. »

Art. 12. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre délégué à la santé, le secrétaire d'Etat à l'outre-mer et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 3 mai 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre de l'intérieur, Daniel Vaillant

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, Christian Paul

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, Nicole Péry

Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur, à l'exception de ses articles 2 et 5

Décret abrogé par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 -

Arrêté du 1er juillet 2004 abrogeant l'arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés

NOR : SANP0422312A

Le ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article R. 5208-1 ;

Sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé du 30 juin 2003,

Arrête :

Art. 1er. – L'arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, est abrogé.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1er juillet 2004.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé, W. DAB

Arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés

Section I

Obligations du fabricant et des distributeurs en gros de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés

Art. 1er. - Les dispositions du paragraphe 3 de la section III du chapitre Ier du titre III du livre V du code de la santé publique sont applicables à la fabrication, à la détention et à la distribution en gros de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, dans les conditions définies à la présente section.

Art. 2. - Les établissements pharmaceutiques fabriquant ou distribuant la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, doivent la détenir dans des armoires ou locaux fermés à clé.

Art. 3. - Tout achat ou toute cession par un établissement pharmaceutique distributeur, même à titre gratuit, de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, doit être inscrit sur un registre spécial coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police. L'inscription sur ce registre de chaque opération reçoit un numéro d'ordre. Elle doit être faite sans aucun blanc, rature, ni surcharge, au moment même de la réception ou de la livraison.

Elle indique les nom, profession et adresse soit de l'acheteur, soit du vendeur, ainsi que la quantité de MIFEGYNE 200 mg, comprimés, achetée ou vendue.

Pour l'achat ou la réception, le numéro de référence donné par le vendeur ou le cédant au produit livré est en outre mentionné sur le registre.

Art. 4. - Le registre doit être conservé pendant dix années pour être présenté à toute réquisition de l'autorité compétente.

Art. 5. - L'établissement pharmaceutique fabriquant la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, est tenu d'adresser au plus tard le 1er février, le 1er mai, le 1er août et le 1er novembre de chaque année à la direction de la pharmacie et du médicament (sous-direction des affaires scientifiques et techniques) un état trimestriel de MIFEGYNE 200 mg, comprimés, indiquant les quantités fabriquées et cédées à titre onéreux ou gratuit au cours du trimestre précédent.

Un état des stocks disponibles au 31 décembre de l'année précédente doit être joint à l'état trimestriel qui est adressé avant le 1er février.

L'établissement pharmaceutique dépositaire et l'établissement pharmaceutique exportateur de cette spécialité sont chacun tenus d'adresser avant le 1er février à la direction de la pharmacie et du médicament (sous-direction des affaires scientifiques et techniques) un état comportant les quantités entrées et vendues pendant l'année précédente et les quantités restant en stock au 31 décembre.

Art. 6. - Lorsque la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, est cédée même à titre gratuit en vue de son utilisation dans une recherche biomédicale, l'établissement pharmaceutique cédant cette spécialité est tenu de se conformer aux articles 3, 4 et 5 du présent arrêté.

Section II

Achat, dispensation et administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés

Art. 7. - L'achat, la dispensation et l'administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, sont réservés aux établissements de santé publics ainsi qu'aux établissements de santé privés autorisés en application de l'article L. 176 du code de la santé publique.

Ces établissements doivent être habilités à procéder aux interruptions volontaires de grossesse visées aux articles L. 162-1 et L. 162-12 du code de la santé publique.

Ces établissements doivent être propriétaires d'une pharmacie ouverte dans les conditions fixées à l'article L. 577 du code de la santé publique, gérée par un pharmacien inscrit aux sections D, E ou F de l'ordre des pharmaciens.

Art. 8. - Tout achat de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, par la pharmacie des établissements définis à l'article 7 du présent arrêté ne peut être effectué que sur remise préalable de deux volets foliotés, extraits du carnet à souches prévu à l'article R. 5210 du code de la santé publique.

Art. 9. - Tout achat et toute dispensation de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, doit être inscrit sur le registre prévu à l'article R. 5198 du code de la santé publique selon les modalités fixées par ledit article.

Art. 10. - La spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, doit être détenue à la pharmacie des établissements définis à l'article 7 du présent arrêté dans une armoire fermée à clé.

Toutefois, l'unité de soins utilisant cette spécialité peut en détenir une quantité n'excédant pas sa consommation hebdomadaire, conservée dans une armoire fermant à clé et réservée à cet usage ou dans un compartiment fermant à clé de son armoire de médicaments.

Cette quantité est fixée par le pharmacien de l'établissement et le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut, celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés.

Art. 11. - La constitution de la réserve de l'unité de soins est effectuée par le pharmacien de l'établissement sur présentation d'une ordonnance extraite d'un carnet numéroté détenu par le médecin responsable de l'unité de soins (ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés) et réservé à cet effet.

Cette ordonnance comporte les renseignements suivants:

- la date;

- le nom de la spécialité (MIFEGYNE 200 mg, comprimés);

- le nombre d'unités de conditionnement.

Cette ordonnance ne peut être signée que par le médecin responsable de l'unité de soins (ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés) où sont pratiquées les interruptions volontaires de grossesse, la préparation à l'action des prostaglandines lors des interruptions de grossesse pour raisons thérapeutiques et l'induction du travail lors des grossesses interrompues (mort fœtale in utero).

Elle ne doit en aucun cas être signée en blanc.

Ces ordonnances sont conservées pendant trois ans par le pharmacien de l'établissement.

Art. 12. - Le renouvellement de la réserve en MIFEGYNE 200 mg, comprimés, de l'unité de soins est faite au vu:

- d'une ordonnance extraite du carnet prévu à l'article 11;

- du feuillet détachable qui, portant la mention: <<destiné au pharmacien>>, provient de deux types de documents:

- soit du document réservé aux interruptions volontaires de grossesse;

- soit du document réservé à la préparation à l'action des prostaglandines lors des interruptions de grossesse pour raisons thérapeutiques et à l'induction du travail lors des grossesses interrompues (mort fœtale in utero).

Ce feuillet comporte la mention de la prise, en présence du médecin prescripteur, de la spécialité par l'intéressée, le numéro de son dossier médical, la signature du médecin prescripteur.

Dans le cas d'une interruption volontaire de grossesse visée à l'article L.162-1 du code de la santé publique, ce feuillet comporte en outre la confirmation par l'intéressée de sa décision d'interrompre sa grossesse, suivie de sa signature.

Le feuillet détachable destiné au pharmacien et son double conservé par le médecin prescripteur portent un même numéro d'ordre, apposé au moyen d'une double étiquette auto-adhésive numérotée, incluse dans le conditionnement de la spécialité.

Le feuillet détachable est conservé pendant trois ans par le pharmacien de l'établissement.

Art. 13. - Le pharmacien de l'établissement ne peut remettre la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, qu'aux médecins exerçant dans l'unité de soins visée à l'alinéa 2 de l'article 10 et dont les noms et signatures ont été déposés auprès de lui, ou à la surveillante de l'unité de soins.

Art. 14. - Seuls les médecins de l'établissement exerçant leurs fonctions dans l'unité de soins utilisant la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, visée à l'alinéa 2 de l'article 10 et ayant déposé leurs noms et signatures conformément à l'article 13 sont autorisés à prescrire et à administrer cette spécialité dans ses indications reconnues par l'autorisation de mise sur le marché.

La prise des comprimés a lieu dans cette unité de soins en présence du médecin prescripteur.

Art. 15. - Chaque mois, le pharmacien effectue la visite de l'armoire de l'unité de soins dans laquelle est détenue la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés.

Il s'assure que la quantité contenue dans l'armoire correspond à celle résultant de sa comptabilité, que les conditions de la détention sont conformes aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 10 et que la conservation de la spécialité est satisfaisante.

Art. 16. - L'arrêté du 28 décembre 1988 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés, est abrogé.

Art. 17. - Le directeur de la pharmacie et du médicament est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 10 septembre 1992.

Pour le ministre et par délégation: Le directeur de la pharmacie et du médicament,

J. DANGOUMAU

Partie réglementaire**Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant****Livre II : Interruptions volontaires de grossesse****Titre Ier : Dispositions générales****Chapitre II : Interruptions pratiquées avant la fin de la douzième semaine de grossesse****Section 3 : Conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé****Article R2212-9**

(Décret n° 2004-636 du 1 juillet 2004 art. 1 I Journal Officiel du 2 juillet 2004)

Lorsqu'elles n'ont pas lieu dans un établissement de santé, les interruptions volontaires de grossesse prévues à l'article L. 2212-2, lesquelles sont soumises aux dispositions générales applicables aux interruptions volontaires de grossesse telles que prévues au chapitre III du titre Ier du présent livre, ne peuvent être réalisées que dans le cadre d'une convention conclue entre un médecin et un établissement de santé public ou privé, satisfaisant aux dispositions de l'article L. 2322-1 et conforme à la convention type constituant l'annexe 22-1. Nota : Décret 2004-636 2004-07-01 art. 2 : Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte. Pour leur application à Mayotte, les mots : "l'établissement de santé, public ou privé," sont remplacés par les mots : "l'établissement public de santé de Mayotte".

Article R2212-10

(Décret n° 2004-636 du 1 juillet 2004 art. 1 II Journal Officiel du 2 juillet 2004)

Les interruptions volontaires de grossesse pratiquées par un médecin dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 sont exclusivement réalisées par voie médicamenteuse et jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse. Le médecin assure le suivi de la femme, conformément aux recommandations professionnelles validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Nota : Décret 2004-636 2004-07-01 art. 2 : Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte.

Article R2212-11

Le médecin effectuant des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 justifie d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique, soit par une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

Article R2212-12

Avant de recueillir le consentement écrit de la femme dont l'âge de la grossesse et dont l'état médical et psycho-social permet la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux, le médecin l'informe sur les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse et sur leurs éventuelles complications.

Le médecin rappelle à la femme la possibilité de rencontrer une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement ou organisme agréé dans les conditions prévues à l'article L. 2212-4.

Le médecin délivre à la femme une information complète sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles.

Article R2212-13

Le médecin précise par écrit à la femme le protocole à respecter pour la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux.

Il invite la femme à se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments.

Article R2212-14

Le médecin informe la femme sur les mesures à prendre en cas de survenance d'effets secondaires. Il s'assure que la femme dispose d'un traitement analgésique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai de l'ordre d'une heure.

Article R2212-15

Le médecin remet à la femme un document écrit dans lequel sont indiqués l'adresse précise et le numéro de téléphone du service concerné de l'établissement de santé signataire de la convention. Il lui indique la possibilité d'être accueillie à tout moment par cet établissement.

Il remet également à la femme une fiche de liaison, définie conjointement avec l'établissement de santé signataire de la convention, contenant les éléments utiles de son dossier médical. Ce document est remis par la femme au médecin de l'établissement de santé, lors de son admission.

Article R2212-16

(Modifié par Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 2)

Seuls les médecins, les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé ayant conclu la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 peuvent s'approvisionner en médicaments nécessaires à la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

Pour s'approvisionner en médicaments nécessaires à la réalisation de cette interruption volontaire de grossesse, le médecin passe commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie d'officine. Cette commande, rédigée dans les conditions prévues à l'article R. 5194, indique en outre le nom de l'établissement de santé, public ou privé, avec lequel il a conclu la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 et la date de cette convention.

Article R2212-17

La prise des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse est effectuée en présence du médecin.

Article R2212-18

(Décret n° 2004-636 du 1 juillet 2004 art. 1 IV Journal Officiel du 2 juillet 2004)

Une consultation de contrôle et de vérification de l'interruption de la grossesse est réalisée au minimum dans les quatorze jours et au maximum dans les vingt et un jours suivant l'interruption volontaire de grossesse. Nota : Décret 2004-636 2004-07-01 art. 2 : Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte.

Article R2212-19

Pour l'application dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon des dispositions des articles R. 2212-9 à R. 2212-18, aux mots : « Etablissement de santé » et « établissement de santé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 2322-1 » sont substitués les mots : « l'Etablissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ».

Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé

NOR : SANP0430613C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 ;

Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002) ;

Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004) ;

Arrêtés du 1er juillet 2004 (JO du 13 juillet 2004) et du 23 juillet 2004 (JO du 28 juillet 2004) ;

Circulaire DGS/DHOS n° 2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

La publication du décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 et de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) permet la mise en oeuvre effective du dispositif relatif à la pratique d'interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé. Ce dispositif offre aux femmes ne souhaitant pas poursuivre leur grossesse la possibilité d'être prises en charge par la médecine de ville. Il permet ainsi de développer une offre complémentaire à celle proposée en établissement de santé, garantissant des conditions équivalentes de qualité et de sécurité pour la réalisation des IVG médicamenteuses. Par ailleurs, les tarifs des établissements de santé relatifs aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse sont sensiblement revalorisés par l'arrêté du 23 juillet 2004. Cette mesure devrait améliorer les conditions de prise en charge de ces actes par les établissements de santé et permettre, en particulier, aux établissements privés qui le souhaitent, de s'impliquer davantage dans la mise en oeuvre de cette activité.

L'ensemble de ces dispositions doit permettre de réduire de façon déterminante les délais d'accès des femmes aux IVG et offrir aux intéressées des possibilités nouvelles de prise en charge.

1. La pratique des IVG hors établissement de santé

1.1. Les textes applicables

L'article 3 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (art. L. 2212-2 du code de la santé publique) autorise les praticiens à réaliser des IVG en médecine de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé.

Les conditions d'application de cette disposition législative sont fixées par le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 (art. R. 2212-9 à R. 2212-19 du code de la santé publique) modifié par le décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004.

1.2. La technique

Seules des IVG par voie médicamenteuse peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif (jusqu'à cinq semaines de grossesse, soit sept semaines d'aménorrhée). Sont donc exclues les IVG réalisées par mode chirurgical, qui nécessitent un plateau technique chirurgical ou obstétrical (R. 2212-5 du code de la santé publique - CSP).

1.3. Les règles et les démarches relatives à l'IVG

L'ensemble des règles et des démarches relatives à l'IVG (art. L. 2212-1 à L. 2212-10 du CSP) s'appliquent à ce nouveau dispositif : consultations médicales préalables et psychosociales, information des femmes, dispositions spécifiques concernant les mineures, possibilité pour le médecin de recourir à la clause de conscience, déclaration de l'IVG établie par le médecin pratiquant l'acte.

Les consultations médicales à réaliser pour une IVG médicamenteuse sont au nombre de cinq et sont les suivantes :

- deux consultations préalables à la réalisation de l'IVG (art. L. 2212-3 et L. 2212-5 du CSP) ;
- deux consultations comportant la prise de médicament : Mifégyne (mifépristone), puis Gymiso (misoprostol) ;
- une consultation de contrôle.

1.4. Une pratique des IVG encadrée

Les médecins réalisant des IVG médicamenteuses dans le cadre de ce dispositif doivent passer une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (1). Par ailleurs, le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002, modifié par le décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 prévoit des dispositions essentielles à la sécurité de la prise en charge de ces interruptions de grossesse.

1.4.1. La qualification des médecins

Peuvent pratiquer ces IVG, les médecins de ville justifiant d'une expérience professionnelle adaptée :

- soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ;
- soit par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé. Cette expérience est attestée par le directeur de l'établissement de santé dans lequel le médecin, quel qu'ait été son statut, pratique ou a pratiqué des IVG. 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 pour la pratique des IVG médicamenteuses. Le médecin n'a pas à justifier d'un exercice professionnel concomitant dans un établissement de santé. En dehors de la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 du CSP, aucun lien particulier entre le médecin et un établissement de santé n'est donc requis.

1.4.2. Les médicaments

1.4.2.1. L'approvisionnement

Les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG (spécialités Mifégyne et Gymiso) sont désormais 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 ayant passé convention avec un établissement de santé. Ils ne peuvent donc être vendus, ni à des médecins n'ayant pas conclu de convention, ni à des particuliers.

Pour se procurer ces médicaments, le médecin passe une commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix. Cette commande doit comprendre 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.

1.4.2.2. La prise des médicaments

Afin de garantir la bonne administration dans les délais requis des deux médicaments et de permettre au médecin d'assurer un suivi régulier de la patiente, la prise des médicaments (spécialités Mifégyne et Gymiso par la femme est effectuée en présence du médecin lors des consultations (article R. 2212-17 du CSP).

En aucun cas les médicaments ne sont remis à la patiente pour une prise ultérieure en dehors du cabinet du médecin. Notamment, la pratique consistant à remettre à la patiente les comprimés de misoprostol (Gymiso(R)), pour qu'elle prenne ces comprimés à son domicile, est exclue.

1.4.3. Le suivi de l'IVG

1.4.3.1. Le médecin

Le suivi de la femme doit être réalisé conformément aux recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) relatives à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (publication en mars 2001, voir www.anaes.fr à la rubrique « Publications »).

- le médecin vérifie que l'âge gestationnel, l'état médical et psycho-social de la patiente permettent la réalisation d'une IVG par mode médicamenteux ;
- le médecin précise par écrit à la femme le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse et invite la femme à se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments ;
- le médecin donne à la femme toutes informations sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires. Il s'assure que la femme dispose d'un traitement analgésique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable (de l'ordre d'une heure). Il indique à la femme les coordonnées précises du service concerné (adresse, téléphone) et lui précise qu'il lui est possible d'être accueillie à tout moment par cet établissement ;
- le médecin remet à la femme une fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical. Ce document est remis par la femme au médecin de l'établissement de santé lors d'une éventuelle admission. Une copie de la fiche est par ailleurs systématiquement transmise à l'établissement de santé par le médecin, après administration des médicaments à la patiente. Un modèle de fiche de liaison est proposé en annexe ;
- le médecin assure la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de gamma-globulines anti-D ;
- la visite de contrôle (art. R. 2212-8 modifié) est réalisée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant la prise de Mifégyne (mifépristone) ;
- le médecin qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical, les attestations de consultations préalables, ainsi que le consentement écrit de la femme à l'IVG.

1.4.3.2. L'établissement

Dans le respect du choix de la femme, il est souhaitable que les établissements constituant avec les médecins avec lesquels ils ont passé convention un véritable réseau de prise en charge, les femmes étant orientées vers l'une ou l'autre des structures. Ainsi, un établissement qui ne serait pas en mesure de prendre en charge une femme dans des délais permettant la réalisation de l'IVG par voie médicamenteuse devrait lui proposer la possibilité de réaliser l'IVG en médecine de ville et l'orienter vers le(s) médecin(s) avec lequel l'établissement a passé convention. Ce nouveau dispositif doit donc permettre d'offrir aux femmes la possibilité d'avoir accès à l'interruption de grossesse dans des délais plus rapides, ainsi que d'alléger la charge des services les plus sollicités.

Dans ce cadre, l'établissement de santé qui passe convention s'engage à assurer un certain nombre d'obligations, liées à la qualité et la continuité de la prise en charge de l'IVG.

a) L'accueil éventuel des femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse en ville

L'établissement de santé doit être en mesure d'accueillir la femme à tout moment et d'assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels de l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse. Dès lors l'établissement doit mettre en place une organisation qui permette que la femme qui se présenterait soit effectivement accueillie et qu'une prise en charge lui soit proposée.

b) La réponse aux demandes d'information du médecin

Dans le cadre des conventions passées avec des médecins de ville, l'établissement de santé assure un rôle d'information et de formation des médecins concernés par le dispositif, sur la pratique de ces interruptions de grossesse.

Cette mission ne nécessite pas la mise en place d'un dispositif particulier. En effet, L'article L. 6112-1 du code de la santé publique prévoit que les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier concourent à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers. Les médecins de l'établissement de santé pourront répondre, selon leurs connaissances et le fond documentaire à leur disposition, aux demandes d'information des médecins ayant passé convention avec l'établissement. C'est une simple relation de médecin à médecin qu'il est nécessaire de développer. En outre, les établissements de santé ouvriront aux médecins les formations qu'ils organisent en la matière pour leurs praticiens hospitaliers.

c) L'évaluation de l'activité relative aux IVG réalisées dans le cadre des conventions conclues

La convention conclue avec un médecin de ville pour la réalisation d'IVG médicamenteuses prévoit que l'établissement de santé assure le suivi de l'activité relative aux actes réalisés dans ce cadre. A cette fin, il est demandé au médecin signataire de la convention d'adresser à l'établissement de santé les déclarations anonymes concernant les interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées. Ces informations permettront de comptabiliser le nombre d'IVG réalisé dans un cadre ambulatoire dans les statistiques nationales, d'évaluer la sécurité du dispositif mis en oeuvre et la part prise par ce dernier dans l'activité globale.

L'établissement de santé adresse au médecin inspecteur régional de santé publique les bulletins de déclaration anonyme qu'il a reçus des médecins de ville dans les mêmes conditions que celles relatives aux interventions réalisées dans l'établissement (cf. infra 3-1).

L'établissement de santé adresse chaque année au médecin inspecteur régional de santé publique une synthèse quantitative et qualitative portant sur l'activité d'IVG ambulatoire, analysant les déclarations susmentionnées et les difficultés constatées (nombre d'échecs de la méthode, admissions de patientes des médecins liés par convention...). Cette synthèse est réalisée sous la responsabilité du médecin responsable de l'activité d'IVG.

L'établissement de santé veille au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins.

1.4.4. La convention entre le médecin et l'établissement

L'établissement établit une convention selon le modèle de la convention type qui figure en annexe du décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 et qui a donc valeur réglementaire. En conséquence, elle ne peut pas être modifiée. L'établissement transmet le document pour signature au médecin concerné, puis en fait parvenir une copie à l'agence régionale de l'hospitalisation, ainsi qu'à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales dont il relève. Pour sa part, le médecin transmet copie de la convention au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève.

1.5. Le forfait IVG en ville

1.5.1. Les éléments constitutifs du forfait

Le prix limite du forfait attribué à tout médecin effectuant une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse hors établissement de santé et justifiant de la qualification ou de l'expérience professionnelle prévue par le décret du 3 mai 2002 est fixé à 191,74 euros par l'arrêté du 23 juillet 2004, pris sur la base de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale. Ce forfait inclut le prix TTC des médicaments utilisés (prix TTC de la boîte de trois comprimés de Mifégyne et prix TTC de la boîte de deux comprimés de Gymiso). Outre l'achat des médicaments, le forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration de la Mifégyne et du Gymiso et la consultation de contrôle.

Le prix limite du forfait est exclusif de tout dépassement d'honoraires. Son remboursement par l'assurance maladie est effectué à hauteur de 70 %.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la première consultation préalable mentionnée à l'article L. 2212-3 du CSP.

1.5.2. La facturation du forfait par le médecin

Elle intervient dans le cadre de la consultation comportant la prise de Mifégyne et correspondant à la première étape de la réalisation effective de l'IVG pour laquelle la patiente a donné son consentement.

Les modalités de facturation spécifiques à la médecine de ville ne permettent pas de garantir l'anonymat des femmes dans les procédures de prise en charge, principalement en raison de l'absence de dispense d'avance des frais. Toutefois, la feuille de soins de la patiente, ainsi que le décompte de remboursement transmis à l'assurée par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage de la femme. A cet effet, le médecin portera sur la feuille de soins la mention « FHV / FMV » (dans la colonne relative aux actes) accompagnée du montant du forfait (colonne réservée au montant des actes).

Il incombe dès lors au médecin d'informer la patiente de ces modalités dès la première consultation préalable (mentionnée à l'article L. 2212-3 du CSP). Ces modalités seront rappelées au cours de la deuxième consultation médicale préalable (prévue à l'article L. 2212-5 du CSP) dans le cadre des explications relatives à la procédure IVG en ville.

Pour les femmes qui tiendraient absolument à préserver l'anonymat, le médecin aura la possibilité de l'orienter vers un établissement de santé, qui seul peut assurer une stricte confidentialité de l'IVG. A cet effet, il est souhaitable que le médecin signale cette situation à l'établissement de santé afin que ce dernier s'organise pour prendre en charge la femme concernée dans les meilleurs délais et, dans la mesure du possible, dans des délais compatibles avec la pratique des IVG par voie médicamenteuse.

Le principe légal de prise en charge anonyme et gratuite des IVG concernant les mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas pu être recueilli, s'applique aux interruptions de grossesse pratiquées en ville. Les procédures à mettre en oeuvre sont précisées par la circulaire CIR-49/2003 du 24 mars 2003 émanant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Pour les personnes relevant de la CMU complémentaire, qui bénéficient de la dispense d'avance des frais, le médecin envoie la feuille de soins de la patiente au service médical de la caisse d'assurance maladie selon les règles applicables en matière de CMU complémentaire.

1.6. L'information relative au dispositif

Il apparaît indispensable de procéder à une diffusion large des modalités d'un dispositif très novateur, tant en direction du public que des professionnels.

Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) sont chargées de cette mission générale d'information concernant le dispositif. Notamment, elles assureront l'information des professionnels dans le cadre des travaux des commissions régionales de la naissance, apporteront leur soutien aux actions mises en oeuvre (partenariat avec les URML pour l'édition de fiches ou de plaquettes à l'intention des médecins par exemple), solliciteront la participation des permanences téléphoniques régionales à l'information du public.

Les fiches techniques, jointes en annexe, peuvent constituer un support approprié à l'information des médecins qui pratiqueront ces IVG et des femmes souhaitant être prises en charge dans ce cadre.

Par ailleurs, dans l'attente de la modification du dossier-guide IVG qui interviendra ultérieurement, les DDASS joindront aux livrets existants une fiche d'information de la patiente sur ce sujet.

Le rôle des établissements de santé pratiquant des IVG dans la mise en oeuvre de ce dispositif est essentiel. Il convient que les directeurs d'établissement de santé diffusent largement l'information sur la possibilité de réaliser les IVG en ville, auprès des médecins libéraux exerçant dans les services chargés de l'activité d'IVG. En effet, ces médecins remplissent a priori les conditions de qualification requises et ont déjà établi une relation avec un service hospitalier. On peut donc légitimement penser qu'ils seront parmi les premiers à s'investir dans la mise en oeuvre de ce nouveau dispositif.

2. La pratique des IVG en établissement de santé

2.1. Les nouveaux tarifs des établissements de santé

En ce qui concerne les établissements de santé financés par dotation globale, conformément à la circulaire DHOS/F 2/O/DSS/1 A/2004/36 du 2 février 2004, la revalorisation des tarifs des prestations a été prise en compte dans le calcul de la part de la dotation globale calculée en fonction de l'activité, à l'exception toutefois de la prestation « IMD » (« forfaits IVG tout compris, sans anesthésie et surveillance médicale) dont le tarif n'a été que partiellement revalorisé à 177,42 EUR. La revalorisation de ce tarif à 190,38 EUR, conformément à l'arrêté du 2 août 2004 fixant les tarifs nationaux de référence par activité, sera prise en compte en fin de campagne et donnera lieu à un ajustement des ressources allouées à chaque établissement.

Pour les établissements sous objectif quantifié national, l'arrêté du 23 juillet 2004 prévoit une revalorisation de 29 % des prix limites des forfaits d'accueil et hébergement afférents à l'interruption volontaire de grossesse instrumentale. S'agissant de l'IVG par mode médicamenteux, le forfait de consultation secondaire comportant l'administration de prostaglandines et la surveillance en établissement tient compte d'une revalorisation de 29 % du prix de la prestation de surveillance réalisée par l'établissement.

2.2. Améliorer la qualité et les délais de prise en charge en établissements de santé

La circulaire du 16 juillet 2003 mettait l'accent sur trois axes principaux d'amélioration : la formation des secrétariats à l'accueil et à l'orientation des femmes, l'organisation du bloc opératoire pour qu'une plage horaire soit réservée aux IVG, l'intégration de l'IVG aux volets « périnatalité » des schémas régionaux d'organisation des soins. Ces démarches d'organisation doivent être poursuivies.

2.3. L'abrogation de l'arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la Mifégyne

L'arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité Mifégyne 200 mg comprimés, appliquait à la spécialité Mifégyne certaines dispositions normalement réservées aux médicaments stupéfiants.

Cet arrêté a été abrogé par l'arrêté du 1er juillet 2004 et la spécialité Mifégyne n'est plus soumise désormais à des règles dérogatoires. Le régime applicable à la spécialité Mifégyne est donc celui applicable à l'ensemble des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses tel que fixé par l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 5126-1 du CSP.

3. Le système d'information sur les IVG

Afin de suivre et d'évaluer la mise en oeuvre de la loi, le système d'information a été adapté à la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses en ville. Ce système repose sur trois sources d'information : des bulletins statistiques simplifiés, une collecte de données de cadrage dans la statistique annuelle des établissements (SAE), un codage spécifique du PMSI pour les IVG réalisées dans les services de médecine chirurgie obstétrique (MCO). A terme, une enquête pluriannuelle auprès d'un échantillon de femmes, coordonnée par la DREES, devrait permettre de compléter le dispositif, et en particulier de préciser les caractéristiques socio-démographiques et médicales de femmes concernées, les parcours de soins, les conditions de réalisation de l'IVG et ses suites.

3.1. Procédure de collecte d'informations statistiques auprès des médecins de ville conventionnés avec l'établissement

De nouveaux bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse ont été définis par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en concertation avec la direction générale de la santé (DGS), la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). Ces nouveaux bulletins ont été simplifiés depuis le 1er janvier 2004, et conçus pour une saisie par lecture optique. Ils permettront de repérer plus précisément les interruptions volontaires de grossesse effectuées en cabinet de ville par un médecin conventionné avec un établissement de santé. Un spécimen de ce bulletin est joint en annexe.

Ces nouveaux bulletins seront transmis aux établissements à la fin de l'année 2004 par les DDASS. Chaque établissement doit organiser la transmission de ces formulaires et leur collecte auprès des médecins avec lesquels il a signé une convention. Les nouveaux bulletins devront remplacer et annuler les précédents dès le 1er janvier 2005. Les anciens bulletins vierges devront donc tous avoir été détruits.

Une fois remplis par les praticiens, ces bulletins seront envoyés par l'établissement de santé, joints à ceux concernant les IVG réalisées au sein de l'établissement, au médecin inspecteur régional de la DRASS, accompagnés de bordereaux séparés, précisant le nombre de bulletins concernant l'établissement lui-même et le nombre de bulletins concernant des IVG réalisées en ville par des médecins conventionnés, ainsi que le nombre de ces derniers. Si un établissement manque de bulletins, il peut demander des exemplaires supplémentaires à la DDASS, mais il ne doit en aucun cas utiliser des photocopies dont la qualité variable accroît les problèmes rencontrés lors de la saisie des données.

3.2. Transmission d'information agrégée dans la statistique annuelle des établissements

Le bordereau Q04 de la SAE décrit l'activité de chaque établissement de santé pratiquant des IVG. Pour l'exercice 2002, le questionnaire a été adapté afin de décompter, en particulier, les IVG pratiquées au cours des onzième et douzième semaines de grossesse. Il est rappelé que ces informations, qui servent de base pour connaître le nombre d'IVG pratiquées annuellement, doivent être renseignées précisément par tous les établissements concernés. Selon les préconisations du rapport IGAS de décembre 2002, a été ajoutée dans la SAE 2003 une question portant sur

le délai moyen de prise en charge d'une IVG en octobre de chaque année, ainsi que les demandes que l'établissement n'a pas pu prendre en charge pendant la même période. Ces informations sont indispensables au suivi de la politique de prise en charge des IVG. Chaque année, un recueil de ces informations doit donc être organisé dans les services au cours du mois d'octobre, selon les modalités décrites dans l'aide au remplissage de la SAE. En 2003, une question complémentaire a été introduite pour disposer du décompte des IVG médicamenteuses en ville : elle demande de préciser, pour chaque établissement, le nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville conventionnés avec l'établissement. Cette question devra donc être complétée, dès l'année 2004, afin de décrire la période d'activité des médecins de ville postérieure à la mise en application du décret.

3.3. Codage du PMSI

Enfin, il est rappelé que les IVG pratiquées en MCO, quelle que soit la technique employée, doivent faire l'objet d'un enregistrement dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les consignes de codage ont été adaptées en 2001 afin de permettre de distinguer les IVG des interruptions de grossesse pour motif médical (IMG). Le codage des IVG associe un code de la catégorie O 04 (avortement médical) en position de diagnostic principal (DP) et le code Z 64.0 (difficultés liées à une grossesse non désirée) en position de diagnostic associé significatif (DAS). La technique employée (médicamenteuse ou instrumentale) doit être précisée par les codes d'actes. Un codage adapté est indispensable au bon repérage des IVG et à l'analyse statistique de leur répartition par âge.

*

* *

Pour toute difficulté de mise en œuvre du dispositif, vous pouvez prendre contact avec les bureaux SD 6 D (bureau santé des populations, de la précarité et de l'exclusion, Béatrice Boisseau-Mérieau, courriel : beatrice.boisseau-merieau@sante.gouv.fr) et SD 3 A (bureau du médicament, Cédric Paris, courriel : cedric.paris@sante.gouv.fr) de la direction générale de la santé, O 1 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation du système de soins (bureau organisation générale de l'offre régionale de soins, Solenne Barat, courriel : solenne.barat@sante.gouv.fr), 1 A de la direction de la sécurité sociale (bureau établissements sanitaires et établissements médico-sociaux, Sonia Beurier, courriel : sonia.beurier@sante.gouv.fr), 1 B de la direction de la sécurité sociale (bureau relations avec les professions de santé, Jean-Pol Sternberg, courriel : jean-pol.sternberg@sante.gouv.fr) et le bureau état de santé de la population de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation (Annick Vilain, courriel : annick.vilain@sante.gouv.fr).

Les ARH feront parvenir à la DHOS avant le 31 décembre 2004, un état des lieux du nombre de conventions établies au sein de la région selon le modèle joint en annexe (page 24) à l'attention de Solenne Barat à l'adresse suivante : solenne.barat@sante.gouv.fr ou par télécopie : 01-40-56-41-89.

Les DRASS dresseront un bilan de la mise en œuvre et de la montée en charge du dispositif dans le cadre des rapports d'activité des commissions régionales de la naissance élaborés chaque année. Ce bilan à effectuer annuellement, à titre systématique, prendra place au sein du chapitre spécifique du rapport, consacré au thème IVG-contraception (cf. circulaire n° 628 du 17 novembre 1999). Le bilan fera état des actions d'information entreprises par les DRASS et s'appuiera notamment sur les synthèses quantitatives et qualitatives qu'elles reçoivent en application de l'article 6 des conventions passées entre les médecins et les établissements de santé. Le bilan IVG-contraception 2004 sera adressé avant le 11 février 2005 à la direction générale de la santé, bureau SD 6 D.

La présente circulaire sera mise sur le site Internet du ministère de la santé et de la protection sociale et publiée au Bulletin officiel.

Le ministre de la santé et de la protection sociale,
Philippe Douste-Blazy

FICHE DE LIAISON MÉDECIN/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

IVG médicamenteuse en médecine de ville - un exemplaire est remis à la patiente ; une copie est transmise à l'établissement de santé après prise des médicaments.

Date de la convention :

1ère PARTIE

Consultations comportant une prise de médicament

Nom de la patiente : Médecin : cachet

Prénom :

Age :

Groupe Rhésus :

Tél :

Dernières règles. - Date :

Terme (en semaines d'aménorrhée) :

Début de grossesse. - Date présumée :

Métrorragies :

Dosage β HCG. - Date, taux :

(Résultat à joindre)

Et/ou :

Echographie. - 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 : S.A.

Date de prise du Misoprostol :

Incompatibilité rhésus. - Date de l'injection d'immunoglobuline anti-D :

Date prévue pour la visite de contrôle :

IVG médicamenteuse en médecine de ville

- un exemplaire est remis à la patiente ;

une copie est transmise à l'établissement de santé après réalisation de la consultation de contrôle.

2ème PARTIE

Consultation de contrôle

Nom de la patiente : Médecin : cachet :

Prénom :

Date de naissance :

Date de la visite de contrôle :

Réussite de la méthode : Oui Non

Date du dosage β HCG : 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 :

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DES MÉDECINS PRATIQUANT DES IVG EN MÉDECINE DE VILLE

Vous envisagez de pratiquer des IVG médicamenteuses en médecine de ville.

1. Quels sont les textes de références ?

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé cette pratique.

Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié par le décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004) a défini les modalités de cette pratique.

2. Quelle est la technique autorisée ?

Seules des IVG par voie médicamenteuse peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif. Sont donc exclues, les IVG réalisées par mode chirurgical qui nécessitent un plateau technique chirurgical ou obstétrical.

En outre, les IVG réalisées doivent correspondre à un délai gestationnel maximum de cinq semaines de grossesse, soit sept semaines d'aménorrhée.

3. Les règles applicables, les démarches des femmes :

L'ensemble des règles et des démarches relatives à toute IVG s'appliquent à ce dispositif : consultations, information des femmes et remise du dossier-guide, dispositions spécifiques concernant les mineures, possibilité pour le médecin de recourir à la clause de conscience, déclaration de l'IVG établie par le médecin pratiquant l'acte...

Les consultations médicales à réaliser pour une IVG médicamenteuse sont au nombre de cinq et sont les suivantes :

- deux consultations préalables à la réalisation de l'IVG (art. L. 2212-3 et L. 2212-5 du code de la santé publique - CSP) ;
- deux consultations comportant la prise de médicament : Mifégyne (mifépristone), puis Gymiso (misoprostol) ;
- une consultation de contrôle.

Une consultation psychosociale doit être proposée avant (cette consultation préalable est obligatoire pour les seules mineures) et une autre après l'interruption de la grossesse.

4. Le cadre de cette pratique :

Les médecins réalisant des IVG médicamenteuses dans le cadre de ce dispositif passent une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie). Cette convention est conforme au modèle de la convention type réglementaire (décret du 3 mai 2002).

5. Les médecins concernés :

Peuvent pratiquer ces IVG, les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée :

- soit, par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ;
- soit, par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de cet établissement, sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

6. Les médicaments :

L'approvisionnement :

Les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG (spécialités Mifégyne et Gymiso) sont désormais 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 ayant passé convention avec un établissement de santé. Ils ne peuvent donc être vendus, ni à des médecins n'ayant pas conclu de convention, ni à des particuliers. Pour se procurer ces médicaments, le médecin passe une commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix. Cette commande doit comprendre 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.

La prise des médicaments :

Afin de garantir la bonne administration dans les délais requis des deux médicaments et de permettre au médecin d'assurer un suivi régulier de la patiente, la prise des médicaments (spécialités Mifégyne et Gymiso) par la femme est effectuée en présence du médecin lors des consultations (art. R. 2212-17 du CSP). En aucun cas les médicaments ne sont remis à la patiente pour une prise ultérieure en dehors du cabinet du médecin. Notamment, la pratique consistant à remettre à la patiente les comprimés de misoprostol (Gymiso), pour qu'elle prenne ces comprimés à son domicile, est exclue.

7. Le suivi de la femme :

Le suivi de l'IVG est réalisé conformément aux recommandations de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) relatives à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (publication en mars 2001, cf. site Internet de l'ANAES à la rubrique « publications »).

Le suivi conforme à ces recommandations et assuré dans le cadre du dispositif est le suivant :

En ce qui concerne le médecin :

- il vérifie que l'âge gestationnel, l'état médical et psychosocial de la patiente permettent la réalisation d'une IVG par mode médicamenteux ;
- il précise par écrit à la femme, le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse. Il lui indique qu'elle peut se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments ;
- il délivre à la femme toutes informations sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires. Il s'assure que la femme dispose d'un traitement analgésique et qu'elle peut se

rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable (de l'ordre d'une heure), il indique les coordonnées précises du service concerné ainsi que la possibilité d'être accueillie à tout moment par cet établissement ;

- il remet à la femme une fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical. Ce document est remis par la femme au médecin de l'établissement de santé lors d'une éventuelle admission. Une copie de la fiche est par ailleurs systématiquement transmise à l'établissement de santé par le médecin. La fiche de liaison, support de ces informations, est définie conjointement par l'établissement et le médecin signataires ;
- le médecin assure la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de gamma-globulines anti-D ;
- la visite de contrôle est effectuée au minimum dans les quatorze jours et au maximum dans les vingt-et-un jours suivant la dernière prise de Mifégyne (R) (mifépristone).

En ce qui concerne l'établissement 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 de ville concernés par le dispositif. Il veille au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins.

8. La procédure à respecter par le médecin :

- le médecin reçoit de l'établissement, pour signature, la convention établie selon le modèle de la convention type (annexe du décret n° 2002-796 du 3 mai 2003). Il transmet la copie de la convention au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève ;
- il reçoit également de l'établissement avec lequel il a passé convention les bulletins statistiques permettant d'établir les déclarations d'IVG anonymisées ;
- le médecin qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables ainsi que le consentement écrit de la femme à l'IVG.

9. La tarification :

Le prix limite du forfait IVG en ville :

Le prix limite du forfait attribué au médecin effectuant une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse hors établissement de santé est fixé à 191,74 euros par l'arrêté du 23 juillet 2004, pris sur la base de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale. Ce forfait inclut le prix (TTC) des médicaments utilisés (prix [TTC] de la boîte de trois comprimés de Mifégyne et prix [TTC] de la boîte de deux comprimés de Gymiso). Outre la prise en charge des médicaments, le forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration de la Mifégyne et du Gymiso et la consultation de contrôle.

Le prix limite du forfait est exclusif de tout dépassement d'honoraires. Son remboursement par l'assurance maladie est effectué à hauteur de 70 %.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la première consultation préalable mentionnée à l'article L. 2212-3 du CSP.

La facturation du forfait par le médecin :

Elle intervient dans le cadre de la consultation comportant la prise de mifépristone (Mifégyne) et correspondant à la première étape de la réalisation effective de l'IVG pour laquelle la patiente a donné son consentement.

Les modalités de facturation spécifiques à la médecine de ville ne permettent pas de garantir l'anonymat des femmes dans les procédures de prise en charge, principalement en raison de l'absence de dispense d'avance des frais. Toutefois, la feuille de soins de la patiente ainsi que le décompte de remboursement transmis à l'assurée par la caisse de sécurité sociale seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage de la femme. A cet effet, le médecin portera sur la feuille de soins la mention « FHV/FMV » (dans la colonne relative aux actes) accompagnée du montant du forfait (colonne réservée au montant des actes). Le code « FHV » correspond aux honoraires, le code « FMV » aux médicaments (Mifégyne et Gymiso).

Il incombe dès lors au médecin d'informer la patiente de ces modalités dès la première consultation préalable. Ces modalités seront rappelées au cours de la deuxième consultation médicale préalable dans le cadre des explications relatives à la procédure IVG en ville. Pour les femmes qui tiendraient absolument à préserver l'anonymat, le médecin aura la possibilité de l'orienter vers un établissement de santé, qui seul peut assurer une stricte confidentialité de l'IVG. A cet effet, il est souhaitable que le médecin signale cette situation à l'établissement de santé afin que ce dernier s'organise pour prendre en charge la femme concernée dans les meilleurs délais et dans la mesure du possible dans des délais compatibles avec la pratique des IVG par voie médicamenteuse.

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 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 le montant du forfait IVG. Ces modalités s'appliquent également aux actes connexes (notamment les analyses de biologie médicale) et à la première consultation médicale préalable (cf. circulaire CNAM du 24 mars 2003).

Pour les personnes relevant de la CMU complémentaire, qui bénéficient de la dispense d'avance des frais, le médecin envoie la feuille de soins de la patiente au service médical de la caisse d'assurance maladie déterminée selon les règles applicables en matière de CMU complémentaire.

Les informations sur le dispositif IVG en ville :

Elles figurent sur le site Internet du ministère de la santé et de la protection sociale (www.sante.gouv.fr/dossiers/ivg).

ÉTAPES D'UNE IVG EN VILLE

Consultation n° 1 : 1re consultation préalable (non comprise dans le forfait) :

- demande d'IVG ;
- information délivrée par le médecin : sur l'IVG (notamment explication des techniques), sur la possibilité d'avoir recours à un entretien psychosocial ;
- remise du dossier-guide.

Délai légal de réflexion d'une semaine.

Consultation n° 2 : 2e consultation préalable (comprise dans le forfait) :

- confirmation de la demande d'IVG et consentement écrit de la patiente ;
- explications du médecin relatives à la procédure IVG en ville ;
- remise par le médecin d'un document descriptif du protocole à respecter par la patiente ;
- fixation des dates de consultations comportant prise de la mifépristone (Mifégyne) et du misoprostol (Gymiso).

Consultation n° 3 : 1re consultation de prise de médicament (comprise dans le forfait) :

- prise de la mifépristone (Mifégyne) ;
- remise par le médecin à la patiente de la fiche de liaison. La patiente sera munie de cette fiche à chaque consultation ;
- facturation du forfait ;
- la déclaration anonymisée de l'IVG est remplie et transmise à l'établissement de santé.

Consultation n° 4 : 2e consultation de prise de médicament (comprise dans le forfait) :

- prise du misoprostol (Gymiso) 36 à 48 heures après la prise de mifépristone (Mifégyne) ;
- une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente ainsi que les coordonnées téléphoniques utiles en cas d'urgence ;
- la fiche de liaison est mise à jour : un exemplaire est remis à la patiente, une copie est transmise à l'établissement de santé.

Consultation n° 5 : consultation de contrôle (comprise dans le forfait), quatorze à vingt-et-un jours après la prise de mifépristone (Mifégyne) :

- contrôle de l'efficacité de la procédure ;
- la fiche de liaison est mise à jour : un exemplaire est remis à la patiente, une copie est transmise à l'établissement de santé.

CONVENTION TYPE

Convention type prévue aux articles L. 2212-2 et R. 2212-9 du code de la santé publique fixant les conditions dans lesquelles les médecins réalisent, hors établissement de santé, les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

Entre l'établissement de santé..., sis..., représenté par M. ou Mme..., dûment mandaté en qualité de... et M. ou Mme..., docteur en médecine, dont le cabinet est situé...,
il est convenu ce qui suit :

Article 1er

L'établissement de santé s'assure que le médecin 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. 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 médecin. 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.

Article 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 adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3

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

Article 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.

Article 5

Le médecin 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 médecin adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 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 médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 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.

Article 8

Une copie de la présente convention est transmise pour information par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève 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 leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

FICHE D'INFORMATION DE LA PATIENTE

Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse par un médecin de ville (Fiche à joindre au dossier guide IVG remis à la patiente au cours de la 1re consultation médicale préalable)

Vous avez souhaité interrompre votre grossesse par méthode médicamenteuse sans hospitalisation.
La méthode : Elle consiste à prendre deux médicaments différents en présence du médecin, dans son cabinet, au cours de deux consultations :

- la mifépristone (Mifégyne) ;
- le misoprostol (Gymiso), de 36 à 48 heures plus tard.

La mifépristone interrompt la grossesse : elle bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin ;

Le misoprostol augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf.

Après la prise de mifépristone (Mifégyne) : que peut-il se passer ?

Si vous vomissez dans les deux heures suivant la prise de ce médicament, vous devez contacter le médecin afin de renouveler la prise si nécessaire ;

Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles.

Quelquefois vous pouvez saigner comme avec les règles, vous sentir fatiguée. Il est possible que vous ressentiez quelques douleurs.

Très rarement, vous pouvez saigner plus abondamment avec des caillots, ressentir des douleurs ressemblant à celles des règles.

Exceptionnellement, l'œuf peut déjà être évacué à ce stade.

Les saignements, plus ou moins importants, ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu à la consultation suivante pour prendre le misoprostol (Gymiso).

Après la prise de misoprostol (Gymiso) : que peut-il se passer ?

Après la prise de misoprostol (Gymiso) au cabinet du médecin, il est préférable d'être accompagnée par la personne de votre choix à domicile. Prévoyez de rester chez vous confortablement installée. Vous pouvez boire et manger. Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles des règles, parfois plus fortes. Des médicaments contre la douleur vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre. Les saignements (risque d'échec de la méthode d'environ 5 %) peuvent se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :

- dans 60 % des cas, l'avortement (expulsion de l'œuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol ;
- dans 40 % des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de misoprostol.

Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

A tout moment, si vous êtes inquiète ou si les troubles suivants surviennent :

- de la fièvre ;
- des douleurs persistent malgré la prise des médicaments contre la douleur ;
- des pertes importantes de sang persistent ;
- un malaise.

Appelez le médecin qui vous a remis les médicaments ; à défaut, l'établissement de santé dont le médecin vous a donné les coordonnées.

N'oubliez pas la fiche de liaison mise à jour dans chacune de vos démarches.

Suites immédiates de l'IVG :

- avant la visite de contrôle :

La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception oestroprogestative (pilule) peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.

- la visite de contrôle :

Elle est absolument nécessaire et intervient entre le 14^e et le 21^e jour après la prise de mifépristone. Le médecin vérifie que la grossesse est bien interrompue (risque d'échec de la méthode d'environ 5 %) et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage βHCG).

La visite a lieu au cabinet du médecin qui vous a remis les médicaments.

Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation.

La possibilité d'avoir recours suite à l'IVG à un entretien psycho-social si vous le souhaitez est évoquée.

Le tarif :

Le tarif est un forfait fixé à 191,74 euros. Ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit votre consentement à l'IVG, les consultations d'administration des deux médicaments nécessaires (Mifégyne et Gymiso), la consultation de contrôle et le prix des médicaments utilisés. Ce forfait est pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 70 %. Les mutuelles et sociétés d'assurances complètent ce remboursement.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la première consultation au cours de laquelle le médecin vous aura informée des différentes méthodes d'interruption de grossesse.

Votre feuille de soins, ainsi que le décompte de remboursement transmis par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de votre entourage (2). Vous pouvez trouver des informations sur l'IVG par méthode médicamenteuse pratiquée par un médecin en cabinet de ville sur le site internet du ministère de la santé et de la protection sociale (www.sante.gouv.fr/dossiers/ivg).

ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL

Relatif aux conventions signées en application de L. 2212-2 du code de la santé publique entre les établissements de santé pratiquant les IVG et les praticiens pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en médecine ambulatoire.

À adresser au bureau O 1, la DHOS, pour le 31 décembre 2004 à l'adresse suivante : solenne.barat@sante.gouv.fr ou par fax au 01-40-56-41-89

ÉTABLISSEMENT de santé (préciser le n° Finess)	DATE DE(S)la convention(s) signée(s)	QUALITÉ DU MÉDECIN ayant passé convention		
		Généraliste	Gynécologue- médical	Gynécologue- obstétricien
Nombre total d'établissements ayant passé convention dans la région	Nombre total de conventions signées au sein de la région	Total médecin généraliste	Total gynécologue- médical	Total gynécologue- obstétricien

SPÉCIMEN

Ces nouveaux bulletins doivent être impérativement utilisés à partir du 1er janvier 2005.

Ils sont destinés à enregistrer toutes les interventions ayant lieu dans un établissement de santé mais également celles effectuées en cabinet de ville par un médecin conventionné avec un établissement de santé. Ils permettent de mieux connaître les durées de gestation, les situations professionnelles, les lieux de naissances des femmes, afin de répondre aux besoins d'informations statistiques de la santé publique.

Vous pouvez demander des exemplaires supplémentaires à votre DDASS, mais n'utilisez en aucun cas des photocopies dont la qualité variable accroît les problèmes lors de la saisie des données.

La qualité des résultats dépend à la fois de l'exhaustivité du recueil et du bon remplissage des bulletins. Aussi est-il nécessaire de remplir soigneusement chaque rubrique, en écrivant chaque chiffre le plus lisiblement possible à l'intérieur des cases délimitant les zones à remplir.

Circuit des bulletins

Les bulletins, une fois remplis, doivent être transmis par le médecin ayant pratiqué l'IVG à l'établissement de santé avec lequel il a passé une convention ou au sein duquel il a pratiqué l'intervention. Le médecin y appose sa signature et son cachet.

L'établissement de santé doit les transmettre à l'échelon médical de sa DRASS pour validation. L'établissement y appose son cachet.

Les données seront ensuite saisies par une société spécialisée en vue de leur exploitation statistique.

SOMMAIRE **La circulaire**

1. La pratique des IVG hors établissements de santé
 - 1.1. Les textes applicables
 - 1.2. La technique
 - 1.3. Les règles et les démarches relatives à l'IVG
 - 1.4. Une pratique des IVG encadrée
 - 1.4.1. La qualification des médecins
 - 1.4.2. Les médicaments
 - 1.4.2.1. L'approvisionnement
 - 1.4.2.2. La prise des médicaments
 - 1.4.3. Le suivi de l'IVG
 - 1.4.3.1. Le médecin
 - 1.4.3.2. L'établissement :
 - 1.4.3.2. a) L'accueil éventuel des femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse en ville
 - 1.4.3.2. b) La réponse aux demandes d'information du médecin
 - 1.4.3.2. c) L'évaluation de l'activité relative aux IVG réalisées dans le cadre des conventions conclues
 - 1.4.4. La convention entre le médecin et l'établissement
 - 1.5. Le forfait IVG en ville
 - 1.5.1. Les éléments constitutifs du forfait
 - 1.5.2. La facturation du forfait par le médecin
 - 1.6. L'information relative au dispositif
 2. La pratique des IVG en établissement de santé
 - 2.1. Les nouveaux tarifs des établissements de santé
 - 2.2. Améliorer la qualité et les délais de prise en charge
 - 2.3. L'abrogation de l'arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la Mifégyne
 3. Le système d'information sur les IVG
 - 3.1. Procédure de collecte d'informations statistiques auprès des médecins de ville conventionnés avec l'établissement
 - 3.1.1. Transmission d'information agrégée dans la statistique annuelle des établissements
 - 3.3. Codage du PMSI

Les annexes

Fiche de liaison médecin/établissement de santé

Fiche d'information à l'intention des médecins pratiquant des IVG en médecine de ville

Convention type médecin/établissement de santé

Fiche d'information de la patiente

Etat des lieux régional

Spécimen de bulletins statistiques de suivi de l'IVG

(1) (Les articles R. 2212-5 et R. 2212-6 du code de la santé publique prévoient que « les établissements de santé qui pratiquent l'IVG disposent de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie et doivent prévoir les capacités leur permettant de prendre en charge, sans délai, au sein de leurs installations de médecine, de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, toute complication, même différée, survenant aux femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse »).

(2) Pour les mineures souhaitant garder le secret à l'égard de leurs parents ou lorsque aucun des parents n'a donné son consentement, une prise en charge anonyme et gratuite est prévue.

Circulaire DHOS/E2/DGS/SD3A n° 2005-501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse

NOR : SANH0530457C

Date d'application : immédiate.

Référence : circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé. Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse (JO du 28 juillet 2004). Résumé des caractéristiques du produit de la spécialité Mifégyne. Résumé des caractéristiques du produit de la spécialité Gymiso.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour mise en œuvre).

La réalisation d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse comprend l'administration de l'antiprogéstérone mifépristone (Mifégyne 200 mg, comprimés) suivie de l'administration d'un analogue de prostaglandine (misoprostol ou géméprost).

La seule spécialité analogue de prostaglandine bénéficiant à ce jour d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, en association avec la mifépristone est la spécialité Gymiso 200 microgrammes, comprimé voie orale (misoprostol).

D'autres analogues de prostaglandines ont été utilisés antérieurement dans le cadre d'interruptions volontaires de grossesse mais ces spécialités n'étaient pas autorisées dans cette indication. Ces utilisations en dehors du cadre fixé par l'autorisation de mise sur le marché de ces médicaments n'ont plus de raison d'être compte tenu de l'autorisation de la spécialité Gymiso 200 microgrammes, comprimé voie orale.

Dans ce contexte, seule la spécialité Gymiso 200 microgrammes, comprimé voie orale, doit être utilisée en association avec la mifépristone lors des interruptions volontaires de grossesse pratiquées en établissement de santé.

Il en va de même pour les interruptions volontaires de grossesse effectuées en dehors d'un établissement de santé en application des articles R. 2212-9 à R. 2212-19 du code de la santé publique. Il est rappelé sur ce point que l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse prévoit que le forfait attribué au médecin ayant effectué une interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé inclut notamment le prix de la boîte de deux comprimés de Gymiso.

En conséquence, il vous est demandé d'assurer, dans le cadre de la commission médicale d'établissement, de la commission médicale ou de la conférence médicale et de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles, la diffusion de cette information auprès des praticiens hospitaliers concernés et de veiller à ce que seules ces spécialités soient utilisées dans le cadre des IVG par voie médicamenteuse au sein de votre établissement de santé. Lorsque l'établissement de santé a signé les conventions prévues par le décret n° 2002-769 du 3 mai 2002, cette information sera également transmise aux médecins libéraux concernés.

Vous voudrez bien faire connaître les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application des instructions de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
Pr Didier Houssin

*Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
J. Castex

Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

NOR: SJSP0826570D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 2112-2 et L. 2212-2 ;
Vu la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Article 1

Il est rétabli, au sein du chapitre II du titre Ier du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique, une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3. — Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

« Art.R. 2112-14.-Pour organiser la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, le président du conseil général peut passer convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale, un centre de santé ou un praticien.

« Pour l'application du premier alinéa à Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, les mots : " président du conseil général " sont remplacés par les mots : " président du conseil territorial ". »

Article 2

Le chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A l'article R. 2212-4, les mots : « et L. 6141-2 » sont remplacés par les mots : « L. 6141-2 et L. 6147-3 » ;

2° L'article R. 2212-8 est abrogé ;

3° L'article R. 2212-9 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art.R. 2212-9.-La convention prévue à l'article L. 2212-2 est conforme à la convention type constituant l'annexe 22-1. » ;

4° A l'article R. 2212-10, les mots : « L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

5° Le premier alinéa de l'article R. 2212-16 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Seuls les médecins, les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé ayant conclu la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 peuvent s'approvisionner en médicaments nécessaires à la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. »

Article 3

Le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article R. 2311-13 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, la référence à l'article R. 5104-10 est remplacée par la référence à l'article R. 5126-3 ;

b) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par les deux alinéas suivants :

« A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le représentant de l'Etat, après avis du pharmacien inspecteur régional de santé publique ou, à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, du pharmacien inspecteur de santé publique ou, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, du pharmacien inspecteur territorialement compétent, à assurer la détention, le contrôle et la gestion des médicaments, produits ou objets contraceptifs. Le silence gardé par le représentant de l'Etat vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

« Les médicaments, produits ou objets contraceptifs sont délivrés aux personnes mentionnées au premier alinéa par un médecin ou une sage-femme du centre, dans les conditions prévues à l'article L. 5134-1. »

2° A la section 2, il est ajouté une sous-section 4 ainsi rédigée :

« Sous-section 4. — Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

« Art.R. 2311-19. — Les centres ayant conclu la convention mentionnée à l'article L. 2212-2 peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

« Art.R. 2311-20. — Lorsqu'il pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, le centre doit s'assurer le concours d'un pharmacien inscrit au tableau de la section E ou H de l'ordre national des pharmaciens.

« Si le centre relève d'un établissement de santé, ce pharmacien peut être l'un des pharmaciens de la pharmacie à usage intérieur de cet établissement qui approvisionne le centre dans les conditions de l'article R. 5126-3.

« A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le représentant de l'Etat, après avis du pharmacien inspecteur régional de santé publique ou, à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, du pharmacien inspecteur de santé publique ou, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, du pharmacien inspecteur territorialement compétent, à assurer la détention, le contrôle et la gestion des médicaments nécessaires à la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. Le silence gardé par le représentant de l'Etat vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

« Art.R. 2311-21. — Les médicaments sont administrés par un médecin du centre dans les conditions prévues aux articles R. 2212-9 à R. 2212-19. »

Article 4

Au chapitre IV du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique, l'article R. 5124-45 est ainsi modifié :

1° Au 3°, les mots : «, les médicaments nécessaires à la pratique d'interruptions volontaires de grossesse réalisées dans les conditions prévues à l'article L. 2311-3 » sont ajoutés après les mots : « et L. 2311-6 » ;

2° Il est ajouté un 16° rédigé ainsi qu'il suit :

« 16° Aux centres de santé, les médicaments nécessaires à la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse pratiquées dans les conditions prévues à l'article L. 6323-1, sur commande écrite du pharmacien ou, à défaut, d'un médecin autorisé par le préfet. »

Article 5

Le chapitre III du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3. — Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

« Art.R. 6323-23. — Les centres ayant conclu la convention mentionnée à l'article L. 2212-2 peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

« Art.R. 6323-24. — Lorsqu'il pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, le centre doit s'assurer le concours d'un pharmacien inscrit au tableau de la section E ou H de l'ordre national des pharmaciens. A défaut de pharmacien, un médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le représentant de l'Etat, après avis du pharmacien inspecteur régional de santé publique ou, à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, du pharmacien inspecteur de santé publique ou, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, du pharmacien inspecteur territorialement compétent, à assurer la détention, le contrôle et la gestion des médicaments nécessaires à la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. Le silence gardé par le représentant de l'Etat vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

« Art.R. 6323-25. — Les médicaments sont administrés par un médecin du centre dans les conditions prévues aux articles R. 2212-9 à R. 2212-19. »

Article 6

La convention type constituant l'annexe 22-1 du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Dans l'intitulé, les mots : « aux articles L. 2212-2 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

2° Au premier alinéa, les mots : « Entre l'établissement de santé..., sis..., représenté par M. ou Mme..., dûment mandaté (e) en qualité de... et M. ou Mme..., docteur en médecine, dont le cabinet est situé..., » sont remplacés par les mots :

« Entre l'établissement de santé..., sis..., et M. ou Mme..., médecin, 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 Mme...,

« Ou

« Entre l'établissement de santé..., sis... et le centre de santé, représenté par M. ou Mme...,

« 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, »

3° L'article 1er est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence à l'article R. 2212-6 est remplacée par la référence à l'article R. 2212-11 ;

b) Il est inséré, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

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

c) Au dernier alinéa, les mots : « le médecin » sont remplacés par les mots : « le cosignataire de la présente convention ».

4° Au deuxième alinéa de l'article 5, les mots : « Le médecin » sont remplacés par les mots : « Le cosignataire de la présente convention » et les mots : « qu'il a » sont supprimés.

5° A l'article 6, les mots : « au médecin signataire » sont remplacés par les mots : « au cosignataire » et après les mots : « médecin inspecteur régional de santé publique » sont insérés les mots : « ou, à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, au médecin inspecteur de santé publique, ou, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au médecin inspecteur territorialement compétent ».

6° L'article 8 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

« Par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales dont il relève ou,

« 1° Pour Mayotte, à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'à la direction des affaires sanitaires et sociales ;

« 2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au représentant de l'Etat ainsi qu'au service des affaires sanitaires et sociales ;

« 3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au représentant de l'Etat ainsi qu'au service des affaires sanitaires et sociales territorialement compétent ;

« 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 des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

« 2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre 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 ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

« Ou

« Par le centre de santé, au conseil départemental de l'ordre des médecins, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, 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 de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la direction des affaires sanitaires et sociales, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

« 2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au service des affaires sanitaires et sociales, à la section E du conseil national de l'ordre 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 ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

« Ou

« Par le centre de planification familiale ou d'éducation familiale, au conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, 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 général, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

« 2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au

conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

« Ou

« Par la commune, au conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, 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 général, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

« 2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au conseil territorial, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents ;

« Ou

« Par le conseil général, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève ou,

« 1° Pour Mayotte, à la direction des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Mayotte ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

« 2° Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon ou à l'organe qui en exerce les fonctions, à la section E du conseil national de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 3° Pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au service des affaires sanitaires et sociales, au conseil de l'ordre des médecins ou à l'organe qui en exerce les fonctions, au conseil de l'ordre des pharmaciens et à la caisse de sécurité sociale, territorialement compétents. »

Article 7

La ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, la ministre de la santé et des sports et le secrétaire d'Etat chargé de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 6 mai 2009.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,

Roselyne Bachelot-Narquin

La ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales,

Michèle Alliot-Marie

Le secrétaire d'Etat chargé de l'outre-mer,

Yves Jégo

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Direction générale de la santé

Sous-direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Sous-direction de l'organisation du système de soins – O1

Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n°2009-304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé. Prévention des grossesses non désirées

NOR : SASP0923273C

Date d'application : immédiate.

Résumé : ce texte apporte des informations sur la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé ainsi que sur la politique de prévention des grossesses non désirées.

Mots clés : IVG par voie médicamenteuse – centres de planification ou d'éducation familiale – centres de santé – médecins de ville – programme d'inspections des établissements de santé pratiquant des IVG – contraception : nouvelles dispositions réglementaires et campagne d'information sur la contraception.

Références :

Loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 ;

Décret no 2002-796 du 3 mai 2002 (*JO* du 5 mai 2002) ;

Décret no 2004-636 du 1er juillet 2004 (*JO* du 2 juillet 2004) ;

Arrêtés du 1er juillet 2004 (*JO* du 13 juillet 2004) et du 23 juillet 2004 (*JO* du 28 juillet 2004) ;

Loi no 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Décret no 2009-516 du 6 mai 2009 (*JO* du 8 mai 2009) ;

Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES no 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexes :

Annexe I. – Synthèse statistique : signature des conventions au 31 décembre 2008 pour la prise en charge des IVG médicamenteuses en médecine de ville.

Annexe II. – Programme pluriannuel d'inspection des établissements de santé pratiquant des interruptions volontaires de grossesse (IVG) 2006-2010 – synthèse qualitative intermédiaire.

Annexe III. – Programme de communication 2009 sur la sexualité et la contraception Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – les grands axes du programme.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et exécution]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour information).

La présente circulaire vise à préciser les modalités d'application de l'article 71 de la loi no 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, contenues dans le décret no 2009-516 du 6 mai 2009. Elle apporte des informations sur la mise en œuvre de la pratique désormais autorisée d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et dans les centres de santé. Cette circulaire complète, s'agissant du dispositif « IVG hors établissements de santé » la circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES no 04-569 du 26 novembre 2004 relative à la pratique d'IVG par les médecins de ville.

1. Les nouvelles dispositions concernant l'interruption volontaire de grossesse : l'extension du dispositif « IVG hors établissements de santé »

La loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a ouvert la possibilité, pour des médecins exerçant en médecine de ville ayant conclu une convention avec un établissement de santé, de réaliser des IVG par voie médicamenteuse (article L. 2212-2 du code de la santé publique). La loi no 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 71) a étendu le dispositif relatif à la pratique d'IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé. En effet, ce texte législatif a :

– confié au président du conseil général la mission d'organiser la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse au sein de son département (article L. 2212-2 du code de la santé publique) ;

– autorisé les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et les centres de santé liés par une convention ad hoc à un établissement de santé, à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (modification des articles L. 2212-2, L. 2311-3 et L. 6323-1 du code de la santé publique).

Le décret no 2009-516 du 6 mai 2009 (*JO* du 8 mai 2009) précise les modalités d'application de ces nouvelles dispositions. La possibilité donnée aux médecins des centres de planification ou d'éducation familiale et des centres de santé de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, contribuera à réduire les difficultés que peuvent rencontrer les femmes souhaitant interrompre leur grossesse. Elle permettra, en particulier, au public fréquentant les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé, de bénéficier d'un accès facilité à ce mode de prise en charge des IVG.

1.1. La mission confiée au président du conseil général

Le président du conseil général se voit confier la mission d'organiser la pratique d'interruptions volontaires de grossesse (article L. 2212-2 du code de la santé publique). L'article 1er du décret précise les modalités d'organisation de cette nouvelle activité (article R. 2212-14 du code de la santé publique). Cette mission peut être mise en œuvre, au sein du département, par :

– des centres de planification (rattachés aux services du conseil général ou dans le cadre d'une convention spécifique) ;

– des centres de santé par voie de convention ;

– des médecins de ville par voie de convention.

1.2. *La pratique de l'IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification et les centres de santé*
Les articles 2, 3, 4 et 5 du décret du 6 mai 2009 prévoient les adaptations nécessaires à la pratique de l'IVG médicamenteuse dans les centres concernés.

1.2.1. Les médicaments nécessaires à la réalisation des IVG par voie médicamenteuse (mifépristone et misoprostol)
La responsabilité de la détention, du contrôle et de la gestion des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG est confiée au pharmacien ou un médecin du centre, nommément désigné (article R. 2311-20 pour les centres de planification et article R. 6323-24 pour les centres de santé). Les entreprises, organismes et établissements pharmaceutiques sont autorisés à fournir les médicaments nécessaires à la pratique des IVG, aux centres de planification (modification de l'article R. 5124-45, 3°) et aux centres de santé (article R. 5124-45, 16°).

1.2.2. La pratique des actes dans les centres par les médecins
La pratique des IVG par voie médicamenteuse est soumise à l'ensemble des conditions générales prévues, pour la mise en œuvre du dispositif « IVG hors établissements de santé », aux articles R. 2212-9 à R. 2212-19 du code de la santé publique, y compris celles régissant la qualification des médecins mettant en œuvre cette activité (article R. 2212-11). Cette qualification est justifiée auprès de l'établissement de santé par le centre signataire de la convention. Les modalités de réalisation des IVG hors établissements de santé et, notamment, les conditions de qualification des médecins candidats à cette pratique, ont été précisées par la circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES no 04-569 du 26 novembre 2004 précitée. En effet, peuvent pratiquer ces IVG, les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée :

- soit, par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ;
- soit, par une expérience de la pratique des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé.

En application de l'article R. 2212-15 du code de la santé publique, il appartient à chacun des médecins d'un centre de remettre à la femme un document écrit, mentionnant l'adresse et le numéro de téléphone du service concerné de l'établissement de santé signataire de la convention. Ce service l'accueillera pour toute complication. Le médecin lui remet également la fiche de liaison comportant les éléments utiles du dossier médical.

1.2.3. L'impact des nouvelles dispositions sur l'organisation interne des centres de planification ou d'éducation familiale et des centres de santé

Les centres envisageant la pratique d'IVG par voie médicamenteuse s'organiseront pour être en mesure d'apporter toutes informations aux femmes sur cette technique et ses différentes étapes. L'accueil et les secrétariats des centres seront donc étroitement associés à la mise en œuvre de ce dispositif et adaptés en conséquence.

Par ailleurs, les centres de santé doivent être en mesure de faciliter l'accès des femmes à la consultation psychosociale, prévue par l'article L. 2212-4 du code de la santé publique, notamment, en donnant les coordonnées de structures où les intéressées pourront en bénéficier.

1.3. Informations complémentaires spécifiques aux centres de santé pour la mise en œuvre de la pratique des IVG médicamenteuses

La loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires modifie le régime des centres de santé. Cependant, dans l'attente des textes d'application, les dispositions prévues par les articles R. 6323-23 et R. 6324-24 et D. 6323-1 à D. 6323-22 actuels du code de la santé publique continuent de s'appliquer.

Par conséquent, l'activité d'IVG par voie médicamenteuse est incluse dans l'activité médicale du centre de santé dès lors que celui-ci a signé une convention avec un établissement de santé. La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et la Caisse primaire d'assurance maladie sont informées de la mise en œuvre de cette pratique par la transmission prévue d'une copie de la convention.

Les IVG font partie des actes décrits par le rapport d'activité du centre de santé visé à l'article D. 6323-6.

1.4. La convention entre l'établissement de santé et le centre

L'article 6 du décret modifie les termes de la convention à passer avec un établissement de santé (annexe 22-1 du code de la santé publique) pour les adapter au statut des nouveaux signataires. Les médecins de ces centres, lorsqu'ils sont concernés par la pratique des IVG, ne sont pas les signataires des conventions que les structures passent avec un établissement de santé. Il convient de rappeler que la convention-type annexée au décret présente une valeur réglementaire et ne peut être modifiée.

Les destinataires des copies de la convention signée avec l'établissement de santé par le centre de planification ou d'éducation familiale ou le centre de santé sont mentionnés au 6o de l'article 6 du décret du 6 mai 2009.

Il est souhaitable que les établissements de santé développent avec les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé avec lesquels ils ont passé convention la même dynamique de réseau qu'ils ont promue avec les médecins de ville. Cette dynamique facilitera notamment la formation des médecins des centres de santé ainsi que la formation des personnels paramédicaux et des secrétariats médicaux de l'ensemble des centres.

Vous trouverez en annexe I, la synthèse statistique des conventions conclues au 31 décembre 2008 pour la pratique des IVG médicamenteuses en médecine de ville. L'établissement de santé signataire s'engage, pour sa part, à répondre aux obligations que la réglementation lui attribue. Ces obligations qui ont été rappelées par la circulaire précitée du 26 novembre 2004 concernent notamment :

- l'accueil des femmes connaissant des complications, suite à la réalisation d'une IVG dans un centre de santé ou dans un centre de planification ou d'éducation familiale ;
- les demandes d'information des personnels des centres ;
- l'évaluation de l'activité relative aux IVG réalisées dans le cadre des conventions conclues. Le centre de planification ou d'éducation familiale ou le centre de santé adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymes concernant les IVG pratiquées. La transmission de ces informations est indispensable pour l'élaboration de statistiques nationales exhaustives concernant l'IVG. Elle permettra également de connaître la place occupée par l'activité IVG réalisée hors établissements de santé au sein de l'activité globale. La fiche QO4 de la SAE sera modifiée en 2010 afin de prendre en compte ces données.

Les centres souhaitant mettre en œuvre une pratique d'IVG par voie médicamenteuse et les établissements de santé concernés chercheront à réunir, le plus rapidement possible, l'ensemble des conditions nécessaires à la signature des conventions à passer entre eux. Cette préparation permettra la pratique effective des IVG, dès diffusion de l'arrêté fixant la tarification applicable aux actes réalisés dans le cadre du nouveau dispositif.

1.5. *Les adaptations spécifiques*

Le décret prend en compte les spécificités de Mayotte, de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin pour permettre la mise en œuvre du dispositif dans ces collectivités.

1.6. *Les informations et la documentation disponibles*

Les brochures consacrées à l'IVG seront actualisées très prochainement pour prendre en compte l'ensemble des nouvelles dispositions (dossiers-guide destinés aux femmes et brochures destinées aux médecins et aux centres pratiquant des IVG hors établissements de santé). Ces documents seront disponibles sur www.sante-sports.gouv.fr le site internet du ministère de la santé et des sports – « Les dossiers de la santé de A à Z », lettre I (interruption volontaire de grossesse) ou C (contraception). Un CD-Rom des deux brochures actualisées sera mis à la disposition de chaque DDASS qui en assurera l'impression et la diffusion.

2. **Le programme d'inspections des établissements de santé pratiquant des IVG (2006-2010)**

Ce programme est en cours de mise en œuvre. Vous trouverez, en annexe II, une synthèse qualitative intermédiaire des informations relatives à ce programme, recueillies au plan national.

3. **La contraception : les nouvelles dispositions réglementaires et la campagne d'information 2009**

3.1. *Les modifications apportées par le décret no 2009-516 du 6 mai 2009*

Les modifications réglementaires apportées aux dispositions du code de la santé publique relatives aux centres de planification en matière d'IVG, ont constitué une opportunité pour actualiser et faciliter les conditions de fonctionnement de ces structures, s'agissant de la délivrance de médicaments, produits ou objets contraceptifs.

Ainsi, l'article 3 du décret (modification de l'article R. 2311-13 du code de la santé publique) actualise et facilite les conditions de fonctionnement des centres de planification ou d'éducation familiale, s'agissant de la délivrance de médicaments, produits ou objets contraceptifs. La modification apportée permet à l'ensemble des médecins ou des sages-femmes de ces centres, dans le cadre des consultations relatives à la maîtrise de la fécondité que ces structures organisent, de délivrer les médicaments, produits ou objets contraceptifs.

Le rôle de détention, contrôle et gestion des médicaments, produits ou objets contraceptifs demeure confié au pharmacien, au directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné. Toutefois, il a été considéré qu'il n'y a pas lieu de réserver la délivrance de produits ou objets contraceptifs au seul professionnel investi, pour le centre, de la responsabilité de détenir, contrôler et gérer l'ensemble des médicaments nécessaires à la mise en œuvre de leur activité relative à la maîtrise de la fécondité.

3.2. *La campagne contraception 2009*

Une campagne nationale de communication pluriannuelle, inscrite dans la durée (2007-2009), a été confiée à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), pour favoriser une meilleure utilisation des méthodes contraceptives. Le 3e volet de la campagne s'adresse, plus particulièrement, en 2009, aux jeunes et aux populations les plus vulnérables. La fiche figurant en annexe III indique les grandes lignes et le calendrier de la campagne 2009. Elle comporte également un rappel des sites d'information à la disposition de tous sur ce sujet (services, professionnels, associations).

4. **Le rôle de relais des ARH, DRASS, DDASS dans les domaines de l'IVG et la contraception**

4.1. *La présente circulaire sera adressée :*

- par les DRASS aux centres de santé agréés ;
- par les DDASS au président du conseil général de leur département à destination, notamment, des centres de planification ou d'éducation familiale ;
- par les ARH aux établissements de santé de leur région.

4.2. *La prévention des grossesses non désirées, en particulier chez les adolescentes et les populations en situation de vulnérabilité, est un enjeu important de santé publique qui relève, au niveau régional et départemental, de différents acteurs : services déconcentrés des ministères chargés de la santé, des droits des femmes et de l'égalité, de l'éducation nationale et de l'agriculture, conseils généraux, secteur associatif intervenant dans ce domaine précis ou auprès des populations en situation de précarité (MFPP, missions locales...), professionnels de santé, notamment dans le cadre des commissions régionales de la naissance....*

Les DRASS et DDASS qui ont un rôle essentiel de relais au plan territorial sur ce sujet, informeront et remobiliseront leurs partenaires pour leur permettre d'accompagner au mieux le déroulement du nouveau volet de la campagne. L'organisation de journées d'information ou de colloques peut constituer un moyen efficace pour rendre visible l'articulation de la campagne nationale et des déclinaisons locales envisagées, mieux toucher les publics concernés.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact avec les bureaux MC1 de la direction générale de la santé (Béatrice Boisseau-Mérieau – mél : beatrice.boisseau-merieau@santesports.gouv.fr) et O1 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Anne-Noëlle Machu – mél : anne-noelle.machu@sante-sports.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général de la santé :

La directrice générale adjointe de la santé,

S. DELAPORTE

La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,

A. PODEUR

ANNEXE I
SYNTHÈSE STATISTIQUE : SIGNATURES DES CONVENTIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES IVG MÉDICAMENTEUSES EN MÉDECINE DE VILLE

Au 31 décembre 2008, les ARH ont recensé 1 068 signatures de conventions entre un médecin de ville et un établissement hospitalier pour la prise en charge des IVG médicamenteuses (seule la région Guyane n'a pas répondu).

Le dispositif mis en place en 2004 continue de progresser puisque 87 nouvelles conventions ont été signées en 2008. Cependant, depuis 2005 année à laquelle ont été signées le plus de conventions (453), le nombre de nouvelles signatures de convention décroît : 195 signatures en 2006 et 116 en 2007.

60 % des 1 068 conventions concernent des gynécologues, dont les 2/3 sont des gynécologues obstétriciens (613 signatures, dont 408 gynécologues obstétriciens et 205 gynécologues médicaux), et 40 % des médecins généralistes (440 signatures). En 2008, 46 des 87 signatures (53 %) sont le fait des médecins généralistes.

Le nombre d'établissements de santé signataires de ces conventions est passé de 155 au 1er septembre 2006 à 209 au 31 décembre 2008. Cela représente un peu plus du quart des établissements déclarant une activité d'interruption volontaire de grossesse dans le PMSI 2007. Parmi ceux-ci, 43 sont situés en Ile-de-France, 26 en Rhône-Alpes et 24 en PACA. Ces 3 régions représentent près de 45 % des établissements signataires.

Au 31 décembre 2008, toutes les régions, sauf une, déclarent la signature d'au moins une convention. Seule la Martinique n'en déclare toujours aucune. En 2004, 13 régions déclaraient la signature d'au moins une convention.

Au 31 décembre 2008 la région Ile-de-France est celle qui compte le plus de signatures (331) de conventions pour la réalisation des IVG médicamenteuses en médecine de ville au niveau national.

Elle est suivie par la région PACA (120 signatures), puis par la région de Haute-Normandie (100 signatures).

Ces 3 régions représentent 50 % des signatures de convention.

A l'inverse, les régions Guyane (3 signatures), Auvergne (4 signatures), Corse (6 signatures), Bourgogne, la Réunion et Limousin (7 signatures chacune) sont celles qui en ont signé le moins.

Si l'on rapporte, par région, le nombre de conventions signées au nombre de séjours hospitalier pour IVG (PMSI 2007), on retrouve une moyenne nationale de 5,55 conventions signées pour 1 000 séjours dans les établissements de santé. Il existe toutefois une assez grande dispersion et certaines régions contribuent à rendre la moyenne assez élevée.

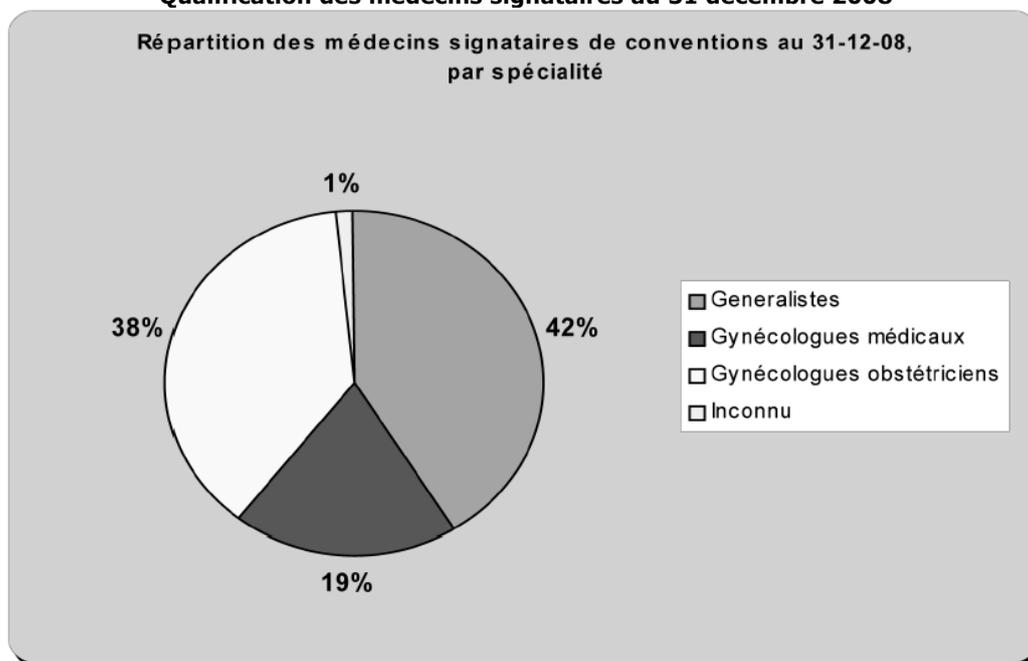
En effet la moitié des régions ont un taux inférieur à 4,9 conventions pour 1 000 séjours et un quart ont un taux inférieur à 2,9 conventions pour 1 000 séjours. Les régions qui présentent l'indice le plus élevé sont les régions Haute-Normandie (20,27 conventions pour 1 000 séjours dans les établissements de santé), Alsace (12,32), Basse-Normandie (8,72) et Ile-de-France (7,57).

Les régions qui présentent l'indice le plus bas sont les régions Auvergne, Lorraine et Nord-Pas-de-Calais avec un taux d'un peu plus d'une convention pour 1 000 séjours.

Données chiffrées

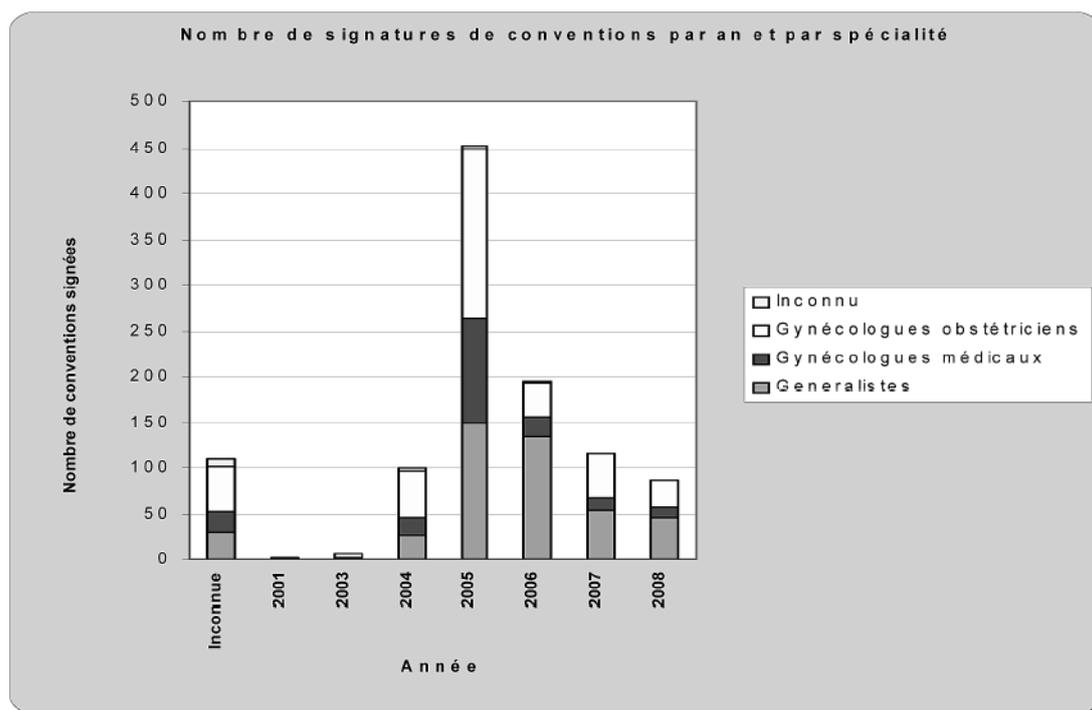
Qualification des médecins signataires au 31 décembre 2008

Répartition des médecins signataires de conventions au 31-12-08, par spécialité



Inconnu : il a été déclaré des signatures de conventions, sans précisions quant à la qualité du médecin signataire.

Evolution du nombre de signatures par an et par spécialité



Rappel : Au cours de l'année 2004, 13 régions ont déclaré la signature d'au moins une nouvelle convention. Elles étaient 21 au cours de l'année 2005, 20 au cours de l'année 2006, 17 au cours de l'année 2007 et 20 au cours de l'année 2008.

Le tableau suivant présente les données chiffrées.

Nombre de signatures selon la spécialité médicale et par an.

ANNÉE	GÉNÉRALISTES	GYNÉCOLOGES médicaux	GYNÉCOLOGES obstétriciens	INCONNU	TOTAL ANNÉE
Inconnue	29	24	49	8	110
2001	0	0	1	0	1
2003	1	0	5	0	6
2004	26	20	51	3	100
2005	150	114	16	3	453
2006	138	22	8	1	195
2007	54	13	49	0	116
2008	46	12	29	0	87
Total spécialité	440	205	408	15	1068

Nombre de signatures par an et par région

RÉGION	NC	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Alsace			5	17	8	1		2	6
Aquitaine				1	20	9		1	3
Auvergne				3			1		4
BasseNormandie				1	4	6	15	5	3
Bourgogne				2	1	2		2	7
Bretagne	49					1	1	1	52
Centre					16	2	1		19
ChampgneArdenne	4	1		1	2	4	2	2	16
Corse							5	1	6
FrancbComté	1				8	1			10
Gadeloup					5	14	1	1	21
Guyne				2	1				3
huteNormandie	1				8	6	3	5	100
IledeFrance	9			56	158	24	3	23	3

RÉGION	NC	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
La Réunion					4	2		1	7
Languedoc-Roussillon					5	4	1	5	15
Limousin				2	2	1	1	1	7
Lorraine					5			4	9
Martinique									0
Midi-Pyrénées	2			2	15	15	12	4	50
Nord-Pas-de-Calais	14							3	17
Pays de la Loire					21	21	1		43
Picardie				1	7	1	5	1	15
Poitou-Charentes					10	10	1	4	25
Provence-Alpes-Côte-D'azur				6	68	7	26	13	120
Rhône-Alpes			1	6	35	9	9	8	68
Total	110	1	6	100	453	195	116	87	1068

Nombre de signatures par région et par spécialité et nombre d'établissements concernés (avec comparaison au nombre d'établissements déclarant des IVG dans le PMSI 2007) au 31 décembre 2008

Le tableau suivant présente, par région, le nombre de signatures de conventions par spécialité médicale au 31 décembre 2008, le nombre d'établissements concernés, le nombre d'établissements déclarant des IVG dans le PMSI 2007 (GHM 24Z15Z) et le nombre d'établissements signataires de conventions au 31 décembre 2008 pour 10 établissements déclarant des IVG dans le PMSI 2007.

RÉGION	GÉNÉRALISTES	GYNÉCO. méd	GYNÉCO. obs.	INCONNU	TOTAL région	NOMBRE d'étab.	NB ETAB. PMSI (IVG) 2007	NB ETAB. CONV/ 10 étab. IVG PMSI
Alsace	0	0	61	0	61	5	12	4,17
Aquitaine	3	16	12	0	31	6	31	1,94
Auvergne	2	2	0	0	4	3	15	2
Basse-Normandie	16	2	13	0	31	6	16	3,75
Bourgogne	4	0	3	0	7	2	18	1,11
Bretagne	14	8	30	0	52	12	29	4,14
Centre	4	0	15	0	19	5	22	2,27
Champagne-Ardenne	9	1	6	0	16	6	17	3,53
RÉGION	GÉNÉRALISTES	GYNÉCO. méd	GYNÉCO. obs.	INCONNU	TOTAL région	NOMBRE d'étab.	NB ETAB. PMSI (IVG) 2007	NB ETAB. CONV/ 10 étab. IVG PMSI
Corse	3	3	0	0	6	2	4	5
Franche-Comté	6	1	3	0	10	5	8	6,25
Guadeloupe	13	0	8	0	21	5	6	8,33
Guyane	0	0	3	0	3	1	4	2,5
Haute-Normandie	82	8	7	3	100	10	14	7,14
Ile-de-France	105	105	117	4	331	43	94	4,57
La Réunion	3	0	4	0	7	3	5	6
Languedoc-Roussillon	3	5	7	0	15	9	26	3,46
Limousin	1	4	2	0	7	3	8	3,75
Lorraine	3	5	1	0	9	3	27	1,11
Martinique					0		3	-
Midi-Pyrénées	18	8	24	0	50	10	36	2,78
Nord-Pas-de-Calais	4	3	2	8	17	5	21	2,38
Pays de la Loire	36	6	1	0	43	4	18	2,22
Picardie	13	2	0	0	15	4	15	2,67
Poitou-Charentes	15	1	9	0	25	7	18	3,89
Provence-Alpes-Côte d'Azur	50	10	60	0	120	24	53	4,53
Rhône-Alpes	33	15	20	0	68	26	50	5,2
Total	440	205	408	15	1068	209	570	3,67

Nombre de signatures au 31 décembre 2008, d'établissements concernés et de séjours pour IVG, par région

Le tableau suivant présente, par région, le nombre de signatures de conventions au 31 décembre 2008, le nombre d'établissements concernés, le nombre de séjours hospitaliers pour IVG déclarés dans le PMSI 2007 et le nombre de conventions signées au 31 décembre 2008 pour 1 000 séjours pour IVG (en 2007) dans l'ensemble des établissements de santé. L'indicateur du nombre de conventions signées rapporté au nombre de séjours pour IVG est très synthétique, car il met en regard des données au 31 décembre 2008 (les signatures de convention) et des données pour l'année 2007 (le nombre de séjours). Il doit donc être considéré avec prudence.

RÉGION	NB MÉDECINS Total région	NOMBRE d'établissements	2007 NB SÉJOURS IVG (PMSI)	CONV/1000 IVG PMSI 2007
Alsace	61	5	4 952	12,32
Aquitaine	31	6	8 323	3,72
Auvergne	4	3	3 187	1,26
Basse-Normandie	31	6	3 555	8,72
Bourgogne	7	2	2 884	2,43
Bretagne	52	12	7 561	6,88
Centre	19	5	6 515	2,92
Champagne-Ardenne	16	6	3 278	4,88
Corse	6	2	1 230	4,88
Franche-Comté	10	5	2 960	3,38
Guadeloupe	21	5	3 734	5,62
Guyane	3	1	800	3,75
Haute-Normandie	100	10	4 934	20,27
Ile-De-France	331	43	43 699	7,57
La Réunion	7	3	2 807	2,49
Languedoc-Roussillon	15	9	9 342	1,61
Limousin	7	3	1 415	4,95
Lorraine	9	3	6 319	1,42
Martinique			1 927	NC
Midi-Pyrénées	50	10	8 231	6,07
Nord-Pas-de-Calais	17	5	12 182	1,40
Pays de la Loire	43	4	8 157	5,27
Picardie	15	4	4 407	3,40
Poitou-Charentes	25	7	3 960	6,31
Provence-Alpes-Côte-D'azur	120	24	19 696	6,09
RÉGION	NB MÉDECINS Total région	NOMBRE d'établissements	2007 NB SÉJOURS IVG (PMSI)	CONV/1000 IVG PMSI 2007
Rhône-Alpes	68	26	16 460	4,13
Total	1 068	209	192 515	5,55

ANNEXE II
PROGRAMME PLURIANNUEL D'INSPECTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRATIQUANT DES
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG) 2006-2010

Fiche de synthèse

1. Contexte du programme d'inspections

Ce programme se situe dans le contexte suivant :

Des études, ainsi que les informations transmises par les associations impliquées dans le domaine de l'IVG, font état de difficultés d'accès aux interventions dans les établissements de santé en France.

Un encadrement favorisant une meilleure prise en charge des IVG a progressivement été mis place :

- des recommandations ont été émises par la Haute Autorité de santé et par un groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, présidé par un membre de l'IGAS ;
- une montée en charge de l'IVG médicamenteuse pratiquée dans le cadre de la médecine de ville est constatée depuis la publication, en 2004, des derniers textes d'application concernant ce dispositif. Un rôle important d'impulsion est joué par les établissements de santé pour le développer;
- pour la période 2006-2011, le volet périnatalité du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a été mis en œuvre en ce qui concerne l'activité d'IVG.

Depuis 2006, des mesures ont été prises pour favoriser l'activité relative à l'IVG, notamment :

- les forfaits des IVG instrumentales ont été revalorisés de 20 % (arrêté du 4 avril 2008) ;
- le dispositif relatif à la pratique des IVG médicamenteuses en médecine de ville a été étendu aux centres de planification et aux centres de santé par la loi no 2007-1786 du 19 décembre 2009 relative au financement de la sécurité sociale pour 2008.

L'IGAS a entamé en 2008 une évaluation de la loi de 2001.

2. Objectifs du programme d'inspections

Ce programme d'inspections s'intéresse à l'organisation de la prise en charge des IVG par les établissements de santé et au plan régional.

Il ne constitue pas un outil permettant de dresser un état des lieux national : le programme est complémentaire d'une enquête pilotée par la DREES. Cette enquête menée en 2007 apportera des éléments sur les parcours des femmes recourant à l'IVG, leurs difficultés d'accès aux actes (fin 2009).

Le programme a pour objet :

- au niveau local, de sensibiliser les équipes (direction, responsable fonctionnel au niveau local) pour réévaluer, de faire évoluer les organisations des établissements de santé et d'améliorer les prises en charge, d'impliquer les services déconcentrés pour un meilleur suivi de cette activité ;
- au niveau national, d'établir une synthèse des difficultés repérées au plan local et d'envisager des axes d'amélioration.

3. Régions ayant transmis des fiches de synthèse produites pour les inspections menées au 31 décembre 2009

RÉGION	NOMBRE TOTAL d'établissements à inspecter	INSPECTÉS au 31-12-08	TAUX AU 31-12-08 (%)	STATUT public	STATUT privé
Alsace	12	7	58,3	3	
Corse	3	2	66,7	1	1
Franche-Comté (*)	10	1 (*)	10	10	8
Guadeloupe	5	4	80	3	1
Guyane (**)	4	0	0	3	1

RÉGION	NOMBRE TOTAL d'établissements à inspecter	INSPECTÉS au 31-12-08	TAUX AU 31-12-08 (%)	STATUT public	STATUT privé
La Réunion	6	6	100	4	2
Limousin	8	8	87,5	6	2
Lorraine	25	25	100	18	8
Nord-Pas-de-Calais	22	6	27,3	6	
Pays de la Loire	20	8	40	6	1
Picardie	16	11	68,8	5	
Poitou-Charentes	20	5	25	5	
Rhône-Alpes	55	44	80	40	4
Total	206	117		109	28
(*) Franche-Comté : cette région a mené un programme d'inspections en 2005 portant sur 9 établissements pour lesquels elle a transmis le rapport produit et ses suites en 2007. (**) Guyane : cette région a envoyé ses fiches pour les quatre inspections menées en 2009.					

La région Bourgogne, qui a commencé son programme d'inspection, a indiqué qu'elle transmettrait une synthèse régionale complète à l'issue de ses travaux. La région Rhône-Alpes produira une synthèse régionale et par bassin de santé.

4. Eléments qualitatifs fournis par les services d'inspections sur les difficultés de la prise en charge des IVG en établissement de santé

Les fiches de synthèse transmises par les régions revêtent des formes très diverses. Elles comportent, soit une présentation générale des résultats au niveau régional ou au niveau départemental, soit une description détaillée des difficultés et des axes d'amélioration au niveau de chaque établissement inspecté, soit une mention exhaustive des données de la grille d'inspection concernant un ou plusieurs établissements seulement... Certaines fiches apparaissent, par ailleurs, peu documentées.

S'agissant d'un programme d'inspections ayant pour objectif une sensibilisation des acteurs dans le domaine de l'IVG, et non d'une enquête, il n'est pas possible d'évaluer la représentativité des différentes remarques émises par les services d'inspection. Ces remarques permettent cependant d'établir un état actuel des difficultés susceptibles d'être rencontrées pour la prise en charge des IVG.

Elles permettent de préciser, au plan local, les mesures à mettre en œuvre mais contribueront également, au plan national, à dessiner des axes d'amélioration.

L'analyse des fiches de synthèse des inspections fait ressortir les principaux éléments ci-après.

4.1. Organisation de la prise en charge

Accès aux IVG

Les régions qui ont répondu signalent un accès globalement satisfaisant tout en soulignant certaines améliorations à apporter.

Cependant, cet accès est globalement jugé insatisfaisant pour les IVG les plus tardives (10 à 12 semaines de grossesse) qui sont de fait concentrées pour certaines régions dans un nombre limité d'établissements de santé. Cette situation est particulièrement problématique en période estivale dès lors que l'activité repose, par ailleurs, sur peu de praticiens. On peut constater, sur ce thème, un décalage entre les déclarations des médecins et les appréciations portées par les personnes chargées des inspections :

- les médecins ont tendance à sous-estimer le problème d'accès des femmes concernées ;
- en revanche, les médecins expriment aisément leurs réticences à pratiquer les actes les plus tardifs pour lesquels ils opposent souvent leur clause de conscience ;
- les médecins généralistes contractuels ne disposent pas toujours de la formation spécifique requise ;
- à la question posée d'une organisation éventuelle des prises en charge des IVG les plus tardives au niveau du territoire de santé ou du département, les réponses apportées font état d'avis partagés. Cette gradation existe parfois, de fait.

Les données émanant de l'enquête 2007 pilotée par la DREES (*) indiquent que la capacité de prise en charge des grossesses de plus de 10 semaines de grossesse n'atteint pas 6 structures sur 10.

(*) La DREES a organisé en 2007 une enquête auprès de 13 000 femmes de 15 à 50 ans ayant eu recours à une IVG

Intégration de l'activité relative aux IVG à celle de l'établissement de santé

Du point de vue structurel, cette intégration est souvent réalisée, qu'elle soit le fait d'une unité fonctionnelle (UF) identifiée au sein du service de gynécologie-obstétrique ou d'une intégration totale à ce service. Quelques fois, l'activité d'IVG est assurée dans l'unité de chirurgie ambulatoire. Le bon fonctionnement d'une unité fonctionnelle est dépendant du personnel qui lui est affecté : une petite

UF n'apparaît pas toujours apte à assurer une continuité des soins. L'activité d'IVG est parfois inscrite dans le projet médical de l'établissement.

Cependant, les conditions de mise en œuvre de l'activité d'IVG demeurent encore clairement liées, selon les services d'inspection, à la motivation des personnels des services concernés et notamment à celle du chef de service.

Par ailleurs, il a été signalé que l'évolution de l'activité de gynécologie-obstétrique, en forte augmentation ces dernières années et son report sur les établissements de santé publics, ont un impact sur l'activité d'IVG en termes de

disponibilité des chambres, des plages horaires du bloc opératoire obstétrical, du personnel, (praticiens et autres professionnels de santé) sans qu'il soit toutefois possible d'évaluer précisément ce phénomène.

Accessibilité

Celle-ci est encore insuffisante dans de nombreux locaux : pas de signalétique ; pas de ligne dédiée ; pas de message d'information ou d'enregistrement ; plages d'ouverture insuffisantes.

Locaux

Les locaux sont parfois inadaptés du point de vue de la capacité ou de leur configuration : absence d'unité de lieux de prise en charge, locaux ne permettent pas le respect de la confidentialité. Ce dernier point est évoqué de façon récurrente dans les rapports des inspecteurs.

Lien avec les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)

Les conventions entre les établissements de santé et les centres de planification, prévues par l'article R. 2212-7 du code de la santé publique sont souvent absentes. Ce point est également fréquemment évoqué.

Praticiens

Les inspections ont souvent souligné le déficit en termes d'effectifs de praticiens pratiquant les IVG, ce qui fragilise cette activité. L'activité d'IVG repose souvent sur peu de praticiens et parfois majoritairement sur des médecins généralistes de ville contractuels. Si cette situation améliore les liens ville-hôpital, elle peut poser des problèmes de continuité des soins lorsque ces praticiens sont peu nombreux, notamment en période estivale, faute d'organisation adaptée du service. Cette situation ne facilite pas la prise en charge des IVG les plus tardives.

La clause de conscience, invoquée par les praticiens dans certains établissements de santé a un impact réel sur l'organisation de l'activité. Elle est notamment opposée pour la pratique des IVG les plus tardives, allant parfois jusqu'à concerner toute une équipe ou le chef de service.

Par ailleurs, une région estime insuffisamment attractive la rémunération prévue pour les médecins généralistes pratiquant des IVG en établissement de santé.

4.2. La réalisation des IVG au sein des établissements de santé

Formation des personnels

La formation spécifique des personnels à la prise en charge des IVG est souvent estimée insuffisante (toutes catégories de personnels). Outre son intérêt pour une prise en charge améliorée, une formation spécifique est un facteur d'implication et de mobilisation du personnel.

Fonction d'accueil

Elle pourrait souvent être améliorée en termes de confidentialité, d'information délivrée aux femmes, d'évaluation de l'urgence de la prise en charge.

Protocoles médicaux

Les protocoles mis en œuvre ne sont pas souvent formalisés par les services chargés de l'activité IVG et donnent peu de lisibilité aux pratiques.

Techniques d'interruption de grossesse

Les deux techniques ne sont pas toujours proposées au sein des services, même lorsque le terme de la grossesse permet ce choix. Il en est de même pour les techniques d'anesthésie.

Contenu des dossiers médicaux

Il n'a pas toujours permis aux services d'inspection de vérifier le respect des dispositions légales : réalisation des consultations préalables, confirmation écrite de la demande d'IVG, respect du délai de réflexion, autorisation parentale ou attestation de la désignation d'un majeur référent...

Prise en charge des mineures

Des réticences persistent pour la prise en charge des mineures sans consentement parental (malgré un droit d'accès de ces mineures clairement affirmé par la législation) mais elles sont minoritaires.

Ces informations, issues des inspections, recoupent les données émanant de l'enquête 2007 pilotée par la DREES précitée (9 structures sur 10 déclarent avoir la possibilité de prendre en charge des mineures sans consentement parental).

Echographies

Elles sont rarement réalisées lors des consultations préalables dans l'établissement (recommandation de la Haute Autorité de santé - HAS).

Pratiques professionnelles

Un médecin n'est pas toujours présent lors de la remise des médicaments s'agissant des IVG médicamenteuses, alors qu'il est légalement seul responsable de la réalisation de ces actes.

La recommandation HAS consistant à proposer, à l'occasion des consultations pré-IVG, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection VIH et un frottis cervico-vaginal, n'est pas toujours mise en œuvre.

Consultations post-IVG

Ces consultations sont dans l'ensemble peu suivies par les femmes mais il peut arriver qu'elles ne soient pas proposées. L'enquête DREES précitée indique à ce sujet que la visite de contrôle est proposée pour une IVG chirurgicale dans 80 % des cas et pour une IVG médicamenteuse dans 96 % des situations mais globalement, seulement 50 % des femmes se rendent à cette consultation.

L'accompagnement

L'accompagnement psycho-social est jugé insuffisamment proposé, selon les services d'inspection. Cette remarque illustre le constat fait par la DREES dans le cadre de son enquête 2007. Selon cette enquête, l'entretien pré-IVG n'est proposé que dans 33 % des établissements ; l'entretien post-IVG seulement dans 16 % des structures. L'absence de centre de planification au sein du service chargé de pratiquer des IVG ou l'absence de convention passée avec un tel centre, souvent mentionnée par les services d'inspection, joue défavorablement sur la proposition d'accompagnement psycho-social.

4.3. L'IVG médicamenteuse en ville – impact sur l'activité d'IVG en établissements de santé

Dans l'ensemble, les équipes interrogées estiment que l'impact de la pratique d'IVG en ville est peu important, voire souvent, négligeable. Cette appréciation traduit le fait que peu d'IVG sont globalement réalisées hors des établissements de santé. L'enquête DREES précitée indique qu'en 2007, 37 % des structures avaient établi des conventions avec des médecins de ville. Ce pourcentage n'est pas négligeable mais il convient de remarquer que les statistiques issues de la CNAMTS indiquent un nombre d'actes par praticien, en moyenne, très peu élevé. Il est fait état d'une absence de motivation des établissements de santé pour passer ces conventions, dès lors que la situation de l'accès à l'IVG est jugée globalement satisfaisante au niveau local.

En outre, il existe des réserves exprimées par certaines équipes sur la pratique d'IVG réalisées hors établissement au motif qu'elle serait effectuée au détriment de l'activité de l'établissement. Cette position est un frein évident au développement de cette pratique.

Lorsque, dans une région, la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement est plus développée, cette contribution est jugée positive à tous les niveaux.

Selon les services d'inspection, la coordination entre médecins de ville et médecins hospitaliers mérite d'être renforcée.

4.4. Le financement de l'activité d'IVG en établissement de santé

Les établissements de santé ont globalement une visibilité insuffisante des ressources et des dépenses liées à l'activité d'IVG, s'agissant des charges directes et indirectes. L'inspection a été parfois l'occasion pour les établissements de santé d'améliorer cette visibilité financière.

Lorsque les établissements de santé disposent d'une visibilité satisfaisante, il s'avère que pour une grande minorité d'entre eux, cette activité est en équilibre sur le plan financier, voire excédentaire, mais que pour la majorité d'entre eux, elle est déficitaire tant pour le secteur public que pour le secteur privé.

5. La politique d'établissement

Dans certaines régions, l'IVG figure dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé.

Il n'existe pas toujours une réelle visibilité ou une motivation de la part des directeurs d'établissements d'intégrer l'IVG dans la politique d'établissement. En effet, certains directeurs d'établissements indiquent ne pas avoir d'avis sur la politique d'établissement en matière de prise en charge des IVG.

Il n'y a bien souvent, de la part des établissements de santé, ni suivi des refus de prise en charge et de leurs motifs ni suivi des délais de fixation des rendez-vous. Cette absence de suivi ne permet pas à l'établissement de porter un jugement argumenté sur les conditions de réalisation de l'activité IVG et ne facilite donc pas son pilotage. Cette absence de suivi de l'activité IVG s'accompagne souvent d'un manque de visibilité sur le plan financier.

6. Axes d'amélioration dégagés au niveau local

Les contrôles réalisés ont permis d'identifier différentes améliorations à apporter à la situation de chaque établissement de santé inspecté. Ces améliorations peuvent être regroupées en 9 points principaux :

1. Respecter la réglementation.
2. Rappeler les bonnes pratiques.
3. Renforcer le temps de travail des effectifs prenant en charge cette activité : recrutement (médical, paramédical, secrétariat) ou révision du temps médical (?) ou mutualisation des moyens.
4. Renforcer l'accessibilité (secrétariat, ligne dédiée, répondeur).
5. Améliorer l'aménagement des locaux (signalétique, respect de la confidentialité notamment).
6. Passer des conventions avec les centres de planification.
7. Améliorer l'information des femmes.
8. Développer certaines prises en charge : termes les plus tardifs, mineures, permettre le choix des méthodes.
9. Assurer une meilleure coordination avec la médecine de ville.

ANNEXE III
LE PROGRAMME DE COMMUNICATION 2009 SUR LA SEXUALITÉ ET LA CONTRACEPTION INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Les grands axes du programme

Contexte

En 2007, les grossesses non prévues représentent encore une grossesse sur trois. Parmi ces grossesses non prévues, deux sur trois surviennent chez des femmes utilisant une contraception. 206 300 IVG par an en France en 2006. Un chiffre stable et élevé depuis 30 ans malgré la diffusion massive des méthodes contraceptives médicalisées les plus efficaces (86 % des femmes).

Un taux de recours à l'IVG en augmentation continue chez les mineures et les femmes de moins de 20 ans, et ce malgré le développement de la contraception d'urgence.

Programme de communication sexualité contraception 2009

Les objectifs de santé publique

Réduire le nombre de grossesses non désirées en faisant la promotion du bon usage de la contraception.

Réduire les comportements sexuels à risque (de grossesse non prévue, de violence ou d'IST) chez les adolescents.

Les publics prioritaires

Les jeunes de 15-18 ans qui font leur entrée dans la sexualité et la contraception.

Les jeunes adultes, hommes, femmes (18-30 ans), déjà expérimentés en matière de contraception.

Les populations vivant dans les DOM.

Les enjeux et objectifs de la communication

(Re)mobiliser le grand public et les adolescents autour de la contraception en rappelant les enjeux : éviter une grossesse quand on ne l'a pas décidée.

Informers les adolescents qui font leur entrée dans la sexualité et les jeunes adultes, notamment sur l'importance du choix.

Inscrire la contraception au cœur de la vie affective et sexuelle.

Axe 1 : sensibiliser et remobiliser sur les enjeux de la contraception

Remobiliser les jeunes adultes et les adolescents sur la contraception

Deux films seront diffusés à la TV et sur le web à partir du 15 septembre 2009 en direction des 15-30 ans. Le dispositif de communication comprendra aussi des bannières publicitaires.

Des spots radio seront diffusés à partir du 15 septembre, en direction des 15-30 ans.

Axe 2 : informer

Informers les adolescents en inscrivant la contraception au cœur de la vie affective et sexuelle

En fil rouge toute l'année, promotion du site www.onsexprime.fr et de la web TV, afin d'en faire la référence en matière de culture sexuelle des jeunes.

Rediffusion des programmes courts *La Répét-Amour et comédie* du 30 mars au 20 octobre sur M6 et W9.

Les chroniques radio sous forme d'interviews de comédiens, réalisées et diffusées en partenariat avec Skyrock, en avril-mai pour valoriser les programmes courts.

Un dispositif spécifique pour les jeunes adolescents, en cours d'élaboration, pour la fin 2009- premier trimestre 2010, sur le web.

Informers les adolescents en inscrivant la contraception au cœur de la vie affective et sexuelle.

Informers les jeunes adultes et le grand public en insistant sur l'importance du choix, condition d'un bon usage de la contraception :

- www.onsexprime.fr : un site internet référent pour répondre aux questions des ados sur la sexualité ;

- www.choisirsacontraception.fr.

En direction des adolescents vivant dans les DOM : une série de programmes courts TV, Lova & Lova, pour aborder de manière transversale la prévention des risques liés à la sexualité (2010).

Informers les adolescents en inscrivant la contraception au cœur de la vie affective et sexuelle.

Informers les jeunes adultes et le grand public, en insistant sur l'importance du choix

Il s'agira de poursuivre le travail d'information sur la diversité de l'offre contraceptive pour aider les femmes et les couples à choisir la contraception qui leur convient le mieux.

Refonte du site internet www.choisirsacontraception.fr, qui sera actualisé et enrichi de nouveaux contenus vidéos (témoignages d'utilisatrices de différentes méthodes contraceptives, etc.). La nouvelle version du site sera promue à partir du 15 septembre lors des campagnes TV, radio et web.

Une déclinaison du site choisirsacontraception.fr sur les téléphones mobiles à partir du 15 septembre.

Informers spécifiquement les jeunes vivant dans les DOM en abordant de manière transversale la prévention des risques liés à la sexualité

Une série de programmes courts TV, Lova & Lova (premier semestre 2010).

**Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite
des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans
consentement parental**

NOR : MESS0221541D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2212-1 et suivants ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 132-1, modifié en dernier lieu par l'article 20 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 23 avril 2002,

Décète :

Art. 1er. - Au chapitre II du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est insérée une section intitulée « prise en charge des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique » qui comprend les articles D. 132-1 à D. 132-5 ainsi rédigés :

« Art. D. 132-1. - Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse est pratiquée dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique, aucune demande de paiement ne peut être présentée à l'assuré ou à l'intéressée pour les dépenses relatives :

« 1° Aux consultations prévues à l'article L. 2212-3, L. 2212-5, au quatrième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique et à la consultation pré-anesthésique prévue par l'article D. 712-40 du même code ;

« 2° Aux frais de soins et d'hospitalisation afférents à une interruption volontaire de grossesse ;

« 3° Aux frais afférents à une interruption volontaire de grossesse réalisée par un médecin dans les conditions prévues à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique.

« Art. D. 132-2. - Les dépenses mentionnées à l'article D. 132-1 sont déterminées par l'application des tarifs et des prix tels qu'ils résultent du chapitre II du titre VI du livre Ier du présent code.

« Art. D. 132-3. - Les dépenses mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 132-1 sont remboursées aux médecins autres que ceux mentionnés à l'alinéa suivant par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ces médecins sont installés.

« Lorsqu'un médecin, en application de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique, a conclu une convention avec un établissement de santé, les dépenses mentionnées au 3o et, le cas échéant, au 1o de l'article D. 132-1 sont remboursées à ce médecin par la caisse primaire dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement avec lequel le médecin a passé convention.

« Les documents nécessaires au remboursement de ces dépenses sont anonymes. Ils sont envoyés par le professionnel de santé ou l'établissement à la caisse primaire d'assurance maladie définie aux deux premiers alinéas. Celle-ci procède, chaque trimestre, au vu des documents qui lui ont été envoyés, au remboursement de ces dépenses pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Art. D. 132-4. - Les dépenses mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 132-1 sont remboursées à l'établissement de santé lorsque son financement ne relève pas de la dotation globale prévue à l'article L. 174-1 par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle cet établissement est implanté.

« Les documents nécessaires au remboursement de ces dépenses sont envoyés par l'établissement au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui procède à leur anonymisation avant de les transmettre à la caisse. Celle-ci procède, chaque trimestre, au vu des documents qui lui ont été envoyés, au remboursement de ces dépenses pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Art. D. 132-5. - Les documents nécessaires au dénombrement des interruptions volontaires de grossesse pratiquées par un établissement relevant de l'article L. 174-1 sont envoyés par l'établissement au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement, qui procède à leur anonymisation. »

Art. 2. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre et l'emploi et de la solidarité, le ministre délégué à la santé, la secrétaire d'Etat au budget et la secrétaire d'Etat au droit des femmes et à la formation professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 3 mai 2002.

Par le Premier ministre : Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Laurent Fabius

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

La secrétaire d'Etat au budget, Florence Parly

La secrétaire d'Etat au droit des femmes et à la formation professionnelle, Nicole Péry

Circulaire CNAM-49/2003 du 24 mars 2003 relative aux modalités de prise en charge des IVG des mineures sans consentement parental. Préservation de l'anonymat dans les circuits de prise en charge et d'échange

GENERALITES

La loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2003 prévoit en son article 39 que le financement des dépenses afférentes aux IVG est transféré de l'Etat à l'Assurance Maladie à compter du 1er janvier 2003.

L'Assurance Maladie comporte la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse (article L. 321-1 du Code de sécurité sociale).

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la prise en charge de l'IVG et notamment les conditions permettant de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge.

Les nouvelles modalités des interruptions volontaires de grossesse ont été précisées par décrets publiés au journal officiel du 5 mai 2002 :

- Le décret n°02-796 du 3 mai 2002, qui fixe les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé modifiant le décret n° 1316 du 26 février 2000 relatif aux pharmacies à usage extérieur,
- Le décret n°02-797 du 3 mai 2002, relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé,
- Le décret n°02 799 du 3 mai 2002, relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental.

Actuellement, le dénombrement des IVG en établissement est effectué dans le strict respect de l'anonymat des personnes (article D. 132-5 du Code de la sécurité sociale).

1. IVG DES MINEURES SANS CONSENTEMENT PARENTAL – RAPPEL DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.2212 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTEPUBLIQUE

1.1 Exposé des principes

L'interruption volontaire de grossesse doit être faite en milieu médical autorisé et après information de l'intéressée et recueil de son consentement.

1.1.1 Obligation d'exécuter l'IVG en milieu médical autorisé

La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse (article L. 2212-1 du Code de la santé publique).

L'interruption volontaire de grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, satisfaisant aux dispositions prévues à l'article L. 2212-2 et L. 2322 du Code de la santé publique ou hors établissement de santé, dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement après accord écrit de l'intéressée (hors établissement de santé, seule l'IVG médicamenteuse peut être effectuée par le praticien, article R. 152-10-7 du Code de la santé publique) (décret n° 02-799 du 3 mai 2002).

1.1.2 Information de l'intéressée et expression de son consentement

Le médecin doit l'informer des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et ses maternités futures (article L. 2212-3 du Code de la santé publique).

Pour la femme mineure non émancipée, la consultation préalable prévue à l'article L. 2212-4 du Code de la santé publique est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation.

Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être accompagnée de la personne majeure de son choix susceptible de la suivre dans sa démarche telle que mentionnée à l'article L. 2212-7 du Code de la santé publique. Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre (article L. 2212-4 du Code de la santé publique).

1.2 Gratuité des actes et des soins (article D. 132-1 du Code de la sécurité sociale)

L'interruption de grossesse comporte l'acte IVG, les consultations afférentes et les actes connexes (biologie, radiologie et autres) pour lesquels le dispositif de la gratuité des soins trouve son application pleine et entière.

Aucune demande de paiement ne peut être présentée à l'assuré ou à l'intéressée pour les dépenses relatives :

- aux consultations prévues au Code de la santé publique (articles L. 2212-3, L. 2212-5, L. 2212-7) et à la consultation pré-anesthésique (article D. 712-40),
- aux frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG,
- aux frais afférents à l'IVG réalisée par un médecin, ou sur prescription médicale dans les conditions prévues à l'article L. 2212-2 du Code de la santé publique. Ces prestations sont à régler suivant la codification utilisée actuellement pour le règlement des IVG.

1.3 Principes comptables (article D. 132-5 du Code de la sécurité sociale)

1.3.1 IVG réalisée par un professionnel de santé

Les documents anonymes nécessaires au remboursement des dépenses liées à l'IVG sont envoyés par le professionnel de santé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie concernée.

1.3.2 IVG réalisée dans un établissement de santé

Les documents nécessaires au remboursement des dépenses liées à l'IVG sont envoyés par l'établissement de santé au service médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) concernée qui procède à leur anonymisation (il en est de même pour le dénombrement des IVG). Le service médical de la CPAM compétent est :

- le service médical de la CPAM dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement de santé lorsque son financement ne relève pas de la dotation globale (L. 174-1 du Code de sécurité sociale),

- le service médical de la CPAM dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement lorsque le médecin, en application de l'article L. 2212-2 du Code de la santé publique, a conclu une convention avec un établissement de santé, La Caisse Primaire d'Assurance Maladie procède, chaque trimestre, au vu des documents qui lui ont été envoyés, au remboursement de ces dépenses *pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'Assurance Maladie*.

2. MODALITES PRACTIQUES VISANT A PRESERVER LE RESPECT DE L'ANONYMAT

Principe de l'anonymat

Le principe de l'anonymat est imposé aux organismes de sécurité sociale (article D. 132-5 du Code de sécurité sociale). Les documents nécessaires au remboursement des actes et des frais de soins sont transmis :

- soit par l'établissement de santé au service médical près la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Celui-ci les rend anonymes. Les documents anonymes sont ensuite transmis au service administratif pour règlement,
- soit anonymisés dès l'origine par le professionnel de santé.

En tout état de cause, aucune identification de l'assurée ne doit être possible et aucun décompte ne doit être adressé à l'ouvrant droit.

ATTENTION, il n'est pas possible d'utiliser les procédures de télétransmission, flux sécurisé ou non, compte tenu de la nécessité de respecter le principe d'anonymat

2.1 Acte IVG ou lié à l'IVG pratiqué en établissement hospitalier

- Etablissements de santé financés par dotation globale

L'hôpital adresse un listing récapitulatif tous les actes IVG en demande de remboursement à l'échelon local du service médical des assurés qui procède à l'anonymat des parturientes mineures ayant subi une IVG (suppression de leurs identifications) avant transmission au service administratif.

- Etablissements de santé financés par prix de journée

Les cliniques privées adressent un bordereau 615 au service médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie en demande de remboursement des actes IVG. Les services médicaux des Caisses procèdent également à l'anonymisation des documents, avant transmission au service administratif.

2.2 Médecine de ville, laboratoire, pharmacie et autres professionnels de santé

Les professionnels de santé ne doivent pas utiliser le flux Sesam Vitale mais uniquement des feuilles de soins papier.

2.21. NIR et Code régime afférent

Le NIR devant être utilisé dans le cadre de cette procédure est le 2 55 55 55 + code caisse+030

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie devront informer leurs centres de traitement informatique pour enregistrement de ces données dans les cartes paramètres d'exclusion de traitement.

2.22. Modalités d'utilisation du numéro anonyme IVG des mineures sans consentement parental

Les médecins de ville indiquent le NIR spécifique anonyme IVG des mineures sans consentement parental sur la feuille de soins en demande de remboursement mais aussi sur les prescriptions qu'ils destinent aux laboratoires, pharmacies et autres professionnels de santé dans le cadre des actes connexes à l'IVG.

ATTENTION !

Afin d'appliquer strictement cette nouvelle procédure, une information doit obligatoirement être dispensée par les Caisses à l'ensemble des professionnels de santé, sans distinction ni restriction, pour appeler spécialement leur attention sur ce sujet.

Les Caisses restent libres des moyens à mettre en oeuvre.

Le Directeur
Daniel LENOIR

Instruction DGS/MC1/DGOS/R3 no 2010-377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). – Accès des personnes mineures à la contraception

NOR : SASP1027060J

Validée par le CNP le 6 octobre 2010 – Visa CNP 2010-233.

Date d'application : immédiate.

Résumé : prévention des grossesses non désirées et prise en charge des IVG. Accès anonyme et gratuit des mineures à la contraception. *Mots clés* : grossesses non désirées – conventions – médecins – contraception-mineures-IVG.

Références :

Code de la santé publique : articles L. 2212-1 et suivants et L. 2311-4, R. 2212-1 et suivants ;
Circulaire DMOS/MSD no 2007-62 du 8 février 2007 portant directive nationale d'orientation pour 2007 et circulaires suivantes pour 2008 et 2009 ;
Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 no 2009-304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé et ses annexes.

Annexe : les mesures récentes en faveur de la contraception et de l'IVG.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution).

Le nombre des interruptions volontaires de grossesse n'a pas diminué au cours des dernières années (213 400 IVG en 2007). Par ailleurs, une légère augmentation des recours aux IVG pour les plus jeunes a été constatée. Ainsi, les mineures représentaient 5 % des femmes ayant eu recours à une IVG en 2001 et 6 % en 2005, 2006 et 2007 (13 500 IVG annuelles environ). Une amélioration de la prévention des grossesses non désirées apparaît nécessaire, notamment, chez les adolescentes.

Le rapport d'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG, réalisé par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et publié en février dernier indique, plus généralement, que, malgré des avancées sensibles, des progrès peuvent encore être accomplis dans ces deux domaines.

La présente instruction a pour objet de souligner, dans la suite des annonces faites le 8 mars 2010 à l'occasion de la journée internationale de la femme, l'importance qui s'attache à engager au niveau régional, notamment dans le cadre de la préparation et de la mise en oeuvre du projet régional de santé, des actions en faveur de la prévention des grossesses non désirées et de l'amélioration de la prise en charge des IVG.

1. La prévention des grossesses non désirées

La prévention des grossesses non désirées constituera une composante obligatoire des schémas régionaux de prévention. La place particulière accordée à ce thème permettra aux ARS de mettre en oeuvre la politique de santé régionale dans ce domaine, en liaison avec tous les acteurs, d'assurer la cohérence et la coordination de leurs actions.

Ainsi, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) participera, par ses avis, aux orientations et à la mise en oeuvre de la politique régionale de santé sur ce sujet. Pour organiser ses travaux, cette commission pourra instituer des groupes de travail identifiés permanents, constitués de personnes choisies en raison de leur compétence ou de leur qualification au regard des sujets à traiter. Il apparaît en effet important que les thèmes de la contraception et de l'IVG fassent, dans ce cadre, l'objet d'une réflexion spécifique.

Par ailleurs, la coordination des politiques publiques assurée dans ce domaine, au plan régional, associera les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Ce travail de coordination permettra de recenser l'ensemble des ressources disponibles et de mobiliser, dans le respect des compétences, les moyens consacrés à l'éducation à la sexualité par l'État (interventions des personnels des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, des établissements scolaires...), par les départements (interventions des personnels des centres de planification) et éventuellement par les établissements de santé, lorsque certains de leurs professionnels souhaitent s'engager dans des actions de cette nature.

2. L'accès des personnes mineures à la contraception

L'accès anonyme et gratuit aux moyens contraceptifs pour les mineures existe actuellement dans les 1 200 sites des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Le rapport IGAS précité constate que, bien que nombreux, les centres de planification ne peuvent pas répondre aux besoins de toutes les personnes mineures, notamment celles vivant dans des zones éloignées de toute implantation. Les auteurs du rapport estiment, par ailleurs, que la gratuité constitue le seul moyen de permettre un accès réel des personnes mineures à la contraception et une mise en oeuvre effective des dispositions légales qui les dispensent d'un consentement parental pour bénéficier de la prescription et de la délivrance de contraceptifs (art. L. 5134-1 du code de la santé publique).

Les agences régionales de santé peuvent jouer un rôle majeur pour animer les politiques régionales de santé consacrées à la prévention des grossesses non désirées concernant les publics les plus jeunes, notamment, dans le cadre des réunions des commissions de coordination des politiques publiques de santé. Ces dernières constituent les instances appropriées pour que les échanges entre les différents acteurs concernés (présidents des conseils généraux, recteurs d'académie, caisses d'assurance maladie...) permettent l'amélioration de l'efficacité des dispositifs (par

exemple, adaptation des horaires d'ouverture des centres de planification à ce public spécifique) et, au-delà, un accès anonyme et gratuit effectif de toutes les personnes mineures à la contraception.

Des professionnels de santé divers sont concernés par la prescription et la délivrance de la contraception aux jeunes mineurs. Dans les zones du territoire dépourvues de structures aptes à délivrer gratuitement des contraceptifs à la population mineure, il apparaît opportun qu'un travail de concertation, placé sous la responsabilité des ARS, aboutisse, dans le prolongement d'expériences déjà menées dans ce domaine, à la signature de conventions entre ces professionnels et les conseils généraux ou, éventuellement, les organismes de sécurité sociale (CPAM), pour permettre un accès anonyme et gratuit de toutes les personnes mineures à la contraception. Il pourrait être fait appel à des médecins, des sages-femmes, pharmaciens et biologistes volontaires rémunérés, dans le cadre de ces conventions, pour tous les actes et activités concernés par cette délivrance. Il apparaît important que les nouveaux dispositifs soient mis en place, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment celles relatives au monopole pharmaceutique, et en liaison avec les centres de planification, afin qu'une complémentarité soit assurée.

Les ARS ont un rôle essentiel à jouer pour initier et organiser les réflexions à mener, aider au lancement, à la coordination et à l'évaluation des opérations. Il leur appartient également, en liaison avec les autres acteurs, d'identifier les zones pour lesquelles des difficultés d'accès aux centres de planification sont repérées et qu'il convient de cibler, pour faire appel aux professionnels de santé susceptibles de passer convention. À cet égard, la proximité des établissements d'enseignement du second degré constitue un élément favorisant l'accès des adolescents à la contraception.

Dans le cadre du soutien qu'elles apportent aux actions de prévention, les contributions financières des ARS pourraient faciliter le démarrage et l'évaluation des opérations ou la formation des médecins et des sages-femmes volontaires pour s'y engager. Les ARS pourront faire appel, par ailleurs, à l'appui des pôles de compétence en éducation pour la santé.

La qualité des échanges qui interviendront avec toutes les parties prenantes, notamment avec les personnels concernés de l'éducation nationale, permettra la mise en place de dispositifs efficaces, connus et accessibles par le public concerné et sera déterminante pour la réussite de la mise en oeuvre du volet consacré à la prévention des grossesses non désirées, préparé dans le cadre du plan de santé scolaire.

3. L'amélioration de l'accès et de la prise en charge des IVG

Nous vous engageons à inscrire l'amélioration de la prise en charge des IVG au sein de la thématique « périnatalité » du schéma régional d'organisation des soins (80 % des prises en charge des IVG étant rattachées au service de gynécologie-obstétrique des établissements de santé, même si la chirurgie est également concernée par cette activité).

Les objectifs du SROS-PRS d'amélioration de la prise en charge des IVG sont de plusieurs ordres : accès aux prises en charge, qualité et sécurité, efficacité et articulation avec le secteur de la prévention (professionnels libéraux, centres de santé et centres d'éducation ou de planification familiale).

Vous pourrez vous appuyer sur les constats et les préconisations issues du programme pluriannuel d'inspections (2007 à 2010) qui a porté sur l'offre de prise en charge des IVG. Vous veillerez à ce sujet à ce que l'ensemble des établissements concernés aient effectivement fait partie de ce programme (*cf.* annexe II de la circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 no 2009-304 du 6 octobre 2009 citée en référence).

Dans le cadre de son rapport précité, l'IGAS constate des progrès sensibles, mais fragiles, en matière d'accès à l'IVG. Au regard de ce diagnostic, deux objectifs opérationnels fondamentaux peuvent être définis :

- maintenir systématiquement la prise en charge des IVG dans l'offre de soins de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie, notamment dans le cadre des restructurations ;
- organiser l'offre de soins de manière à permettre la pratique des IVG concernant des grossesses dont le terme se situe entre douze et quatorze semaines, au niveau des territoires de santé.

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, il apparaît important de favoriser la diversification des modes de prise en charge des IVG (médicamenteuse et instrumentale) au sein de tous les établissements prenant en charge ces actes. L'augmentation des IVG médicamenteuses doit bénéficier d'un accompagnement adapté par les équipes de gynécologie-obstétrique.

Le développement de l'IVG hors établissement de santé doit être poursuivi, notamment au sein des centres de santé et, en collaboration avec les conseils généraux, au sein des centres de planification ou d'éducation familiale.

La prise en charge et l'orientation des femmes en amont et en aval des IVG suppose une meilleure coordination entre les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes) et les établissements pratiquant des IVG dans le cadre des réseaux ville-hôpital.

Les indicateurs de suivi proposés sont les suivants :

- nombre d'établissements de santé pratiquant des IVG/nombre d'établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie ;
- nombre d'IVG médicamenteuses-nombre total d'IVG pratiquées au sein de chaque établissement de santé ;
- nombre d'IVG médicamenteuses pratiqués en dehors des établissements de santé/nombre total d'IVG au niveau régional.

Vous voudrez bien nous faire connaître, sous les présents timbres, les éventuelles difficultés que vous rencontreriez dans la mise en place de ces dispositifs.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale adjointe de la santé,

S. DELAPORTE

La directrice générale de l'offre de soins,

A. PODEUR

A N N E X E

LES MESURES RÉCENTES EN FAVEUR DE LA CONTRACEPTION ET DE L'IVG

1. Les mesures en faveur de la prévention des grossesses non désirées

Des mesures ont été mises en oeuvre, ces dernières années, ou ont été adoptées tout récemment, pour améliorer la prévention des grossesses non désirées, notamment en direction des plus jeunes :

- des campagnes d'information relatives à la contraception, mises en oeuvre par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), ont été renouvelées chaque année depuis 2007. Ces campagnes s'adressent tout particulièrement aux jeunes et visent à libérer la parole sur la sexualité et la contraception, à mobiliser et accompagner les professionnels de santé et les relais de terrain agissant auprès du public. La dernière campagne, lancée en

avril 2010, s'est ainsi tout particulièrement adressée aux jeunes de la tranche d'âge 15-18 ans ;

- de nouveaux professionnels ont été associés à l'effort de prévention par la loi no 879-2009 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

- les sages-femmes peuvent prescrire toute méthode contraceptive et en assurer la surveillance, en dehors de situations pathologiques ;

- les infirmières, notamment les infirmières scolaires, peuvent renouveler pour une période de six mois une prescription de contraceptifs oraux ;

- les pharmaciens sont autorisés à dispenser, sur présentation d'une ordonnance périmée datant de moins d'un an, prescrivant des contraceptifs oraux, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement pour une période non renouvelable de six mois.

Par ailleurs, des mesures ont été annoncées le 8 mars dernier, à l'occasion de la journée internationale de la femme et suite à la publication du rapport d'évaluation de la loi du 4 juillet 2001 réalisé par l'IGAS, pour améliorer la prévention des grossesses non désirées. Ces mesures portent notamment sur l'amélioration de l'offre contraceptive et la poursuite des efforts menés en matière d'éducation à la sexualité.

2. Les mesures concernant la prise en charge des IVG

Les mesures mises en oeuvre ou prochainement renforcées visent à améliorer l'accès et la qualité de la prise en charge des IVG au sein de l'offre de soins :

- extension de la possibilité de prise en charge des IVG médicamenteuses au sein des centres de planification ou d'éducation familiale et des centres de santé ;

- augmentation des forfaits finançant les IVG pratiquées par les établissements de santé en 2008 et 2009.

Par ailleurs, le programme pluriannuel d'inspection (2007-2010) a été réalisé dans un but de mobilisation des équipes hospitalières en menant avec ces dernières une analyse de l'organisation de la prise en charge des IVG au sein de chaque établissement de santé et une définition des axes d'amélioration.

Enfin, en matière d'offre de soins, les mesures préconisées par le rapport précité de l'IGAS portent notamment sur la tarification des IVG. Dans le cadre des mesures annoncées le 8 mars 2010, la tarification fera très prochainement l'objet d'une revalorisation de l'ordre de 50%.

Les femmes étrangères et l'IVG Refonte du Code de la santé publique/ juin 2000 (ANCIC)

Le Code de la santé publique a été refondu, tout au moins dans sa partie législative, par ordonnance n°2000-548 du 15 Juin 2000

→ abrogation des articles. 1er, 13, 14 et 16 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse

→ abrogation de l'article 13 de la loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse)

L'ancien article L.162-11 qui indiquait que « **l'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire** » est supprimé.

De ce fait, les femmes étrangères en situation irrégulière peuvent accéder au même titre et dans les mêmes conditions que les femmes françaises en situation de détresse à l'IVG.

Extrait du dossier de presse du Ministère des Affaires sociales, Service des Droits des femmes du 2 Juillet 2000)

La réglementation pour les étrangères souhaitant avoir recours à l'IVG avec suppression des conditions de résidence.

« Nous avons saisi l'occasion qui nous a été donnée par la recodification du code de la Santé publique pour régler cette question. En effet l'article L.162-11 du CSP qui réglementait les conditions d'accès des étrangères à l'IVG et précisait que pour pouvoir bénéficier d'une IVG une femme devait pouvoir attester d'une résidence régulière en France depuis au moins trois mois est contraire à la Convention des droits de l'homme. Nous avons donc décidé dès la prise de l'ordonnance fixant le nouveau code de la santé publique de, supprimer cette disposition. »

Circulaire DHOS/DSS/DGAS no 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003)

NOR : SANH0530112C

Date d'application : immédiate.

Références :

Articles L. 251-1, L. 251-2, L. 253-2, L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

Articles L. 162-16-5, L. 321-1 et L. 331-2 du code de la sécurité sociale

Le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, la ministre déléguée à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud, direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour information et exécution).

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 modifie les conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME) aux étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France. Elle crée une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne bénéficient pas de l'AME.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions d'application de cette prise en charge. Ces soins sont pris en charge dans tous les établissements de santé publics ou privés.

I. - CHAMP DES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS

Sont concernés les étrangers qui ne remplissent pas la condition de régularité de la résidence mentionnée à l'article L. 380-1 du CSS, c'est-à-dire les étrangers en situation irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, et qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'AME.

Cette catégorie recouvre, en pratique, les étrangers en situation irrégulière qui :

- résident sur le territoire national depuis moins de trois mois. Sont donc exclus de la prise en charge les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour.

ou - résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et ne sont pas bénéficiaires de l'AME, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir, soit qu'ils n'en aient pas sollicité l'attribution, soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME dont le dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.

Les ressortissants de l'Union européenne, bénéficiant d'une liberté de circulation dans les pays membres, ne peuvent connaître de situation d'irrégularité au regard de la condition de résidence. Ils bénéficient par ailleurs de modalités spécifiques de prise en charge par les régimes d'assurance maladie nationaux. Ils ne sont donc en aucun cas éligibles au dispositif des soins urgents.

Les soins urgents délivrés aux étrangers en situation irrégulière sont pris en charge par l'Etat dans le cadre d'une enveloppe financière limitative. L'attention des établissements est donc appelée sur les conditions de prise en charge des patients concernés afin que ne soient imputés sur cette enveloppe que les soins délivrés aux patients répondant aux critères définis ci-dessus. En particulier, les établissements devront s'assurer que le patient ne peut se prévaloir d'aucune autre couverture maladie et rechercher auprès de lui les informations relatives à sa situation au regard du critère de résidence.

Si le patient ne peut prétendre à une prise en charge au titre des soins urgents, ni à aucune autre couverture maladie, la totalité des frais relatifs aux soins dont il a bénéficié lui est facturée.

Toutefois, des situations particulières peuvent se présenter : c'est le cas lorsqu'un étranger en situation irrégulière dont l'état de santé requiert des soins urgents (Cf. II -/II-1) est admis dans un établissement de santé sans qu'il soit immédiatement possible de déterminer la durée de sa résidence en France, faute de documents en ce sens.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement concerné établit une demande d'aide médicale de l'Etat (AME) auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de l'établissement. Dans l'intérêt de la personne elle-même, la délivrance de soins urgents ne doit jamais aboutir à suspendre la recherche de ses droits. Si la demande d'AME est rejetée, les soins urgents qui ont été délivrés au patient font l'objet d'une facturation au titre des soins urgents.

II. - CHAMP DES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE AU TITRE DES « SOINS URGENTS »

II.1. La notion de soins urgents

Seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple).

Compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

Sont également prises en charge les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG, les conditions de délai régissant l'accès à ces actes donnant un fondement légal à l'urgence de l'intervention.

Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés. Ce dossier devra être présenté, sur demande, au médecin du contrôle médical de la caisse du lieu d'implantation de l'établissement.

II.2 Les conditions de délivrance des soins

L'article L. 254-1 du CASF dispose que les personnes sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2 du même code. Aux termes de ce texte, sont pris en charge, les frais définis aux 1^o, 2^o, 4^o et 6^o de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale ainsi que le forfait journalier mentionné à l'article 174-4 du code de la sécurité sociale. Pour l'application de ces articles, l'âge de la majorité est celui fixé par la réglementation française, c'est-à-dire 18 ans, et non celui fixé par la réglementation du pays d'origine. Sont donc pris en charge l'ensemble des frais relatifs à des soins dispensés en établissement de santé soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des soins externes. Les bénéficiaires sont par ailleurs dispensés de l'avance de frais.

Toutefois, l'article L. 254-1 limitant les soins urgents à ceux qui sont dispensés dans les établissements de santé, la prise en charge ne couvre pas l'ensemble du champ des prestations prévu au 1^o de l'article L. 321-1 du CSS et, en particulier, la délivrance des médicaments postérieurement aux soins effectués dans l'établissement.

Par dérogation, les médicaments, qu'ils figurent ou non sur la liste de ceux qui peuvent être rétrocedés dans les conditions prévues à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique et à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge dans le cadre des soins urgents, à condition qu'ils aient été prescrits lors de la délivrance de ces soins urgents dans l'établissement de santé (en externe ou en hospitalisation), y compris les antirétroviraux, si la prescription initiale est établie par un médecin de l'établissement, et qu'un praticien de cet établissement aura attesté que la délivrance de médicaments, postérieurement aux soins délivrés dans la structure, est indispensable au succès du traitement engagé dans l'établissement.

III. - FACTURATION PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les prestations délivrées dans le cadre de cette procédure des « soins urgents » sont facturées aux caisses primaires d'assurance maladie du lieu d'implantation des établissements.

Pour les établissements anciennement sous dotation globale mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 du code de la sécurité sociale, les prestations seront facturées sur la base des tarifs de prestations (art. R. 714-3-19 du code de la santé publique) pour les soins ayant donné lieu à hospitalisation ou des tarifs de la nomenclature en vigueur pour les soins externes.

Pour les établissements mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 (cf. note 1) du code de la sécurité sociale, elles seront facturées sur la base des dispositions des articles R. 162-31 et R. 162-32-1 issues du décret n° 2001-356 du 23 avril 2001 pris en application de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 23 avril 2001.

Lors de la liquidation par la caisse, l'imputation des frais au titre de la prise en charge des soins urgents pourra faire l'objet d'un contrôle a posteriori par la caisse et, s'agissant des éléments médicaux, par les services du contrôle médical.

Les établissements de santé recevront très prochainement des instructions leur permettant de facturer les soins délivrés en 2004 au titre de ce dispositif. Les soins délivrés depuis le 1^{er} janvier 2005 feront l'objet d'une instruction complémentaire.

Les prestations n'entrant pas dans le dispositif soins urgents (cf. I et II *supra*) sont facturées en totalité au patient.

IV. - DISPOSITIF DE SUIVI DES DÉPENSES PAR LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE

Un dispositif de suivi des dépenses effectivement réalisées au titre du dispositif de soins urgents de l'article L. 254-1 du CASF sera mis en place et vous en serez ultérieurement informés.

*

* *

Il est demandé aux directeurs d'établissements d'assurer l'information des services concernés et d'appeler l'attention des personnels médicaux sur les nouvelles modalités de prise en charge de cette catégorie de population. Des procédures internes doivent être instaurées pour permettre la vérification du caractère urgent des soins délivrés ainsi que l'évaluation quantitative (montant, nombre de personnes) et qualitative (nature des soins, mode de prise en charge) des soins délivrés à cette catégorie de population.

Les difficultés d'application de la présente circulaire pourront être signalées par courriel à l'adresse suivante : regles-financ-hosp@sante.gouv.fr.

*Le ministre de l'emploi,
du travail et de la cohésion sociale,*
Jean-Louis Borloo

*Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille,*
Philippe Douste-Blazy

*La ministre déléguée à l'intégration,
à l'égalité des chances
et à la lutte contre l'exclusion,*
Nelly Olin

NOTE (S) :

(1) Dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 19 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

Circulaire CNAMTS DGR n° 93/97 - ENSM n° 53/97

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés Sécurité Sociale

Date : 20/11/97

Objet : PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) DANS LE CADRE DE L'AIDE MEDICALE ETAT (AME)

Je vous prie de trouver ci-joint la *circulaire ministérielle DAS/DSS/SDF -n°97-319 du 29 Avril 1997* relative aux modalités de gestion par les organismes d'assurance maladie des I.V.G. faisant l'objet d'une prise en charge du ticket modérateur au titre de l'Aide Médicale. Destinée prioritairement aux collectivités publiques, l'instruction ministérielle a pour but : d'informer les préfets des modifications apportées dans les documents budgétaires pour permettre la gestion, par les organismes d'assurance maladie, de l'Aide Médicale accordée pour la prise en charge du ticket modérateur relatif à des frais d'IVG ; de préciser les conditions de cette prise en charge : au titre de l'assurance maladie ; au titre de l'Aide Médicale.

Seul ce dernier point concerne les organismes d'assurance maladie. La présente note se contente de synthétiser les informations qui se rapportent à ces modalités, la circulaire ministérielle étant très précise à ce sujet.

1. LES TEXTES ET INSTRUCTIONS

- article L 321.1.4° du CSS (article premier de la loi n°82.1172 du 31.12.82) prévoyant la couverture, par l'assurance maladie, des frais d'IVG pratiquée dans les conditions prévues à l'article L 162.1 du CSP (situation de détresse et délai d'intervention) ;
- article L 132.1 du CSS (article 5 de la loi du 31.12.82) instaurant le remboursement
- desdits frais par l'Etat aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale ;
- article 35.5° de la *loi n°83-663 du 22.07.83* qui met à la charge de l'Etat les frais d'Aide Médicale concernant le ticket modérateur de l'IVG ;
- loi n°92-722 du 29.07.92* réformant les conditions d'attribution de l'Aide Médicale et notamment : article 189.7 concernant l'admission immédiate ; article 187.2 concernant l'admission de plein droit ; article 188.1 en ce qu'il cite les frais d'IVG dans le champ de l'Aide Médicale ;
- décret n°54.883 du 2.09.54 modifié par le *décret n°93-648 du 26.03.93* et plus précisément : article 45.3 désignant le préfet comme décideur de la prise en charge par l'Aide Médicale du ticket modérateur relatif aux frais d'IVG et renvoyant aux articles 41.2 et 41.4 définissant les conditions d'admission à l'Aide Médicale de plein droit ou de droit commun.
- Circulaires d'application relatives à l'IVG :
 - DGR n°1405/83 du 01/03/83
 - DGR n°1418/83 -ENSM n°721/83 du 24/03/83
 - DGR n°1434/83 -ENSM n°731/83 du 05/05/83
 - DGR n°1468/83 du 04/07/83 et lettre circulaire ministérielle du 14/06/83
 - CABDIR n°9/86 du 24/01/86
 - DGR n°2104/87 du 21/07/87
 - CABDIR n°52/90 du 31/07/90
 - CABDIR n°17/91 du 13/08/91

2. PRINCIPES A RETENIR

Le secret médical s'impose dans ce type de dossier et le dispositif mis en place doit le respecter scrupuleusement ; Il s'agit d'une Aide Médicale ponctuelle strictement limitée à la prise en charge du ticket modérateur correspondant aux frais d'IVG ;

La délégation aux organismes d'assurance maladie des modalités d'attribution de cette Aide Médicale ponctuelle, entre bien dans le cadre des dispositions de l'article L 182.4 du CSS relatives à la délégation de gestion donnée conventionnellement par l'Etat auxdits organismes ;

Les procédures appliquées depuis la loi du 31.12.82 (cf. circulaires citées ci-dessus au § 1) pour la liquidation des prestations relatives à l'IVG ne sont pas modifiées par la présente mesure d'attribution de l'Aide Médicale ; L'examen des démarches d'Aide Médicale et son attribution pour la prise en charge du ticket modérateur des IVG, constitue une opération effectuée en amont des procédures de liquidation anonyme des dossiers ;

Il appartient aux organismes gestionnaires :

- d'organiser les modalités d'instruction des dossiers dans les conditions d'anonymat exigées par les situations concernées,
- de sensibiliser tout particulièrement les agents à qui seront confiées ces opérations,
- de leur rappeler les dispositions relatives au secret professionnel (article 226.13 du Code pénal et article 135 du Code de la Famille et de l'Aide Médicale (cf; circulaire ministérielle annexée page 5, 4ème alinéa) et les instructions spécifiques contenues dans les circulaires citées (DGR n°14405.83 et § II de la circulaire ministérielle du 23.2.83 - DGR n°1418/83 du 24/03/83*, § 1°) ; et circulaire ministérielle DGS/DH/DSS/97/405 du 30.05.97 transmise par circulaire *CABDIR -n°10/97 du 17.07.97)

3. MODALITES D'APPLICATION

31. Aux plans législatif, réglementaire et conventionnel

Les dossiers d'IVG reçus par les Caisses peuvent désormais comporter une demande d'Aide Médicale pour les frais de ticket modérateur. Cette demande d'Aide Médicale s'examine dans les conditions générales :

- soit d'une Aide Médicale de plein droit (titulaires de RMI ou de l'allocation veuvage ou ressources inférieures au barème d'attribution du RMI) ;
 - soit d'une Aide Médicale de droit commun, conformément aux mesures précisées par les services préfectoraux et, le cas échéant, par le protocole Préfecture-Caisse Primaire lorsque celle-ci s'est vu déléguer cette mission.
- Rappel :** le champ de délégation de l'Aide Médicale Etat concerne les seuls régimes signataires de la Convention Nationale du 9 mai 1995.

32. Au plan pratique

Les procédures mises en place par les Caisses Primaires :

- d'une part pour la vérification du droit aux prestations pour la prise en charge des IVG ;
- d'autre part, pour l'examen des demandes d'Aide Médicale Etat doivent être organisées pour que les deux opérations soient effectuées dans le respect rigoureux :
 - du secret médical en tout premier lieu ;
 - du secret professionnel en ce qui concerne l'AM ;
 - de l'anonymat lors de la liquidation des prestations relatives à l'IVG.

Les dossiers sont transmis sous pli confidentiel par les établissements d'hospitalisation au service médical qui se charge désormais des deux procédures :

- la vérification du droit à l'assurance maladie,
- l'examen du droit à l'Aide Médicale.

Outre les généralités rappelées ci-dessus § 31, et les informations figurant au § 2 de la circulaire ministérielle ci-jointe, les modalités pratiques concernant l'étude du dossier de demande d'Aide Médicale par le service médical seront explicitées par les Services des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales. Aucune enquête ne doit être effectuée au domicile de l'intéressée qui, de même, ne doit pas recevoir de notification : la décision est transmise par le service médical au Médecin Inspecteur de la Santé sous pli confidentiel portant la mention "Aide Médicale Etat". Le Ministère est informé de cette modification par rapport aux instructions figurant dans la circulaire ministérielle ci-jointe (pages 4 et 5 § 22), et introduite en vue de respecter les règles de déontologie médicale. Si, de façon tout à fait exceptionnelle, l'établissement du droit à l'assurance maladie se révélait absolument impossible, une prise en charge exclusive par l'AM peut être demandée à la DDAS.

33. Au plan statistique

Compte tenu du mode de liquidation des dossiers d'IVG, les dépenses d'Aide Médicale Etat ne pourront qu'indiquer le dénombrement et les montants correspondants à ces prises en charge.

34. Dispositions informatiques

En termes de liquidation, les dossiers sont traités :

- selon les dispositions en vigueur depuis 1983 pour l'identification : NIR national anonyme
- selon les dispositions spécifiques à l'Aide Médicale : en indiquant, dans la rubrique "Mutuelle **Temporaire**", le numéro de mutuelle nationale réservé à l'A.M.E.

35. Dispositions comptables

Les dépenses d'Aide Médicale Etat relatives au ticket modérateur des IVG doivent être enregistrées au compte actuel "45788221 - AME - Prestations", dans l'attente de la création d'un compte spécifique au 1er janvier 1998.

En effet, à cette date, le compte 45788221 sera subdivisé au plan comptable en deux sous-comptes :

- "457882211 - AME - Prestations IVG" , pour enregistrer le ticket modérateur des IVG,
- "457882218 - AME - Autres prestations".

Il est rappelé que la part "Obligatoire" des dépenses IVG reste imputée à l'un des deux comptes suivants :

- "45112731 - CNAMTS - IVG - Remboursement à l'acte",
- "45112732 - CNAMTS - IVG - Remboursement Dotation Globale".

Le Directeur Le Médecin Conseil

de la Gestion du Risque National

Jean-Paul PHELIPPEAU Hubert ALLEMAND

P.J.

MINISTERE DU TRAVAIL REPUBLIQUE FRANCAISE ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE 75507 PARIS CEDEX 15

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE Tél.: 01.44.36.90.00

SERVICE DES DROITS DES FEMMES

Le Ministre du Travail et des

Affaires Sociales

à

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

Circulaire DAS/DSS/SDF n° 97/319 en date 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.

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 nationale 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 législation 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 (article 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 L161-15-2 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'intéressé 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 (article 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.

22. 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 (article 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. 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 auxdits 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 l'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 18 à 20 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.

23. 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 (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 conventions 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°) - à 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 RV3 de la Direction de l'Action Sociale (téléphone: 01.44.36.96.75).

Pour le Ministre et par délégation, Le Directeur de la Sécurité Sociale, Raoul BRIET

Pour le Ministre et par délégation, Par empêchement du Chef de Service, l'Adjoint au Chef de Service, Danièle REFUVEILLE

Le Directeur de l'Action Sociale, Pierre GAUTHIER

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

République Française / Paris, le 17 décembre 1999

Le Directeur de Cabinet

La ministre de l'emploi et de la solidarité à

Mesdames et Messieurs les Préfets de Régions

Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales

Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse et de la Corse du sud

Direction Interrégionale de la Sécurité Sociale d'Antilles-Guyane

Direction Départementale de la Sécurité Sociale de la Réunion

Mesdames et Messieurs les Préfets de département

Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Agences Régionales d'Hospitalisation

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements de Santé participant au service public hospitalier

Monsieur le Directeur de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM N°2000/14 du 10 janvier 2000 relative à l'aide médicale de l'Etat.

Date d'application : 1er janvier 2000

Résumé : L'institution par la loi du 27 juillet 1999 de la couverture maladie universelle (CMU) s'accompagne d'une réforme de l'aide médicale. Celle-ci est, à compter du 1^{er} janvier 2000, à la charge exclusive de l'Etat. Elle est destinée à assurer l'accès aux soins des étrangers qui ne remplissent pas les conditions de résidence (stabilité ou régularité du séjour en France) leur permettant de bénéficier de la C M U (article L 380-1 du CSS). Cette prise en charge est réalisée sous les conditions de ressources de l'article L 861-1 du CSS. La gestion de l'aide médicale de l'Etat est déléguée aux caisses primaires d'assurance maladie.

Mots clés : Prise en charge des soins, étrangers, résidence en France.

Textes de référence : Titre III (Réforme de l'aide médicale) de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Textes modifiés : Circulaire DAS n°95-16 du 8 mai 1995 relative aux droits à l'aide sociale des étrangers résidant en France. Circulaire DAS/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 de l'Etat.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités d'application du Titre III de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999, qui prévoit une réforme de l'aide médicale. Une seconde circulaire viendra prochainement compléter ces instructions.

Seront successivement examinés :

- l'objet et le contenu de la nouvelle prestation d'aide médicale de l'Etat,
- les conditions d'accès à ce droit,
- la procédure d'attribution de cette prestation,
- le cas particulier de l'interruption volontaire de grossesse.

Le formulaire provisoire de demande d'Aide Médicale de l'Etat est joint en annexe

IV - L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

La prise en charge par l'AME des frais de soins et d'hospitalisation en cas d'IVG des personnes qui ne peuvent pas prétendre au bénéfice de la couverture maladie universelle de base ni de la protection complémentaire en matière de santé, est prévue par l'article 187-2 (1°) du CFAS. Cette prise en charge de l'IVG par l'AME est intégrale et donne lieu à une dispense totale d'avance des frais. L'instruction des demandes de prise en charge d'IVG par l'AME doit se fonder exclusivement sur l'examen des conditions de droit commun d'accès à l'AME : c'est-à-dire la condition de résidence en France et la condition de ressources.

Depuis 1997, la gestion des prises en charge d'IVG par l'AME est assurée par les CPAM au même titre que les autres prestations d'AME. Cette disposition est reprise dans le cadre de la nouvelle convention entre l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en application de l'article L 182-1 du CSS modifié par l'article 33-II de la loi du 27 juillet 1999.

Les services des établissements de santé et les centres de planification, constituant les dossiers de demande d'AME pour IVG, doivent par conséquent, comme par le passé, transmettre ces demandes, sous pli confidentiel, directement et exclusivement, pour instruction, au service médical de la CPAM, afin qu'elles demeurent strictement protégées par le secret médical. Après avoir vérifié le contenu du dossier de demande qui lui est transmis par l'établissement de santé, le service médical de la CPAM transmet ce dossier au médecin inspecteur de la santé publique de la DDASS, sous pli confidentiel portant la mention "AME", en indiquant sa décision de prise en charge de l'IVG au compte de l'AME. Il transmet, par ailleurs, la facture individuelle anonyme au service administratif de la CPAM pour imputation au compte de l'AME et remboursement par la CPAM à l'établissement de santé.

Il est rappelé qu'aucune enquête ne doit être effectuée au domicile de l'intéressée et que celle-ci ne doit pas recevoir de notification de la décision.

Enfin, les dispositions prévues dans les précédentes circulaires relatives à l'IVG demeurent applicables après le 1^{er} janvier 2000 en ce qui concerne la possibilité, pour l'autorité compétente, de prononcer, indépendamment de la condition de justification des ressources, **la prise en charge par l'AME, pour la part non couverte par l'assurance maladie, de toute personne se trouvant en situation de détresse matérielle ou morale et désirant garder l'anonymat.**

Pour la Ministre et par délégation, Le Directeur de Cabinet, Dominique MARCEL

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre II : Interruption volontaire de grossesse

Titre II : Dispositions pénales

Chapitre III : Entrave à l'interruption légale de grossesse

Article L2223-1

Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte la défense des droits des femmes à accéder à la contraception et à l'interruption de grossesse, peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par l'article L. 2223-2 lorsque les faits ont été commis en vue d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8.

Article L2223-2

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 17 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :

- soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;

- soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

- Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Nota : Ordonnance 2000-916 2000-09-19 art. 3 : à compter du 1er janvier 2002, dans tous les textes législatifs prévoyant des amendes ou d'autres sanctions pécuniaires ou y faisant référence, les montants exprimés en francs (200 000 F) sont remplacés par des montants exprimés en euros (30000 euros).

Le ministre chargé de la santé à

Messieurs les préfets de région

Directions régionale des affaires sanitaires et sociales

Madame et messieurs les préfets de département

Directions départementales des affaires sanitaires et sociales

Mesdames et messieurs les directeurs d'établissement

Circulaire n°DH/9C/DGS/2A/91-04 du 11 janvier 1991 relative aux mesures à prendre en cas d'occupation des locaux hospitaliers où se pratiquent les IVG

La multiplication récente des actions menées par des groupes qui occupent les unités où se pratiquent les interruptions volontaires de grossesse, bloquant le fonctionnement de ces services et dégradant le matériel, me conduit à préciser les mesures à mettre en œuvre afin de faire cesser ces troubles.

En effet, ces agissements qui entravent l'application de la loi n°75-17 du 15 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, le fonctionnement du service public hospitalier et portent atteinte aux patientes, ne sauraient être tolérés.

Il vous appartient de prendre toutes les précautions et mesures afin d'éviter ces incursions ou rétablir l'ordre.

S'agissant des mesures préventives, il est recommandé aux directeurs d'établissement d'informer l'ensemble du personnel hospitalier et médical de l'éventualité que de tels incidents se reproduisent.

De plus, dans l'hypothèse où vous pourriez avoir connaissance d'un risque d'agression, il vous appartient de mettre en place un système de sécurité assurant la protection des patients et des locaux.

En outre, les directeurs veilleront à rappeler à l'ensemble de l'encadrement de leur établissement les différentes procédures judiciaires applicables en l'espèce.

En cas d'incident, il appartiendrait aux directeurs d'établissement de faire immédiatement appel aux forces de l'ordre afin de rétablir le fonctionnement du service et de faire constater la nature des faits et relever l'identité des auteurs de troubles.

En outre, les directeurs d'établissement porteront plainte systématiquement pour toutes les infractions commises telles que destruction ou détérioration de matériel, et apporteront toutes informations utiles aux personnes victimes de préjudices désireuses de porter plainte.

Des actions civiles en réparation sont également envisageables.

Il est demandé aux chefs d'établissement de porter la présente instruction à la connaissance des responsables de services concernés et de leurs collaborateurs.

Madame et Messieurs les Préfets adresseront un rapport sur chacun des incidents pouvant subvenir, sous le double timbre de la Direction des Hôpitaux et de la Direction Générale de la santé, et veilleront à la transmission des présentes instructions aux établissements privés agréés.

Le ministre délégué à la Santé, Bruno DURIEUX

Circulaire du 27 février 1992 relative aux manifestations qui visent à paralyser le fonctionnement des centres d'interruption volontaire de grossesse

Le ministre de l'intérieur, le ministre à la santé et le secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la vie quotidienne à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales), mesdames et messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales, directions départementales des polices urbaines, mesdames et messieurs les directeurs d'établissement public de santé.

La multiplication d'actions menées par des groupes qui occupent ou tentent d'occuper les unités chargées d'appliquer la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse a déjà conduit le ministre de la santé à adresser le 11 janvier 1991 aux préfets de région, préfets de département et directeurs d'établissement une circulaire relative aux mesures à prendre en cas d'occupation des locaux hospitaliers où se pratiquent les interruptions volontaires de grossesse.

Cette circulaire recommandait aux directeurs d'établissement :

- d'informer l'ensemble du personnel médical et hospitalier de l'éventualité de tels incidents
- de mettre en place un système de sécurité assurant la protection des patientes et des locaux
- de rappeler à l'ensemble de l'encadrement de leur établissement les différentes procédures judiciaires applicables en l'espèce
- de faire immédiatement appel aux forces de l'ordre afin de rétablir le fonctionnement du service, de faire constater la nature des faits et relever l'identité des auteurs de troubles
- de porter plainte systématiquement pour toutes les infractions commises telles que destruction ou détérioration du matériel et d'apporter toutes informations utiles aux personnes désireuses de porter plainte
- de noter que des actions civiles en réparation pouvaient être envisagées

Cette circulaire demandait en outre aux préfets d'adresser un chacun des incidents pouvant subvenir, sous le double timbre de la Direction des Hôpitaux et de la Direction Générale de la santé tout en veillant à la transmission des instructions contenues dans la circulaire aux établissements privés agréés.

Un certain nombre de difficultés ont continué à se manifester, tenant à l'enregistrement des plaintes, à l'identification des auteurs ou la qualification pénale des faits commis.

Il convient de réaffirmer que les agissements de ces groupes sont intolérables et que ces derniers ne sauraient empêcher l'application d'une loi.

La présente circulaire a pour objet de coordonner l'action de toutes les autorités administratives concernées par ces manifestations en préconisant les mesures à mettre en œuvre pour faire cesser les troubles soit par des mesures préventives, soit par des instructions précises en cas d'incident.

S'agissant des mesures préventives, les recommandations rappelées plus haut de la circulaire du 11 janvier 1991 demeurent valables et doivent continuer à s'appliquer.

Les directeurs d'établissement devront accentuer leur effort d'information et de sensibilisation de tous les personnels pouvant être confrontés à ces groupes : personnel médical et hospitalier, mais aussi personnel de sécurité et d'entretien. Ils devront en particulier attirer leur attention sur l'importance et la précision des témoignages qu'ils pourront avoir à donner ultérieurement à la police lors de l'identification des manifestants et de la détermination des responsabilités pénales.

Les directeurs devront renforcer les dispositifs de sécurité et d'alerte à protéger les personnels, les patientes, les locaux et le matériel.

En cas d'irruption d'un groupe de manifestants dans un établissement, les directeurs d'établissement devront faire immédiatement appel aux forces de l'ordre pour faire évacuer les locaux et rétablir le fonctionnement du service en communiquant, dès cet appel, le maximum de renseignements utiles à une intervention rapide et appropriée.

Les directeurs d'établissement devront déposer plainte systématiquement pour ce genre d'actions au commissariat ou auprès des parquets. Il est en effet utile de rappeler que la constatation des infractions incombe aux officiers de police judiciaire et que leur qualification ou leur appréciation sera faite par les autorités judiciaires. Les directeurs d'établissement apporteront toutes informations utiles aux personnes victimes de préjudice désireuses de porter plainte et à toutes celles souhaitant témoigner. Ils devront cependant prendre toute précaution utile pour préserver l'anonymat des femmes venues subir une interruption volontaire de grossesse.

Pour leur information, les directeurs d'établissement auront copie des instructions adressées par le garde des sceaux aux procureurs généraux et aux procureurs de la République pour leur demander conseil sur la meilleure façon de donner juridiquement suite à ces faits, soit sur le plan civil, soit sur le plan pénal.

L'intervention des forces de l'ordre se fera dans les meilleures conditions de célérité. Elles adapteront leur action à la nature des établissements concernés de manière à rétablir rapidement le fonctionnement normal du service.

Les parquets seront immédiatement avisés des ces manifestations, afin de leur permettre de prendre toutes dispositions utiles.

Il convient de rappeler qu'en dehors de la voie pénale, des actions en responsabilité pourront être intentées devant les juridictions civiles, pour obtenir réparation des préjudices subis soit contre une personne physique, soit contre l'association ou le groupe qui a organisé la manifestation.

Les destinataires de la présente circulaire sont chargés d'en porter les dispositions à la connaissance des responsables des services concernés et de leurs collaborateurs, de veiller à la transmission des présentes instructions aux établissements agréés.

Le ministre de l'intérieur, Philippe Marchand

Le ministre délégué à la santé, Bruno Durieux

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la vie quotidienne, Véronique Neiertz

LOI n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social (loi Neiertz)

NOR: SPSX9200178L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel no 92-317 DC en date du 21 janvier 1993;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE II

MESURES RELATIVES A LA SANTE PUBLIQUE

Art. 36 – Le livre Ier du code de la santé publique protection générale de la santé publique est complétée par un titre IV ainsi rédigé :

Section 4

Entrave à l'interruption volontaire de grossesse

Art. L.162-15. - Sera puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2000 F à 30000 F ou de l'une de ces deux peines seulement le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L.162-3 à L.162-:

- soit en perturbant l'accès aux établissements visés à l'article L.162-2 ou la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements;
- soit en exerçant des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements ou des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse

Art. L.162-15-1. - Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte la défense des droits des femmes à accéder à la contraception et à l'avortement, peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par l'article L.162-15 lorsque les faits ont été commis en vue d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L.162-3 à L.162-8.

Art. 38. - Les deux premiers alinéas de l'article 223-12 du code pénal, dans la rédaction résultant de la loi no 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes, sont abrogés.

Aide mémoire législatif

CONTRACEPTION

Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique ¹

Loi NEUWIRTH

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

Art. 1er. - Les articles L. 648 et 649 du code de la santé publique sont abrogés. En conséquence, les mots « anticonceptionnels » et « propagande anticonceptionnelle » sont supprimés de l'intitulé du chapitre V du titre 111 du livre V du code de la santé publique (première partie).

Art. 2. - La fabrication et l'importation des contraceptifs sont autorisées dans les conditions fixées par un règlement d'administration publique.

Art. 3. - La vente des produits, médicaments et objets contraceptifs est subordonnée à une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le ministre des affaires sociales. Elle est exclusivement effectuée en pharmacie.

Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial, par décision du ministre des affaires sociales, ne sont délivrés que sur ordonnance médicale ou certificat médical de non contre-indication. Aucun produit, aucun médicament abortif ne pourra être inscrit sur ce tableau spécial.

Cette ordonnance ou ce certificat de non contre-indication sera nominatif, limité quantitativement et dans le temps, et remis, accompagné d'un bon tiré d'un carnet à souches, par le médecin au consultant lui-même.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin, dans un établissement hospitalier, un centre de soins agréé ou conformément à des conditions fixées par un règlement d'administration publique.

La vente ou la fourniture des contraceptifs aux mineurs de dix-huit ans non émancipés et des contraceptifs inscrits au tableau spécial aux mineurs de vingt et un ans non émancipés ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal.

Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application du présent article.

Art. 4. - Un règlement d'administration publique déterminera les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, ainsi que les modalités de l'agrément, par le ministre des affaires sociales, des centres de planification ou d'éducation familiale. Ces établissements et ces centres, publics ou privés, ne devront poursuivre aucun but lucratif.

La délivrance des contraceptifs est interdite dans ces établissements et ces centres.

Les pouvoirs publics reconnaissent et soutiennent la mission des associations familiales et des autres mouvements qualifiés pour la préparation lointaine et proche des jeunes au mariage et à la vie adulte, ainsi que pont l'information objective des adultes aux divers problèmes de la vie du couple, de la famille et de l'éducation des jeunes.

Art. 5. - Toute propagande antinataliste est interdite. Toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives sont interdites, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens. Un décret précisera les modalités d'application du présent article.

Art. 6. - Pour les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, un règlement d'administration publique déterminera, d'une part, les conditions de vente ou de fourniture des contraceptifs aux mineurs non émancipés et, d'autre part, les conditions dans lesquelles les établissements et centres visés aux articles 3 et 4 de la présente loi pourront délivrer des contraceptifs.

Ce règlement d'administration publique fixera les modalités d'application des autres dispositions de la présente loi à ces départements en tenant compte de leur situation particulière.

Art. 7. - I. - Sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 2.000 à 20.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement :

1° Quiconque aura, de quelque manière que ce soit, importé ou fait importer, fabriqué ou fait fabriquer, vendu ou fait vendre, fourni ou fait fournir, délivré ou fait délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs en infraction aux dispositions de l'article 2, ou des premier, deuxième et quatrième alinéas de l'article 3, ou des règlements pris pour leur application ;

2° Quiconque aura contrevenu aux dispositions de l'article 5 ou des règlements pris pour son application.

II - Toutefois, sera puni

1° d'un emprisonnement d'un an à quatre ans et d'une amende de 4.000 à 40.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement :

a) Quiconque aura, de quelque manière que ce soit, vendu ou fait vendre, fourni ou fait fournir, délivré ou fait délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs à des mineurs non émancipés en infraction aux dispositions des premier, deuxième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 3 et des textes réglementaires pris pour leur application ou pour l'application de l'article 6 ;

b) Le praticien qui aura sciemment contrevenu aux dispositions du cinquième alinéa de l'article 3 ou des textes réglementaires pris pour son application ou pour l'application de l'article 6 ;

¹ L.648 - Sera puni d'un mois à six mois de prison et d'une amende de 24000F à 120000F quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura, par l'un des moyen spécifiés à l'article 647, décrit ou divulgué, ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore facilité l'usage de ces procédés. Les mêmes peine seront applicables à quiconque, par l'un des moyens annoncés à l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881, se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité.

L.649 - Seront punies des mêmes peines les infractions visées par les articles 517, 518 et 556, lorsque les remèdes secrets sont désignées par les étiquettes, les annonces et tout autres moyen comme jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse alors même que l'indication des vertus ne serait que mensongère.

2° D'un emprisonnement de deux mois à six mois et d'une amende de 2.000 à 20.000 F ou de l'une (le ces deux peines seulement quiconque aura contrevenu aux dispositions du troisième alinéa de l'article 3 ou des premier et deuxième alinéas de l'article 4 ou des textes réglementaires pris pour leur application ou pour l'application de l'article 6.

Art. 8. - Chaque année, à l'occasion de la discussion du projet de loi de finances, le ministre des affaires sociales publiera un rapport rendant compte de l'évolution démographique du pays, ainsi que de l'application de la présente loi.

Art. 9. - Les règlements d'administration publique doivent être publiés au plus tard dans les six mois qui suivent la promulgation de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Colombey-les-Deux-Eglises, le 28 décembre 1967.

Par le Président de la République, C. DE GAULLE.

Le Premier ministre, GEORGES POMPIDOU.

Le ministre d'Etat chargé des départements et territoires d'outre-mer, PIERRE BILLOTTE.

Le garde des sceaux, ministre de La justice, LOUIS JOXE.

Le ministre des affaires sociales, JEAN-MARCEL JEANNENKY.

Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances (Loi complétant ou modifiant la loi Neuwirth)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté, le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

Art. 1er. - L'article 3 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes;
« Art. 3. - Peuvent seuls être vendus les produits, médicaments ou objets contraceptifs ayant fait l'objet d'une **autorisation de mise sur le marché** accordée par le ministre chargé de la santé publique.
« Sous réserve des dispositions prévues par le deuxième alinéa de l'article 4 de la présente loi, **la délivrance des contraceptifs est exclusivement faite en pharmacie sur prescription médicale.**
« **L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin.** Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement hospitalier ou dans un centre de soins agréé.
« Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures d'application du présent article. »

Art. 2. - Le deuxième alinéa de l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est abrogé et remplacé par la disposition suivante :
« **Les centres de planification ou d'éducation familiale agréés sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.** Dans ces cas, les frais d'analyses et d'exams de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale. Un décret précisera les modalités d'application de la présente disposition. »

Art. 3 - L'article 5 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes:
« Art. 5. - Toute propagande antinataliste est interdite. **Toute publicité commerciale concernant les contraceptifs est interdite,** sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.
« Un décret en Conseil d'état détermine les mesures d'application du présent article. »

Art. 4. - L'article 6 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes
« Art. 6. - Pour les départements d'outre-mer, un règlement d'administration publique fixe des conditions particulières de délivrance des contraceptifs et de fonctionnement des centres de planification et d'éducation familiale.

Art. 5. - I. - Le I (1°) de l'article 7. de la loi sus indiquée du 28 décembre 1967 est modifié comme suit après les mots
« en infraction »

« ... aux dispositions des articles 2 et 3 ou des règlements pris pour leur application. »

II - Le 1° du II du même article est supprimé.

III. - Le II (2°) du même article est modifié comme suit après. les mots " aura contrevenu " :

" aux dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article 4 ou des règlements pris pour son application ou pour celle de l'article 6. »

Art. 6. - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 149 du code de la santé publique sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes:

« Le centre de **protection maternelle et infantile** de circonscription comporte obligatoirement les formations sanitaires suivantes:

« Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales dans lesquelles pourront être examinés les futurs couples et les parents;

« Des consultations de médecine infantile, d'enfants du premier et du second âge ;

« Une consultation de lutte contre la stérilité . Une consultation de conseil génétique ;

« **Un centre de planification ou d'éducation familiale.**

« Ces trois dernières formations peuvent être regroupées avec les consultations prénuptiales et prénatales sous la dénomination de consultations sur les problèmes de la naissance ».

Art. 7. - Le paragraphe a de l'article L. 283 du code de la *sécurité* sociale est complété *par* les dispositions Suivantes :
« ... y compris la **couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs** et des frais d'analyses et d'exams de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 8. - Le paragraphe l° de l'article 1038 du code rural est complété par les dispositions suivantes :

« ... y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'exams de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 9. - « - Il est ajouté à l'article 8-1 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée, relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations de base comportent également la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que des frais d'analyses et d'exams de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 10. - Au chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale intitulé « Aide médicale », est inséré, entre l'article 181 et l'article 182, un article 181-1 ainsi libellé. « Art. 181-1. - L'aide médicale peut être également obtenue pour les médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que pour les analyses et exams de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives, selon une procédure particulière fixée par décret. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat. Fait à Paris, le 4 décembre 1974.

Par le Président de la République : VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Le garde des sceaux, ministre de la justice, JEAN LECANUET.

Le ministre du travail, MICHEL DURAFOUR.

Le Premier ministre, JACQUES CHIRAC.

Le ministre de l'agriculture, CHIUSTIAN BONNEI

Le ministre de la santé, SIMONE VEIL

Décret n°75-317 du 5 mai 1975 modifiant les articles R.5148 et R.5177 du code de la santé publique

Le premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre de l'agriculture, du ministre du travail et du ministre de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment son livre V,

Vu les loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, notamment l'article 4, et n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances, notamment les articles 7,8,9 et 10,

Vu le décret n°72-318 du 24 avril modifié, notamment l'article 6 portant application de l'article 4 de la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique,

Vu l'avis du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie,

Le conseil d'Etat entendu décrète :

Article 1 - Il ne peut être délivré en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois. Lorsque la prescription médicale comporte une durée de traitement supérieure, le médecin traitant, pour permettre la prise en charge de ces médicaments au titre d'un régime d'assurance maladie ou au titre de l'aide sociale, doit expressément mentionner sur l'ordonnance le nombre des renouvellements nécessaires par période maximale d'un mois dans la limite de six mois de traitement.

Toutefois, pour les médicaments contraceptifs, la délivrance peut être effectuée pour une durée de trois mois. Les renouvellements sont autorisés, à la condition qu'il en soit fait mention sur l'ordonnance et dans la limite d'un an de traitement.

Article 2 - L'article R5177 du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« Ces prescriptions ne sont pas applicables à la délivrance, dans les centres de planification ou d'éducation familiale agréés, des médicaments ou produits contraceptifs aux mineurs désirant garder le secret »

Article 3 - Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'agriculture, le ministre du travail et le ministre de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 mai 1975

Par le Premier ministre, Jacques Chirac,

La ministre de la santé, Simone Veil

Le garde des sceaux, ministre de la justice, Jean Lecanuet,

Le ministre de l'agriculture, Christian Bonnet,

Le ministre du travail, Michel Durafour

**LOI n°91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et
aux assurances sociales**

Supprime l'interdiction de la publicité pour les produits contraceptifs
NOR: SPSX9000173L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel no 90-287DC en date du 16 janvier 1991;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

**TITRE Ier
DISPOSITIONS RELATIVES A LA SANTE PUBLIQUE**

**CHAPITRE Ier
Dispositions relatives à l'amélioration de la protection de la santé publique**

Art. 7. - I. - L'article 5 de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique est ainsi rédigé:

Art. 5. - Toute publicité, sous quelque forme que ce soit, relative aux préservatifs et aux autres contraceptifs, est soumise aux dispositions de l'article L. 551 du code de la santé publique.

II. - En conséquence:

Le dernier alinéa de l'article L. 551 du code de la santé publique est supprimé;

Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 552 du même code, les mots : « à l'exclusion des objets visés au troisième alinéa de l'article L. 551 » sont supprimés.

LOI n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

NOR: MESX0000140L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu les décisions du Conseil constitutionnel no 2001-446 DC du 27 juin 2001 et no 2001-449 DC du 4 juillet 2001 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

(TITRE I AVORTEMENT)

TITRE II CONTRACEPTION

Article 21 - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : « sur prescription médicale » sont supprimés.

Article 22 - Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9 »

« L'éducation à la santé et à la sexualité »

« Art. L. 312-16. - Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret no 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

Article 23 - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6121-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées. »

Article 24 - I. - L'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 5134-1. - I. - Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

« La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

« II. - Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

« L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. »

II. - Dans l'article 2 de la loi no 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

Article 25 - L'article L. 5434-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Art. L. 5434-2. - Le fait de délivrer des contraceptifs mentionnés à l'article L. 5134-1 en infraction aux dispositions du premier alinéa du II dudit article et du 1o de l'article L. 5134-3 est puni de six mois d'emprisonnement et de 50 000 F d'amende. »

Article 26 - Le titre II du livre Ier de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III »

« Stérilisation à visée contraceptive »

« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

« - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

« Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

Article 27 - Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé : « Art. L. 2123-2. -

La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement.

« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

« Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

« Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

Article 28 - I. - Les articles 24, 25, 26 et 27 de la présente loi sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte.

II. - Dans l'article L. 372-1 du code de l'éducation, il est inséré, après la référence : « L. 312-15, », la référence : « L. 312-16, ».

III. - L'avant-dernier alinéa (3o) de l'article L. 5511-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 3o Le titre III, à l'exception du 2o de l'article L. 5134-3 ; ».

IV. - Les articles L. 5511-13 et L. 5514-2 du même code sont abrogés.

V. - A l'article L. 5514-1 du même code, les mots : « , à l'exception de l'article L. 5434-2, et » sont supprimés.

VI. - L'article L. 5511-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5511-12. - A l'article L. 5134-1, les mots : "mentionnés à l'article L. 2311-4" ne s'appliquent pas dans la collectivité territoriale de Mayotte. »

Article 29 - I. - Il est inséré, au premier alinéa de l'article L. 5521-6 du code de la santé publique, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre Ier », les mots : « , celles du I de l'article L. 5134-1 ».

II. - Il est inséré, dans l'article L. 5531-1 du même code, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre Ier », les mots : « , celles du I de l'article L. 5134-1 ».

III. - Il est créé, au titre IV du livre V de la cinquième partie du même code, un chapitre unique ainsi rédigé :

« Chapitre unique »

« Produits pharmaceutiques »

« Art. L. 5541-1. - Le I de l'article L. 5134-1 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 4 juillet 2001.

Partie réglementaire – Décrets en Conseil d'Etat

Livre I : Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques

Article R162-20-5

(Créé par Décret n°2004-1367 du 16 décembre 2004 - art. 3 JORF 18 décembre 2004)

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-2 du code de la santé publique :

" Art.R. 5123-2.-L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois indique, pour permettre la prise en charge de ce médicament, soit le nombre de renouvellements de l'exécution de la prescription par périodes maximales d'un mois ou de trois mois pour les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois, soit la durée totale de traitement, dans la limite de douze mois. **Pour les médicaments contraceptifs, le renouvellement de l'exécution de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois, quel que soit leur conditionnement.**

Pour en permettre la prise en charge, le pharmacien ne peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à trente jours selon le conditionnement. Toutefois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée dans la limite de trois mois. En outre, quel que soit leur conditionnement, les médicaments contraceptifs peuvent être délivrés pour une durée de douze semaines. "

ARRETE
Arrêté du 1er septembre 2009 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux

NOR: SASS0920356A

Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu les avis de la Commission de la transparence,

Arrêtent :

Article 1

La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux est modifiée conformément aux dispositions qui figurent en annexe.

Article 2

Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au Journal officiel de la République française.

ANNEXE

Sont inscrites sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux les spécialités suivantes.

Les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie sont, pour les spécialités visées ci-dessous, celles qui figurent à l'autorisation de mise sur le marché à la date de publication du présent arrêté :

CODE CIP	PRÉSENTATION
34009 338 538 3 9	VARNOLINE CONTINU (désogestrel, éthinyl-estradiol), comprimés pelliculés, 1 plaquette de 21 comprimés blancs et 7 comprimés verts (laboratoires SCHERING-PLOUGH)
34009 338 540 8 9	VARNOLINE CONTINU (désogestrel, éthinyl-estradiol), comprimés pelliculés, 3 plaquettes de 21 comprimés blancs et 7 comprimés verts (laboratoires SCHERING-PLOUGH)

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie législative)

Partie législative

Quatrième partie : Professions de santé

Livre Ier : Professions médicales

Titre V : Profession de sage-femme

Chapitre Ier : Conditions d'exercice

Article L4151-1

(Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V))

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie législative)

Partie législative

Quatrième partie : Professions de santé

Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers

Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre Ier : Règles liées à m'exercice de la profession

Article L4311-1

(Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 88)

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie législative)

Partie législative

Cinquième partie : Produits de santé

Livre Ier : Produits pharmaceutiques

Titre II : Médicaments à usage humain

Chapitre V : Pharmacie d'officine

Article L5125-23-1

(Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 89)

Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement.

S'agissant des contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement, s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois.

Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les catégories de médicament exclues du champ d'application du présent article sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Partie législative

Cinquième partie : Produits de santé

Livre Ier : Produits pharmaceutiques

Titre III : Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés

Chapitre IV : Contraceptifs

Article L5134-1

(Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V))

(Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 87)

I.-Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

II.-Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III.-Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception, et notamment la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

Article L5134-2

Les dispositions des articles L. 5122-1 à L. 5122-3, du premier alinéa de l'article L. 5122-6, des articles L. 5122-7, L. 5122-8, L. 5122-9 et L. 5122-11 sont applicables à la publicité pour les produits, autres que les médicaments, mentionnés à l'article L. 5134-1.

Toutefois, seules les dispositions des articles L. 5122-1, L. 5122-2, L. 5122-8 et L. 5122-9 sont applicables à la publicité pour les préservatifs.

Article L5134-3

(Modifié par Ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010 - art. 43)

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

1° Les mesures d'application de l'article L. 5134-1 ;

2° Les conditions particulières de délivrance des contraceptifs et à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

Arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux visée aux articles L. 4311-1 et L. 5125-23-1 du code de la santé publique

NOR: SASP1011948A

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4311-1 et L. 5125-23-1 ;

Vu la proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé du 19 mars 2010 ;

Vu l'avis de l'ordre national des médecins du 15 avril 2010 ;

Vu l'avis de l'ordre national des pharmaciens du 12 avril 2010,

Arrête :

Article 1

La liste des médicaments contraceptifs oraux que le pharmacien peut dispenser, en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, figure en annexe du présent arrêté.

Article 2

La liste des médicaments contraceptifs oraux dont l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, en application de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, figure en annexe du présent arrêté.

Article 3

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au Journal officiel de la République française.

ANNEXE

CODE CIS	DÉNOMINATION	TITULAIRE
60928936	ADEPAL , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
66324519	AMARANCE , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
60874367	ASSOCIATION ŒSTRO PROGESTATIVE BIPHASIQUE ETHINYLESTRADIOL LEVONORGESTREL AYERST 30-150 microgrammes/40-200 microgrammes, comprimé pelliculé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
65323581	ASSOCIATION ŒSTRO PROGESTATIVE ETHINYLESTRADIOL LEVONORGESTREL AYERST 30 microgrammes/150 microgrammes, comprimé pelliculé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
63702807	ASSOCIATION ŒSTRO PROGESTATIVE ETHINYLESTRADIOL NORGESTREL AYERST 50 microgrammes/500 microgrammes, comprimé pelliculé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
63021221	BALANCA 0,03 mg/2 mg, comprimé pelliculé	Laboratoires GRUNENTHAL
65404250	BALANCACONTINU 0,03 mg/2 mg, comprimé pelliculé	Laboratoires GRUNENTHAL
64115976	BELANETTE 0,02 mg/3 mg, comprimé pelliculé	BAYER SANTE
64875438	BELARA 0,03 mg/2 mg, comprimé pelliculé	Laboratoires GRUNENTHAL
66441440	BELARACONTINU 0,03 mg/2 mg, comprimé pelliculé	Laboratoires GRUNENTHAL
65940166	CARLIN 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	EFFIK
69715754	CARLIN 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	EFFIK
61452187	CERAZETTE 0,075 mg, comprimé pelliculé	SCHERING PLOUGH
63094828	CILEST , comprimé	JANSSEN CILAG
68259696	CONVULINE 0,03 mg/3 mg, comprimé pelliculé	BAYER SANTE
62283377	CYCLEANE 20 microgrammes, comprimé	SCHERING PLOUGH

69000020	CYCLEANE 30 microgrammes, comprimé	SCHERING PLOUGH
63941294	DAILY , comprimé enrobé	Pierre FABRE MEDICAMENT
68632558	DESOBEL 150 microgrammes/20 microgrammes, comprimé	EFFIK
67780949	DESOBEL 150 microgrammes/30 microgrammes, comprimé	EFFIK
62079905	DESOGESTREL ETHINYLESTRADIOL BIOGARAN 150 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	BIOGARAN
61419568	DESOGESTREL ETHINYLESTRADIOL BIOGARAN 150 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	BIOGARAN
66719039	DESOGESTREL ETHINYLESTRADIOL ELKA 150 microgrammes/20 microgrammes, comprimé	EFFIK
60447123	DESOGESTREL ETHINYLESTRADIOL ELKA 150 microgrammes/30 microgrammes, comprimé	EFFIK
68188295	EFEZIAL 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	MYLAN SAS
67136573	EFEZIAL 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	MYLAN SAS
69140061	EFFIPREV , comprimé	EFFIK
65600847	ELLEGESTE 60 microgrammes/15 microgrammes, comprimé pelliculé	STRAGEN FRANCE
60055916	ESGEBERTRATHINO 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	Laboratoires DELBERT
69961485	ESGEBERTRATHINO 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	Laboratoires DELBERT
69576870	ETHIGETODENBERT 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	Laboratoires DELBERT
63024438	ETHINYLESTRADIOL DROSPIRENONE BAYER 0,02 mg/3 mg, comprimé pelliculé	BAYER SANTE
62755828	ETHINYLESTRADIOL DROSPIRENONE SCHERING 0,03 mg/3 mg, comprimé pelliculé	BAYER SANTE
61109509	EVANECIA , comprimé enrobé	BIOGARAN
67006423	FELIXITA 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	LABORATOIRE THERAMEX
67960580	FELIXITA 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	LABORATOIRE THERAMEX
63591253	GESTODENE ETHINYLESTRADIOL TEVA 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	TEVA SANTE
66774427	GESTODENE ETHINYLESTRADIOL TEVA 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	TEVA SANTE
68248657	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL ACTAVIS 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	Actavis Group PTC ehf
65481446	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL ACTAVIS 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	Actavis Group PTC ehf
60072310	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL ARROW 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	ARROW GENERIQUES
66390775	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL ARROW 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	ARROW GENERIQUES
65921931	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL BIOGARAN 60 microgrammes/15 microgrammes, comprimé pelliculé	BIOGARAN
69122540	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL BIOGARAN 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	BIOGARAN
65745006	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL BIOGARAN 75 microgrammes/30	BIOGARAN

	microgrammes, comprimé enrobé	
61485148	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL EG 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	EG LABO – Laboratoires EuroGenerics
64268630	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL EG 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	EG LABO – Laboratoires EuroGenerics
60262014	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL JELFA PHARMACEUTICAL COMPANY 75 microgrammes/ 30 microgrammes, comprimé enrobé	JELFA PHARMACEUTICAL COMPANY
63565689	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL JELFA PHARMACEUTICAL COMPANY 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	JELFA PHARMACEUTICAL COMPANY
62739838	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RANBAXY 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	RANBAXY PHARMACIE GENERIQUES
66652658	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RANBAXY 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	RANBAXY PHARMACIE GENERIQUES
62524013	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	RATIOPHARM GmbH
65256983	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	RATIOPHARM GmbH
65946443	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL SANDOZ 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	SANDOZ
63894193	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL SANDOZ 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	SANDOZ
65596021	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL STRAGEN 60 microgrammes/15 microgrammes, comprimé pelliculé	STRAGEN FRANCE
66796256	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL STRAGEN FRANCE 60 microgrammes/15 microgrammes, comprimé pelliculé	STRAGEN FRANCE
65375101	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL WINTHROP 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	SANOFI AVENTIS FRANCE
65224035	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL WINTHROP 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	SANOFI AVENTIS FRANCE
69860511	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL ZYDUS 75 microgrammes/20 microgrammes, comprimé enrobé	ZYDUS FRANCE
67745738	GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL ZYDUS 75 microgrammes/30 microgrammes, comprimé enrobé	ZYDUS FRANCE
67402230	HARMONET , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
64392076	JASMINE 0,03 mg/3 mg, comprimé pelliculé	BAYER SANTE
65052799	JASMINELLE 0,02 mg/3 mg, comprimé pelliculé	BAYER SANTE
62251707	JASMINELLECONTINU 0,02 mg/3 mg, comprimé pelliculé	BAYER SANTE
66819566	LEELOO 0,1 mg/0,02 mg, comprimé enrobé	LABORATOIRE THERAMEX
66595328	LUDEAL 0,15 mg/0,03 mg, comprimé enrobé	Pierre FABRE MEDICAMENT
61294680	MELIANE , comprimé enrobé	BAYER SANTE
67136370	MELODIA , comprimé pelliculé	BAYER SANTE
69374160	MERCILON , comprimé	SCHERING PLOUGH
68486929	MICROVAL , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
60093678	MILLIGYNON , comprimé	BAYER SANTE
63615576	MINESSE , comprimé pelliculé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
64558256	MINIDRIL , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
63019156	MINIPHASE , comprimé enrobé	BAYER SANTE
65316156	MINULET , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE

63973210	MIRTINU 30 microgrammes/150 microgrammes, comprimé pelliculé	DISTRIRETI
64333341	MONEVA , comprimé enrobé	BAYER SANTE
67286676	NOVANTICA 20/150 microgrammes, comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
69571250	NOVANTICA 30/150 microgrammes, comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
62436435	ORTHO-NOVUM 1/35, comprimé	JANSSEN CILAG
66288222	PACILIA , comprimé enrobé	BIOGARAN
65154252	PERLEANE , comprimé enrobé	BIOGARAN
68291007	PHAEVA , comprimé enrobé	BAYER SANTE
67361246	QLAIRA , comprimé pelliculé	BAYER SANTE
60812999	SINOVULON 20/150 microgrammes, comprimé enrobé	Laboratoires JENAPHARM GmbH
64478002	SINOVULON 30/150 microgrammes, comprimé enrobé	Laboratoires JENAPHARM GmbH
62660134	STEDIRIL , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
67588571	SYLVIANE , comprimé pelliculé	BAYER SANTE
65878330	TRI MINULET , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
68322762	TRIAFEMI , comprimé	EFFIK
60409368	TRICILEST , comprimé	JANSSEN CILAG
60845351	TRIELLA , comprimé	JANSSEN CILAG
61848286	TRINORDIOL , comprimé enrobé	WYETH PHARMACEUTICALS FRANCE
69797801	VARNOLINE CONTINU , comprimé pelliculé	SCHERING PLOUGH
69480950	VARNOLINE , comprimé	SCHERING PLOUGH
61727306	YAZ 0,02 mg/3 mg, comprimé pelliculé	BAYER SANTE

Fait à Paris, le 25 mai 2010.

Roselyne Bachelot-Narquin

Décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique

NOR: ETSH1132763D

Publics concernés : infirmiers et infirmières exerçant, notamment, dans les établissements de santé, les établissements d'enseignement du second degré, les services départementaux de protection maternelle et infantile, les centres de planification ou d'éducation familiale ou en libéral.

Objet : traçabilité du renouvellement des prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, par les infirmiers ou les infirmières diplômés d'Etat.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice explicative : le décret prévoit les modalités pratiques du renouvellement par les infirmiers et infirmières diplômés d'Etat des prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux qui ne figurent pas sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les infirmiers et infirmières devront effectuer le renouvellement sur l'ordonnance médicale originale et apposer leur cachet, la mention « renouvellement infirmier » ainsi que la durée et la date à laquelle a été effectué le renouvellement.

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://legifrance.gouv.fr>). Ce texte est pris pour l'application de l'article 88 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4311-1 et L. 4423-1 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 9 novembre 2011,

Décète :

Article 1

Après l'article R. 4311-15 du code de la santé publique, il est inséré un article D. 4311-15-1 ainsi rédigé :

« Art. D. 4311-15-1.-Lorsque l'infirmier ou l'infirmière procède au renouvellement d'une prescription de médicaments contraceptifs oraux dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il ou elle inscrit sur l'original de l'ordonnance médicale les indications suivantes :

- 1° Son nom, son prénom et le numéro obtenu lors de l'enregistrement prévu à l'article L. 4311-15 ;
- 2° La mention " Renouvellement infirmier " ;
- 3° La durée de ce renouvellement, exprimée en mois et qui ne peut excéder six mois ;
- 4° La date à laquelle ce renouvellement est effectué. »

Article 2

Le titre II du livre IV de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III

« Auxiliaires médicaux

« Art. D. 4423-1.-L'article D. 4311-15-1 est applicable à Wallis-et-Futuna. »

Article 3

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration et le ministre du travail, de l'emploi et de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 10 janvier 2012.

Par le Premier ministre : François Fillon

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, Claude Guéant

DECRET

Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien

NOR: AFSP1205409D

Publics concernés : pharmaciens d'officine, infirmières, patientes.

Objet : possibilité offerte au pharmacien, pour permettre la poursuite d'un traitement contraceptif, de dispenser, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois, les contraceptifs oraux figurant sur une ordonnance datant de moins d'un an, dont la durée de validité a expiré.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret précise que le pharmacien peut procéder à une dispensation supplémentaire de contraceptif oral en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique après s'être assuré que l'ordonnance date de moins d'un an et que le contraceptif oral n'a pas été inscrit sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en vue de l'exclure du dispositif. Cette dispensation ne peut intervenir que lorsque la totalité des contraceptifs prescrits a été délivrée. Le pharmacien doit par ailleurs s'assurer que la dispensation supplémentaire à laquelle il procède, sur renouvellement de la prescription par l'infirmière, ou à son initiative, ou du fait de l'une et l'autre pratiques, n'excède pas au total six mois. Le décret autorise enfin le pharmacien à délivrer les contraceptifs oraux faisant l'objet d'un renouvellement par une infirmière.

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>). Le décret est pris pour l'application de l'article 89 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4311-1 et L. 5125-23-1 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Article 1

Au chapitre IV du titre III du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique, il est inséré après la section 1 une section 1 bis intitulée « Dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien » ainsi rédigée :

« Art. R. 5134-4-1. - Afin de permettre la poursuite d'un traitement contraceptif lorsque la totalité des contraceptifs prescrits a été délivrée, le pharmacien peut dispenser, pour une durée qui ne peut excéder six mois, les contraceptifs oraux mentionnés sur l'ordonnance, si :

« 1° Le contraceptif visé ne figure pas sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 ;

« 2° L'ordonnance date de moins d'un an.

« La durée de dispensation supplémentaire réalisée par le pharmacien soit sur renouvellement de la prescription par l'infirmier en vertu de l'article L. 4311-1, soit sur son initiative dans le cadre du présent article, soit cumulativement par l'un et l'autre, ne peut excéder au total six mois.

« Art. R. 5134-4-2. - Lorsque le pharmacien dispense des contraceptifs en application de l'article R. 5134-4-1 :

« 1° Il ne peut, en application de l'article R. 5132-12 et dans les conditions fixées à l'alinéa 1 de l'article R. 5132-14, délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à trois mois ;

« 2° Il doit procéder à l'enregistrement de cette délivrance dans les conditions fixées à l'alinéa 2 de l'article R. 5132-14 ;

« 3° Il doit porter sur l'original de l'ordonnance, outre les mentions obligatoires prévues à l'article R. 5132-13, la mention "dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux" et en préciser la durée. »

« Art. R. 5134-4-3. - Le pharmacien doit informer l'intéressée du caractère non renouvelable au-delà de 6 mois de ce mode de dispensation et de la nécessité de consulter un médecin ou une sage-femme, si elle envisage de poursuivre une contraception médicamenteuse. »

Article 2

A la fin de l'article R. 5132-6 du code de la santé publique, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils délivrent également les contraceptifs oraux faisant l'objet d'un renouvellement de prescription par un infirmier en application des dispositions de l'article L. 4311-1. »

Article 3

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 17 juillet 2012. - Jean-Marc Ayrault, Par le Premier ministre - La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine

LOI n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence (1)

Délivrance de la contraception d'urgence sans prescription obligatoire

NOR : MESX0004381L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er} - L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à prescription obligatoire.

« Afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse, ils peuvent être prescrits ou délivrés aux mineures désirant garder le secret. Leur délivrance aux mineures s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon les conditions définies par décret.

« Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical. »

Article 2 - Avant le 31 décembre 2002, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan de l'application du cinquième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique autorisant les infirmières scolaires à administrer une contraception d'urgence aux élèves mineures et majeures ainsi que de la délivrance à titre gratuit dans les pharmacies d'une contraception d'urgence aux mineures.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 13 décembre 2000.

Par le Président de la République, Jacques Chirac

Le Premier ministre, Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre de l'éducation nationale, Jack Lang

Le ministre de l'agriculture et de la pêche, Jean Glavany

La ministre déléguée à la famille et à l'enfance, Ségolène Royal

Le ministre délégué à l'enseignement professionnel, Jean-Luc Mélenchon

La secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, Dominique Gillot

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, Nicole Péry

(1) Travaux préparatoires : loi n°2000-1209.

Assemblée nationale :

Proposition de loi n°2567 ;

Rapport de Mme Hélène Mignon, au nom de la commission des affaires culturelles, no 2588 ;

Rapport d'information de Mme Marie-Françoise Clergeau, au nom de la délégation aux droits des femmes, no 2593 ;

Discussion et adoption, après déclaration d'urgence, le 5 octobre 2000.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n°12 (2000-2001) ;

Rapport de M. Lucien Neuwirth, au nom de la commission des affaires sociales, n°49 (2000-2001) ;

Rapport d'information de Mme Janine Bardou, au nom de la délégation aux droits des femmes, no 43 (2000-2001) ;

Discussion et adoption le 31 octobre 2000.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n°2686 ;

Rapport de Mme Hélène Mignon, au nom de la commission mixte paritaire, n°2734 ;

Discussion et adoption le 28 novembre 2000.

Sénat :

Rapport de M. Lucien Neuwirth, au nom de la commission mixte paritaire, n°87 (2000-2001) ;

Discussion et adoption le 30 novembre 2000.

J.O. Numéro 289 du 14 Décembre 2000 page 19830

Arrêté du 20 mars 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics

NOR : MESS0121142A

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-17-1 ;
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 5121-1 (5°), L. 5121-8, L. 5123-2 et L. 5123-3 ;
Vu le code général des impôts, notamment l'article 281 ;
Vu le décret no 82-253 du 16 mars 1982 portant application de l'article L. 619 du code de la santé publique ;
Vu les avis de la Commission de la transparence,
Arrêtent :

Art. 1er. - La liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics est modifiée conformément aux dispositions qui figurent en annexe.

Art. 2. - Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 20 mars 2001.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Pour la ministre et par délégation : Par empêchement du directeur de la sécurité sociale : Le sous-directeur du financement du système de soins, P. Ricordeau
Le ministre délégué à la santé, Pour le ministre et par délégation : Par empêchement du directeur général de la santé : L'administratrice civile, H. Sainte-Marie

A N N E X E

PREMIERE PARTIE

(7 inscriptions)

Sont inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et divers services publics les spécialités suivantes :

354 362-3 Actonel 5 mg (acide risédronique), comprimés pelliculés (B/28) (laboratoires Procter & Gamble Pharmaceuticals France).

354 366-9 Actonel 30 mg (acide risédronique), comprimés pelliculés (B/28) (laboratoires Procter & Gamble Pharmaceuticals France).

349 575-2 **Norlevo** 750 microgrammes (lévonorgestrel), comprimés (B/2) (laboratoires HRA Pharma).

561 339-7 **Norlevo** 750 microgrammes (lévonorgestrel), comprimés (B/10) (laboratoires HRA Pharma).

561 342-8 **Norlevo** 750 microgrammes (lévonorgestrel), comprimés (B/100) (laboratoires HRA Pharma).

346 500-1 Premarin 0,625 mg (estrogènes sulfoconjugués équins), comprimés enrobés (B/28) (laboratoires Wyeth Lederlé).

346 499-3 Premarin 1,25 mg (estrogènes sulfoconjugués équins), comprimés enrobés (B/28) (laboratoires Wyeth Lederlé).

J.O. Numéro 75 du 29 Mars 2001 page 4892

Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

Protocole d'accord de la délivrance de la contraception d'urgence en milieu scolaire
NOR : MENE0100458D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'éducation nationale et du ministre de l'agriculture et de la pêche,
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 4161-1, L. 4311-1, L. 5134-1 et L. 6211-8 ;
Vu le code de l'éducation ;
Vu l'avis du Conseil supérieur de l'éducation du 19 janvier 2001 ;
Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement agricole du 6 février 2001,
Décrète :

Art. 1er. - Les conditions dans lesquelles une contraception d'urgence peut être administrée aux élèves des établissements d'enseignement du second degré, en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, sont déterminées par le protocole national annexé au présent décret.

Art. 2. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'éducation nationale, le ministre de l'agriculture et de la pêche, la ministre déléguée à la famille et à l'enfance, le ministre délégué à la santé, le ministre délégué à l'enseignement professionnel et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 27 mars 2001.

Par le Premier ministre, Lionel Jospin
Le ministre de l'éducation nationale, Jack Lang
La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou
Le ministre de l'agriculture et de la pêche, Jean Glavany
La ministre déléguée à la famille et à l'enfance, Ségolène Royal
Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner
Le ministre délégué à l'enseignement professionnel, Jean-Luc Mélenchon
La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, Nicole Péry

**ANNEXE
PROTOCOLE NATIONAL SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN MILIEU SCOLAIRE**

Le présent protocole détermine les modalités d'administration de la contraception d'urgence non soumise à prescription obligatoire aux élèves externes et internes des établissements d'enseignement du second degré. Il appartient à ces établissements de respecter les dispositions suivantes et d'adapter en conséquence leur mode de fonctionnement :

1. Peuvent administrer cette contraception d'urgence les infirmières et les infirmiers rattachés à un établissement et y disposant d'un local permettant le respect de la confidentialité.

2. Toute décision concernant l'administration d'une contraception d'urgence doit être précédée d'un entretien avec l'élève, qu'elle soit mineure ou majeure.

Cet entretien doit permettre à l'infirmière ou à l'infirmier d'apprécier si la situation de l'élève correspond aux critères d'urgence et de détresse caractérisée prévus par le cinquième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique et aux conditions d'utilisation prévues par l'autorisation de mise sur le marché.

Chaque fois, il sera indiqué à l'élève que la contraception d'urgence ne constitue pas une méthode régulière de contraception et qu'elle peut ne pas être efficace dans tous les cas. Elle sera également informée que ce médicament ne saurait lui être administré de manière répétée et que son usage ne peut être banalisé.

Lorsque les indications du médicament ne permettent plus l'administration d'une contraception d'urgence, l'élève devra impérativement être orientée vers un centre de planification ou d'éducation familiale, l'hôpital ou un médecin généraliste ou gynécologue en cas de retard de règles.

3. La mise en place d'une éventuelle contraception d'urgence suppose de prendre en compte deux types de situations :

L'élève mineure :

L'infirmière ou l'infirmier recherche les modalités les plus appropriées en fonction de l'âge et de la personnalité de l'élève aux fins d'informer celle-ci des différentes possibilités de contraception d'urgence, de lui indiquer les structures existantes pour se procurer de tels médicaments (pharmacie, centre de planification ou d'éducation familiale) et de lui proposer d'entrer en contact avec un médecin. L'infirmière ou l'infirmier propose également à l'élève, qui peut le

refuser, de s'entretenir avec l'un des titulaires de l'autorité parentale ou avec son représentant légal de la démarche d'aide et de conseil mise en œuvre.

Si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée, l'infirmière ou l'infirmier pourra, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée à un âge précoce.

Il conviendra dans ce cas de s'assurer de la prise effective par l'élève du médicament et du respect de la posologie.

L'élève majeure :

L'infirmière ou l'infirmier informe l'élève des différentes possibilités d'accès à la contraception d'urgence (médecin, pharmacie, centre de planification ou d'éducation familiale, urgences hospitalières) en l'aidant si nécessaire à prendre rapidement un rendez-vous et lui propose d'entrer en contact avec sa famille.

Si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée, l'infirmière ou l'infirmier pourra, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée.

4. L'administration de ce médicament doit faire l'objet de la part de l'infirmière ou de l'infirmier d'un compte rendu écrit, daté et signé sur le « cahier de l'infirmière » ou tout autre document prévu à cet effet dans l'établissement.

A la fin de chaque année scolaire, l'infirmière ou l'infirmier, quel que soit son établissement d'exercice, établit et adresse à l'infirmière ou à l'infirmier conseiller technique auprès de l'inspecteur d'académie pour les établissements relevant du ministère de l'éducation nationale et à la direction régionale de l'agriculture et de la forêt pour les établissements relevant du ministère de l'agriculture et de la pêche un état faisant apparaître le nombre de demandes de ce médicament de la part des élèves mineures et majeures, ainsi que le nombre d'élèves auxquelles une contraception d'urgence a été administrée ainsi que le nombre d'élèves mineures et majeures orientées vers d'autres structures.

5. L'infirmière ou l'infirmier organise un suivi de chaque élève à laquelle une contraception d'urgence a été administrée. Dans tous les cas, il lui appartient de veiller à la mise en œuvre d'un accompagnement psychologique de l'élève et d'un suivi médical par un centre de planification ou d'éducation familiale, ou d'un médecin traitant ou spécialiste visant à :

- s'assurer de l'efficacité de la contraception d'urgence, notamment en conseillant un test de grossesse lorsqu'il est constaté un retard de règles ;
- prévenir les maladies sexuellement transmissibles et le sida, notamment en vue d'un dépistage et, éventuellement, d'un traitement précoce ; discuter d'une méthode de contraception régulière adaptée à son cas.

Arrêté du 8 août 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux

NOR : MESS0122885A

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-17, L. 162-17-1, R. 161-50, R. 163-2 à R. 163-7 et R. 322-1 ;
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 5121-1 (5o), L. 5121-8, L. 5121-13 et L. 5123-1 ;
Vu les avis de la Commission de la transparence,
Arrêtent :

Art. 1er. - La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux est modifiée conformément aux dispositions qui figurent en annexe.

Art. 2. - Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 8 août 2001.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Pour la ministre et par délégation : Par empêchement du directeur de la sécurité sociale : Le chef de service de la sécurité sociale, D. Libault
Le ministre délégué à la santé, Pour le ministre et par délégation : Par empêchement du directeur général de la santé : Le chef de service, P. Penaud

ANNEXE

I. - Sont inscrites sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux les spécialités suivantes, pour lesquelles le taux de participation de l'assuré est prévu au 6o du deuxième alinéa de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale:

Les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie sont, pour les spécialités visées ci-dessous, celles qui figurent à l'autorisation de mise sur le marché.

le tableau dans le JO n° 190 du 18/08/2001 page 13304 à 13305

CODE CIP	PRESENTATION
356 844-5	Amoxicilline Merck 1 g, comprimés dispersibles (B/3) (laboratoires Merck Génériques)
356 845-1	Amoxicilline Merck 1 g, comprimés dispersibles (B/6) (laboratoires Merck Génériques)
356 846-8	Amoxicilline Merck 1 g, comprimés dispersibles (B/14) (laboratoires Merck Génériques)
365 017-1	Glucophage 1 000 mg (chlorhydrate de metformine), comprimés pelliculés (B/30) (laboratoires Lipha Santé)
349 575-2	Norlevo 750 microgrammes (lévonorgestrel), comprimés (B/2) (laboratoires HRA Pharma)
354 899-7	Sotalol G GAM 80 mg, comprimés sécables (B/30) (laboratoires G GAM)
354 931-8	Sotalol G GAM 160 mg, comprimés sécables (B/30) (laboratoires G GAM)
354 947-1	Velosuline 100 UI/ml (insuline humaine recombinante), solution injectable pour perfusion, 10 ml en flacon (B/1) (laboratoires Novo Nordisk Pharmaceutique SA)
354 867-8	Zamudol 50 mg (chlorhydrate de tramadol), gélules (B/30) (laboratoires Asta Medica)

Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence

Délivrance gratuite et sans prescription de la contraception d'urgence en pharmacie pour les mineures, sur simple déclaration

NOR : MESP0123909D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 5134-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 221-1 et L. 262-1 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés du 25 juillet 2001,

Décète :

Art. 1er. - La délivrance aux mineures des médicaments indiqués dans la contraception d'urgence et non soumis à prescription médicale obligatoire tels que définis au deuxième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est effectuée dans les conditions définies à l'article R. 5015-48 et au quatrième alinéa de l'article R. 5089-9 du même code. La délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cette information est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Le pharmacien communique également à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche.

Art. 2. - La minorité à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance prévue à l'article L. 5134-1 est justifiée par la simple déclaration orale faite au pharmacien par l'intéressée.

Art. 3. - Lorsque la délivrance à une mineure de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence a été effectuée, le pharmacien adresse à la caisse d'assurance maladie dont il dépend une facture établie sur une feuille de soins ne comportant pas l'identification de l'assuré et du bénéficiaire et utilisant un support papier, sur laquelle est collée la vignette de la boîte délivrée. Cet envoi peut faire l'objet d'une transmission électronique.

Art. 4. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique au plus tard avant le 1er décembre de chaque année au ministère chargé de la sécurité sociale le nombre de boîtes de médicaments mentionnés à l'article 1er délivrées à des mineures et facturées aux caisses d'assurance maladie entre le 1er septembre de l'année précédente et le 31 août de l'année en cours.

Art. 5. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 9 janvier 2002.

Par le Premier ministre, Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Laurent Fabius

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

La secrétaire d'Etat au budget, Florence Parly

J.O. Numéro 8 du 10 Janvier 2002 page 590

DECRET

Décret n° 2012-910 du 24 juillet 2012 relatif à la délivrance de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

NOR: AFSP1203688D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 831-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 5134-1 et L. 5134-3 ;

Vu le décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 1er février 2012 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - Section 2 : Contraception d'urgence dans les ét... (V)
- Crée Code de la santé publique - art. D5134-10-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. D5134-5 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. D5134-8 (V)

Article 2

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. R5124-45 (V)

Article 3

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. R5132-11 (V)

Article 4

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Décret n°2008-1026 du 7 octobre 2008 - art. 2 (V)

Article 5

Les dispositions de l'article 2 du décret du 7 octobre 2008 susvisé peuvent être modifiées par décret.

Article 6

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 24 juillet 2012.

Par le Premier ministre : Jean-Marc Ayrault

La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, Geneviève Fioraso

LOI n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
« Chapitre III »
« Stérilisation à visée contraceptive »

« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

« - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

« Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

« Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement.

« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

« Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

« Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

Décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article L. 2123-2 du code de la santé publique

Stérilisation à visée contraceptive

NOR : MESP0221262D

Version consolidée au 27 mai 2003

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code civil, et notamment ses articles 492 et 508 ;

Vu le nouveau code de procédure civile ;

Vu le code de la santé publique, et notamment son article L. 2123-2 ;

Vu le décret n° 89-271 du 12 avril 1989 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils à l'intérieur des départements d'outre-mer entre la métropole et ces départements, pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre ;

Vu le décret n° 90-437 du 28 mars 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain ;

Vu l'avis du conseil général de Mayotte en date du 15 février 2002 ;

Vu l'avis du conseil général de Saint-Pierre-et-Miquelon en date du 18 février 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1 (abrogé)

Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003

Article 2 (abrogé)

Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003

Article 3 (abrogé)

Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003

Article 4 (abrogé)

Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003

Article 5 (abrogé)

Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003

Article 6 (abrogé)

Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003

Article 7 (abrogé)

Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003

Article 8

Le présent décret est applicable à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes :

1° A l'article 1er, les mots : "dans chaque région" sont remplacés par les mots : "à Mayotte" ;

2° L'article 2 est rédigé comme suit :

"Le comité d'experts comprend :

"1° Un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique ;

"2° Un médecin psychiatre ;

"3° Un représentant d'une association de personnes mentionnées à l'article L. 2123-2 du code de la santé publique.

"Le représentant de l'Etat à Mayotte désigne les membres du comité par arrêté." ;

3° A l'article 4, les mots : "cinq membres" sont remplacés par les mots : "trois membres" ;

4° A l'article 5, les mots : "direction régionale des affaires sanitaires et sociales" sont remplacés par les mots : "direction des affaires sanitaires et sociales".

Article 9 (abrogé)

Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003

Article 10

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice,

Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur,

Daniel Vaillant

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,

Christian Paul

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle,

Nicole Péry

Circulaire DGS/DS 6D n°2003-71 du 13 février 2003 relative à la mise en œuvre de l'article 27 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Décret n°2002-779 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article L.2123-2 du code de la santé publique et relatif à l'élargissement du champ des méthodes contraceptives

Stérilisation à visée contraceptive pour les personnes handicapées

NOR : SANP0330076C

(Texte non paru au Journal officiel)

Date d'application : immédiate.

Textes de référence :

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002) ; Circulaire n° 2001-467 du 28 septembre 2001.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) Je vous rappelle la nécessité de constituer au niveau régional (DRASS) les comités d'experts prévus par l'article L. 2123-2 du code de la santé publique et dont les modalités sont définies par le décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002).

Un certain nombre de ces instances est actuellement en cours de mise en place. A cette occasion, je vous précise ci-après, en complément des informations fournies par ma circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001, les grands principes régissant la stérilisation à visée contraceptive, désormais encadrée par la loi, ainsi que les règles afférentes à la constitution, à la saisine et au fonctionnement des comités d'experts.

1. La stérilisation à visée contraceptive : la mise en œuvre de l'article 2123-1 du code de la santé publique

L'article 26 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 élargit le champ des méthodes contraceptives par la reconnaissance de la stérilisation par ligature des trompes ou des canaux déférents pour les personnes majeures qui le souhaitent. La loi reconnaît un droit général personnel à cette intervention.

Cette pratique est entourée de garanties : une information est donnée par le médecin sur les risques et les conséquences de l'intervention, les méthodes susceptibles d'être envisagées. Le médecin vérifie l'existence d'une volonté libre, motivée et délibérée. L'intervention ne peut être réalisée qu'après un délai de réflexion de quatre mois et confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir l'intervention.

Les praticiens qui, pour des raisons de conscience, estiment ne pas devoir intervenir, sont tenus d'adresser la personne majeure à un autre praticien.

Un livret d'information à l'intention des personnes souhaitant accéder à cette intervention sera prochainement diffusé.

2. La mise en place d'un dispositif en faveur des personnes dont les facultés mentales sont altérées : décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article L. 2123-2 du code de la santé publique

2.1. Les dispositions légales

Le législateur a souhaité assortir la reconnaissance d'un droit général à la stérilisation volontaire, de dispositions protectrices spécifiques des droits et des intérêts des personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle (art. 27).

Les dispositions du décret visent à permettre à une catégorie de personnes particulièrement vulnérables, clairement identifiées sur le plan juridique, de bénéficier d'une intervention médicale considérée comme légitime par la loi, en prévoyant des garanties importantes de protection à leur égard.

Pour ces personnes placées sous un régime de protection légale, la demande émane des intéressés eux-mêmes ou d'un tiers, ce qui soulève la question de la validité du consentement de la personne concernée. En l'absence d'un consentement libre et éclairé valide de la part des intéressés et face aux difficultés inhérentes au consentement pour autrui lorsque c'est un tiers qui fait la demande, seul un motif médical impérieux peut justifier une stérilisation : une contre-indication formelle aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. En tout état de cause, le refus de la personne protégée fait obstacle à l'intervention. En outre, le processus de décision fait l'objet d'un encadrement très strict : l'intervention est subordonnée à l'autorisation du juge des tutelles, qui se prononce après consultation d'un comité d'experts et recherche systématique d'un consentement de la personne intéressée.

2.2. Les dispositions réglementaires : la constitution et le fonctionnement du comité d'experts

Le décret précité du 3 mai 2002 fixe les conditions d'application du dispositif : l'échelon de constitution, la composition et les modalités de réunion du comité d'experts.

Compte tenu du rôle attribué au comité par le législateur, le texte indique les moyens mis à la disposition de cette instance pour jouer son rôle d'expertise en toute rigueur et indépendance, en précisant les qualifications indispensables requises par sa mission et l'échelon de constitution compatible avec le niveau d'expérimentation souhaitable. Ce texte fixe en outre les modalités de délibération de ses membres.

2.2.1. Un comité pluridisciplinaire

La présence au sein du comité de deux gynécologues obstétriciens, d'un médecin psychiatre, et la possibilité pour cette instance de consulter tout praticien ou tout professionnel dont la qualification est requise doivent permettre au comité de remplir sa mission légale :

Il vérifie qu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement, s'assure que des solutions alternatives à la stérilisation à visée contraceptive ont été recherchées.

A cet égard, il convient d'observer que les progrès techniques accomplis dans le domaine des contraceptifs (implants contraceptifs, par exemple) restreignent toujours plus le champ des contre-indications ou impossibilités susmentionnées. La procédure prévue dans le cadre du dispositif protecteur spécifique mis en place est donc susceptible d'aboutir, dans un nombre non négligeable de situations, à constater qu'une demande de stérilisation n'est pas justifiée au regard des critères légaux.

Le comité procède, en outre, à l'évaluation des risques potentiels prévisibles de l'intervention sur les plans physique et psychologique.

2.2.2. Une instance consultative

Les modalités de fonctionnement du comité d'experts ne confèrent aucun caractère autoritaire à l'intervention de cette instance. Elles sont au contraire articulées autour du caractère consultatif donné par la loi au comité. Son expertise ne peut intervenir que sur demande du juge des tutelles, garant des droits et intérêts des personnes majeures, et ce dernier est le seul destinataire de l'avis émis.

Il convient de rappeler que ni le juge, ni le comité n'est habilité à engager une démarche en vue de la stérilisation à visée contraceptive d'une personne relevant de l'article L. 2123-2 du code de la santé publique, mais que celle-ci résulte d'une demande de l'intéressé ou de son représentant légal.

2.2.3. L'association de la personne concernée à la procédure

En prévoyant l'audition de la personne concernée par une stérilisation, le dispositif s'inscrit dans un cadre législatif qui associe la personne concernée à toutes les étapes de la procédure et admet que le refus de cette dernière fait obstacle à toute intervention. Cette audition doit permettre au comité d'assurer son rôle d'écoute, d'information et d'évaluation ; elle apparaît importante pour permettre une bonne appréciation des risques et des conséquences de l'intervention pour l'intéressé, du degré d'information et de compréhension du patient.

Vous voudrez bien me tenir informé de toute difficulté que vous seriez amené à constater, tant en ce qui concerne la constitution des comités que leur fonctionnement.

Le chef de service, Docteur Y. Coquin

Circulaire DGS/MC1 n°2008-13 du 21 janvier 2008 relative à la mise en œuvre des dispositions des articles L.2123-1 et L.2123-2 du code de la santé publique relatives à la stérilisation à visée contraceptive. Fonctionnement des comités d'experts prévus par l'article L.2123-2 du code de la santé publique

NOR : SJSP0830014C

Date d'application : immédiate.

Références :

Articles L. 2123-1 et L. 2123-2 du code de la santé publique (articles 26 et 27 de la loi no 2001-588 du 4 juillet 2001) ;

Articles R. 2123-1 à R. 2123-7 du code de la santé publique (décret no 2002-779 du 3 mai 2002, JO du 5 mai 2002) ;

Circulaire no 2001-467 du 28 septembre 2001, circulaire DGS/SD 6D no 2003-71 du 13 février 2003.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexe : un tableau d'activité du comité régional d'experts - années 2005-2006-2007 (art. L. 2123-2 du code de la santé publique).

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

1. Les dispositifs et les données relatives aux actes réalisés

1.1. L'autorisation de la stérilisation à visée contraceptive

La loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé la stérilisation à visée contraceptive pour les personnes majeures. Les articles L. 2123-1 et L. 2123-2 du code de la santé publique, issus des articles 26 et 27 de ce texte, ont précisé les modalités de mise en œuvre de l'intervention.

1.2. Les données relatives aux actes réalisés

Le recours à cette technique a connu une progression régulière au cours des dernières années (données ATIH) :

- 2003 : 19 500 actes (dont, femmes : 18 300, soit 93,3 % des actes/hommes : 1 200) ;
- 2004 : 20 750 actes (dont, femmes : 19 500, soit 94 % des actes/hommes : 1 250), soit, + 6,4 %/ 2003 ;
- 2005 : 22 500 actes (dont, femmes : 21 000, soit 93,3 % des actes/hommes : 1 500), soit, + 8,4 %/ 2004 ;
- 2006 : 24 700 actes (dont, femmes : 23 100, 93,5 % des actes/hommes : 1 600), soit + 9,7 %/2005.

2. La mise en œuvre de l'article L. 2123-1 du code de la santé publique

La loi reconnaît un droit général personnel à cette intervention. Cette pratique est entourée de garanties : une information est donnée par le médecin sur les risques et les conséquences de l'intervention, les techniques de stérilisation susceptibles d'être envisagées. Le médecin vérifie l'existence d'une volonté libre, motivée et délibérée. L'intervention ne peut être réalisée qu'après un délai de réflexion de quatre mois et confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir l'intervention.

Les praticiens, qui pour des raisons de conscience, estiment ne pas devoir intervenir, sont tenus d'adresser la personne majeure à un autre praticien.

Une nouvelle diffusion du livret d'information, dont la remise est prévue par la loi à l'intention des personnes souhaitant accéder à cette intervention, est en cours de réalisation.

3. La mise en œuvre de l'article L. 2123-2 du code de la santé publique

La loi a assorti la reconnaissance du droit général à la stérilisation volontaire de dispositions protectrices spécifiques des droits et des intérêts des personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle.

Il convient de rappeler qu'en l'absence d'un consentement libre et éclairé valide de la part des intéressés et face aux difficultés inhérentes au consentement pour autrui lorsque c'est un tiers qui fait la demande, seul un motif médical impérieux peut justifier une stérilisation les concernant : une contre-indication formelle aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. En tout état de cause, le refus de la personne protégée fait obstacle à l'intervention. En outre, le processus de décision fait l'objet d'un encadrement très strict : l'intervention est subordonnée à l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce après consultation d'un comité d'experts et recherche systématique d'un consentement de la personne intéressée. Cet encadrement est décrit par les articles R. 2123-1 à R. 2123-7 du code de la santé publique qui précisent les modalités de constitution, le rôle et le fonctionnement des comités d'experts dont les directions régionales des affaires sanitaires et sociales assurent le secrétariat.

Dans le cadre de leurs missions et préalablement à l'émission de leur avis, les comités :

- vérifient qu'il existe une contre-indication médicale absolue aux autres méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement et s'assurent que des solutions alternatives à la stérilisation à visée contraceptive ont été recherchées ;
- procèdent à l'évaluation des risques potentiels prévisibles de l'intervention sur les plans physique et psychologique.

Une connaissance du fonctionnement effectif de ce dispositif concernant des personnes tout particulièrement vulnérables apparaît importante. Il semble donc nécessaire d'évaluer, s'agissant de cette population :

- l'efficacité de la protection assurée aux intéressés dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif ;
- les difficultés éventuelles rencontrées, d'une part, par les patients, d'autre part, par les professionnels ou les représentants d'associations, membres des comités, enfin, par les DRASS dans le cadre du fonctionnement du

dispositif ;

- l'adaptation du dispositif aux besoins des personnes concernées.

A cet effet, les DRASS voudront bien faire parvenir avant le 29 février 2008, à la direction générale de la santé, sous-direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques, bureau MC1, à l'attention de B. Boisseau-Mérieau (tél : 01-40-56-56-22), des éléments d'information quantitatifs et qualitatifs.

Les éléments quantitatifs seront fournis en renseignant le tableau joint en annexe.

Les éléments qualitatifs demandés sont les suivants :

- toutes informations relatives à la mise en œuvre du dispositif : une appréciation qualitative sur son fonctionnement, la nature des difficultés éventuellement rencontrées, tant dans le fonctionnement des comités que vis-à-vis des personnes concernées, des propositions éventuelles ;

- une copie du dernier arrêté de nomination des membres du comité.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact avec le bureau MC1 de la direction générale de la santé (Béatrice Boisseau-Mérieau, courriel : beatrice.boisseau-merieau@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
Pr D. Houssin

ANNEXE
ACTIVITÉ DU COMITÉ RÉGIONAL D'EXPERTS (ANNÉES 2005, 2006, 2007)
(art. L. 2123-2 du code de la santé publique)

Nom de la région :

	2005	2006	2007
Nombre de réunions du comité d'experts			
Nombre de situations examinées par le comité d'experts			
Nombre d'avis favorables émis par le comité d'experts			
Nombre d'avis défavorables émis par le comité d'experts			
Date de mise en place du dernier comité régional d'experts :			

ANNEXE I
(CIRCULAIRE 13 DU 21 JANVIER 2008 A 1)
ACTIVITÉ DU COMITÉ RÉGIONAL D'EXPERTS (ANNÉES 2005, 2006, 2007)
(Art. L. 2123-2 du code de la santé publique)

Nom de la région :

	2005	2006	2007
Nombre de réunions du comité d'experts			
Nombre de situations examinées par le comité d'experts			
Nombre d'avis favorables émis par le comité d'experts			
Nombre d'avis défavorables émis par le comité d'experts			
Date de mise en place du dernier comité régional d'experts :			

Arrêté du 31 octobre 2012 relatif aux conditions de prises en charge du dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique Essure de la société Conceptus SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

NOR: AFSS1238412A

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 165-1 à L. 165-5 et R. 165-1 à R. 165-30 ;
Vu l'avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé,
Arrêtent :

Article 1

Au titre III de la liste des produits et prestations remboursables, chapitre 1er, section 8, dans la rubrique « Implant pour stérilisation tubaire », la rubrique « société CONCEPTUS » est modifiée comme suit :

CODE	NOMENCLATURE
3159669	Société CONCEPTUS SAS (CONCEPTUS)
	Indications :
	La prise en charge du dispositif ESSURE est assurée pour les femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible.
	Modalités de prescription et d'utilisation :
	L'indication globale de stérilisation (ligature tubaire ou ESSURE) doit être posée après discussion entre la patiente et son chirurgien. Le choix de la technique doit prendre en compte l'âge de la femme, la parité, l'âge du dernier enfant, le nombre d'IVG le cas échéant, la contre-indication aux méthodes de contraception, la stabilité du couple et le moment de la demande (la période post-partum ou post-IVG n'est pas le meilleur moment).
	ESSURE est destiné à la femme n'ayant plus de désir de maternité, ayant reçu un dossier d'information écrit et ayant observé un délai de réflexion de quatre mois, ayant donné un consentement écrit et éclairé, selon les conditions de conformité de l'article L. 2123-1 du code de la santé publique, et utilisant une contraception efficace pendant trois mois après la pose.
	ESSURE doit être posé par un gynécologue obstétricien. Il doit avoir une bonne maîtrise de la pratique de l'hystérocopie opératoire et de la pose de l'implant, justifiant d'un apprentissage auprès d'un praticien expérimenté (> 5 femmes) et d'une réalisation d'au moins cinq procédures par an.
	La pose doit avoir lieu dans des conditions d'asepsie de bloc opératoire, dans un établissement de santé avec proximité d'un environnement chirurgical.
	Précautions d'emploi :
	<ul style="list-style-type: none"> — ne poser ESSURE qu'en cas de bonne visualisation des ostia lors de la procédure ; — s'assurer de l'absence de toute infection gynécologique notamment toute cervicite aiguë non traitée ; — s'assurer de la bonne perméabilité tubaire devant un antécédent de salpingite ou d'une infertilité d'origine tubaire ; — poser ESSURE pendant la première moitié du cycle après vérification d'une absence de grossesse par un test de grossesse ; — éviter une pose concomitante à une prise régulière de corticostéroïdes ; — contrôler par un abdomen sans préparation, au bout de trois mois et avant l'arrêt de la contraception, le bon positionnement d'ESSURE (un abdomen sans préparation peut être réalisé après la pose d'ESSURE en cas de difficulté au moment de la pose) ; — par mesure de précaution, ne pas utiliser chez les femmes avec une intolérance avérée au Nickel.
	Contre-indications :

	<ul style="list-style-type: none"> – ne pas poser ESSURE suite à une naissance ou une interruption de grossesse datant de moins de six semaines ; – incertitude quant au souhait d’interrompre sa fertilité ; – grossesse avérée ou suspectée ; – cervicites aiguës en cours ; – saignements anormaux non explorés.
	Implant pour stérilisation tubaire, CONCEPTUS, ESSURE, boîte de 2 implants.
	Référence prise en charge : ESS305 contenant 2 kits à usage unique, stériles (poignée de fonctionnement, un cathéter porteur et l’implant à l’extrémité) et deux introducteurs avec valve anti-retour. Date de fin de prise en charge : 15 juillet 2017.

Article 2

Le présent arrêté prend effet à compter du treizième jour suivant la date de sa publication au Journal officiel.

Article 3

Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l’exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 31 octobre 2012.

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Pour la ministre et par délégation : La sous-directrice du financement du système de soins,
K. Julienne

La sous-directrice de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins,
C. Choma

Le ministre délégué auprès du ministre de l’économie et des finances, chargé du budget,

Pour le ministre et par délégation : La sous-directrice du financement du système de soins, K. Julienne

Aide mémoire législatif

Centres de planification

Décret en Conseil d'Etat 72-318 du 24/04/1972 portant application de l'art.4 de la loi 6711 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre de l'intérieur, du ministre du travail, de l'emploi et de la population et du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, et notamment son article 4 ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décète :

TITRE I^{er}

Des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

Art. 1^{er}. — Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ne doivent poursuivre aucun but lucratif. Ils ne doivent faire appel pour la direction et l'encadrement ainsi que pour leur personnel technique à aucune personne

ayant été condamnée pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ou pour une infraction à la loi susvisée du 28 décembre 1967 ou aux textes pris pour son application.

Ils ne doivent faire appel qu'à des personnes qui possèdent les aptitudes nécessaires et ont reçu une formation appropriée.

Il leur est interdit d'exercer les activités définies au c de l'article 4 du présent décret.

Art. 2. — Les personnes physiques ou morales qui créent ou gèrent les établissements mentionnés à l'article 1^{er} ci-dessus doivent faire à la préfecture du siège de ceux-ci, avant l'ouverture, une déclaration indiquant l'adresse, les noms et qualités des personnels de direction et d'encadrement ainsi que du personnel technique et les activités desdits établissements. Les changements dans ces personnels et ces activités doivent faire l'objet d'une déclaration préalable.

La déclaration contient tous les éléments permettant d'apprécier si l'établissement remplit les conditions prévues à l'article 1^{er} ci-dessus, et notamment celles qui sont relatives à l'aptitude et à la formation des personnes auxquelles l'établissement fait appel. Un arrêté du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale précise ces éléments.

L'administration peut demander tous renseignements et procéder à toutes vérifications pour s'assurer que lesdites conditions sont et demeurent observées.

Art. 3. — Les établissements existant à la date de publication du présent décret doivent dans un délai de trois mois se mettre en règle avec les dispositions des articles 1^{er} et 2 dudit décret.

TITRE II

Des centres de planification ou d'éducation familiale.

Art. 4. — Est subordonnée à un agrément administratif préalable l'ouverture des centres qui, sous quelque dénomination que ce soit, exercent au profit de leurs adhérents ou du public les activités suivantes :

- a) Education familiale (problèmes des rapports conjugaux, stérilité involontaire, maternité, accouchement, etc.) ;
- b) Information sur les méthodes de régulation des naissances ;
- c) Consultations et interventions en vue de faciliter ou de régulariser les naissances.

Art. 5. — L'agrément est donné par le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Celui-ci peut déléguer ce pouvoir au préfet du département du siège du centre.

Art. 6. — L'agrément est donné aux centres qui offrent, notamment par la qualification de leur personnel en matière de régulation des naissances et d'éducation familiale, des garanties suffisantes pour la santé et la moralité publiques.

Il ne peut être donné qu'aux centres qui remplissent les conditions suivantes :

- a) Etre créés par des personnes morales de droit public ou de droit privé ;
- b) Ne poursuivre aucun but lucratif ;
- c) Exercer concurremment les activités énumérées à l'article 4 du présent décret ;
- d) Etre dirigés par un médecin qualifié en gynécologie ou en obstétrique possédant une compétence correspondant à la mission éducative de ces centres et spécialement agréé à cet effet ;
- e) Ne comprendre dans leur personnel de direction et d'encadrement ainsi que dans leur personnel technique aucune personne ayant été condamnée pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ou pour une infraction à la loi susvisée du 28 décembre 1967 ou aux textes pris pour son application ;
- f) S'assurer le concours d'un personnel compétent comprenant au minimum, outre le directeur :

- Un médecin qualifié en psychiatrie ;
- Une sage-femme diplômée d'Etat ;
- Une assistante sociale diplômée d'Etat ou autorisée ;
- Une personne compétente en matière de conseil conjugal et familial ;

g) Remplir les conditions techniques d'installation et de fonctionnement fixées par arrêté du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale ;

h) Etre dotés d'un règlement intérieur.

Art. 7. — La délivrance des contraceptifs, que ce soit à titre onéreux ou gratuit, est interdite dans les centres.

Les centres doivent fournir chaque année un rapport sur leur fonctionnement technique, administratif et financier.

Tout nouveau directeur doit être agréé.

TEXTE PARTIELLEMENT ABROGE: ART. 7 (AL.1), TITRE II (ART. 4 A 11)

Publié(e) au Journal officiel "Lois et Décrets" du 26/04/1972 page 4369

Donne lieu à agrément préalable tout changement essentiel dans l'activité, l'installation, l'organisation et le fonctionnement du centre ainsi que tout changement dans le personnel défini au f de l'article ci-dessus.

Les centres sont soumis au contrôle de l'administration ; le contrôle est exercé par le préfet du département du siège du centre.

Art. 8. — Si un centre cesse de remplir les conditions ou d'observer les prescriptions énumérées aux articles 6 et 7 du présent décret ou refuse de se soumettre au contrôle de l'administration, le préfet met le centre en demeure de se mettre en règle avec la loi dans un délai qu'il fixe à cet effet. Faute par le centre de le faire, le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale peut suspendre ou retirer l'agrément. En cas d'urgence, le préfet peut suspendre l'agrément sans mise en demeure préalable.

Art. 9. — Les centres existant à la date de publication du présent décret peuvent poursuivre leurs activités sous réserve de présenter dans un délai de six mois courant à compter de la même date une demande d'agrément.

L'agrément leur est accordé ou refusé dans les conditions prévues au présent titre, dont les dispositions leur sont applicables.

Art. 10. — Un arrêté du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale fixera :

La composition du dossier de demande d'agrément des centres créés ainsi que des changements envisagés dans ceux-ci ;

Les conditions techniques d'installation et de fonctionnement des centres ;

La procédure d'agrément du médecin directeur.

Art. 11. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur, le ministre du travail, de l'emploi et de la population, le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale et le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 24 avril 1972.

JACQUES CHABAN-DELMAS.

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé publique
et de la sécurité sociale,

ROBERT BOULIN.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
RENÉ PLEVEN.

Le ministre de l'intérieur,
RAYMOND MARCELLIN.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la population,
JOSEPH FONTANET.

Le secrétaire d'Etat à l'action sociale
et à la réadaptation,
MARIE-MADELEINE DIENESCH.

Suite

Arrêté du 2 avril 1972 : conditions techniques pour poser un DIU dans les établissements et les cabinets médicaux agréés (pris en charge par la sécurité sociale)

ABROGE

Arrêté du 27 novembre 1972 relatif à la formation du personnel des centres de planification

Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

Le ministre de la santé publique,

Vu la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique ;

Vu le décret n° 72-318 du 24 avril 1972 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 4 de la loi susvisée, et notamment son titre I^{er},

Arrête :

Art. 1^{er}. — La déclaration prévue à l'article 2 du décret susvisé du 24 avril 1972 doit comporter les éléments suivants :

1° Nom et adresse de la personne morale ou physique faisant la déclaration.

Lorsque la demande émane d'une personne morale privée, cette demande doit être accompagnée de la liste des membres de son conseil d'administration et de ses statuts.

2° Les noms, adresses et qualités des personnels de direction et d'encadrement ainsi que des personnels techniques qui doivent exercer dans l'établissement.

3° L'indication détaillée, notamment quant aux horaires, des activités qui sont exercées dans l'établissement.

Art. 2. — L'aptitude et la formation des personnels techniques sont appréciées par le préfet, après avis de la commission régionale prévue à l'article 3, selon les diverses activités et en fonction des critères suivants :

1° Les personnes exerçant des activités de conseil conjugal et familial auprès d'individus, de couples ou de groupes de jeunes ou d'adultes devront, après avoir été sélectionnées à partir d'un travail de groupe permettant l'évaluation des aptitudes, avoir reçu une formation de base comprenant une formation psychosociologique et une formation théorique et pratique en rapport avec les activités exercées et comportant un minimum de 200 heures, complétée par une formation continue. Ces personnes sont soumises à une supervision ;

2° Les personnes n'assurant que des activités d'information familiale auprès des individus, des familles et des groupes d'adultes devront, après examen de leurs aptitudes, avoir reçu une formation de base appropriée aux activités exercées, ou avoir acquis une expérience confirmée de deux années au moins, complétée, dans les deux cas, par une formation continue. Ces personnes sont soumises à un stage d'adaptation à la fonction d'une durée minimum d'un an.

Art. 3. — Pour s'assurer que les conditions fixées par les articles 1^{er} et 2 ci-dessus sont et demeurent observées, le préfet reçoit l'avis d'une commission régionale dont la composition est la suivante :

Le chef du service régional de l'action sanitaire et sociale ;
Le médecin inspecteur régional de la santé ;
Le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale ;
Le médecin inspecteur départemental de la santé intéressé ;
Une assistante sociale ;
Un représentant des unions départementales des associations familiales réunies en conférence régionale ;
Deux conseillers conjugaux et familiaux dont l'un assurant des activités auprès de groupes ;
Un formateur en conseil conjugal et familial.

Art. 4. — Le directeur de l'action sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 27 novembre 1972.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de l'action sociale,
RENÉ LENOIR.

Arrêté du 24 octobre 1980 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale : agrément des centres, formation du personnel 120h et 400h

ABROGE

Arrêté interministériel du 20 octobre 1986 modifiant l'arrêté du 24 octobre 1980 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale

ABROGE

LOI n°90-86 du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé

Extension des missions des centres de planification ou d'éducation familiale : dépistage et traitement des IST

NOR: SPSX8900124L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

Art. 50. - Après l'article 6 de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, il est inséré un article 6bis ainsi rédigé:

« Art. 6 bis. - Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale agréés peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent, à titre gratuit et de manière anonyme, le dépistage et le traitement de ces maladies en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie versées par un régime légal ou réglementaire. Un décret pris après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France fixe les modalités d'application du présent article. Ce même décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie »

LOI no 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social

Etend à tous les centres de planification les missions reconnues dans la loi du 23 janvier 1990

NOR: SPSX9100176L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

C HAPITRE Ier
Mesures relatives à l'action sociale et à la santé

Art. 21. - I. - Dans la première phrase du cinquième alinéa de l'article 4 ainsi que dans la première phrase de l'article 6bis de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique, le mot: <<agréés>> est supprimé.

II. - Le troisième alinéa de l'article 4 de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 précitée est ainsi rédigé:

« Les conditions de fonctionnement et de contrôle de tous centres de planification ou d'éducation familiale ainsi que les conditions d'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale ne relevant pas d'une collectivité publique sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

Décret no 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale

L'extension des missions des centres de planification contenue dans l'art.5 de la loi n°90-86 du 23 janvier 1990 concernant les mineurs et les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie versées par un régime légal ou réglementaire devient effective par le présent décret

NOR: SANP9201506D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L.150, L.162-4 et L.757;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L.162-14-1, L.162-14-4, L.162-17, L.162-18, L.162-38, L.322-2, L.322-3, L.615-15, L.757 et R.315-1;

Vu la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique modifiée, et notamment ses articles 4 et 6bis;

Vu les articles 13 et 14 de la loi no 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse;

Vu le décret no 72-318 du 24 avril 1972 portant application de l'article 4 de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique modifié;

Vu le décret no 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier modifié;

Vu le décret no 85-894 du 14 août 1985 relatif aux modalités d'établissement par le département de statistiques en matière d'action sociale et de santé;

Vu le décret no 86-565 du 14 mars 1986 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales;

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en date du 5 juillet 1990;

Vu l'avis du Comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 2 avril 1992;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 14 avril 1992;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu, Décrète:

Section 1 Dispositions générales

Art. 1er. - Les centres de planification ou d'éducation familiale relèvent de collectivités publiques ou d'organismes privés ne poursuivant pas un but lucratif.

Ils exercent les activités suivantes:

1) Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité;

2) Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés;

3) Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial;

4) Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L.162-4 du code de la santé publique;

5) Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.

Seuls peuvent être dénommés centres d'éducation ou de planification familiale les centres qui exercent l'ensemble de ces activités et remplissent les conditions fixées par la présente section.

Art. 2. - La création ou l'extension des centres ne relevant pas d'une collectivité publique sont, conformément au deuxième alinéa de l'article 4 de la loi du 28 décembre 1967 susvisée, soumises à un agrément préalable délivré par le président du conseil général.

L'agrément ne peut être donné qu'aux centres remplissant les conditions fixées par les articles 1er, 3 et 4.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la composition du dossier de demande d'agrément.

Art. 3. - Les centres doivent remplir les conditions suivantes:

1) Etre dirigés par un médecin soit spécialiste qualifié en gynécologie-obstétrique, soit titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la reproduction et gynécologie médicale, soit compétent qualifié en gynécologie ou en obstétrique; en cas d'impossibilité de recruter un médecin remplissant ces conditions, une dérogation peut être accordée par le préfet, après avis du médecin inspecteur départemental de la santé, à un médecin justifiant de connaissances particulières en gynécologie et en régulation des naissances;

2) Disposer au minimum pour leurs consultations, et de façon permanente, d'une personne compétente en matière de conseil conjugal et familial;

3) S'assurer, si les besoins de la population l'exigent, le concours d'une sage-femme, d'un infirmier ou d'une infirmière, d'un assistant ou d'une assistante de service social et d'un psychologue;

4) Ne comprendre dans leur personnel de direction et d'encadrement ainsi que dans leur personnel technique aucune personne ayant été condamnée pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ou pour une infraction à la loi susvisée du 28 décembre 1967 ou aux textes pris pour son application;

5) Satisfaire aux conditions techniques d'installation et de fonctionnement fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 4. - Lorsque le centre délivre à titre gratuit aux personnes mentionnées au cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 28 décembre 1967 susvisée des médicaments, produits ou objets contraceptifs, il doit s'assurer le concours d'un pharmacien. Si le centre relève d'un établissement de santé, ce pharmacien est le responsable de la pharmacie de

l'établissement. Dans les autres cas, le pharmacien doit être inscrit au tableau D de l'ordre. A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le préfet, après avis du pharmacien inspecteur régional, à gérer et à délivrer directement des médicaments, produits ou objets contraceptifs aux personnes mentionnées au premier alinéa.

Art. 5. - Sans préjudice des dispositions de l'article 10 ci-après, le contrôle de l'activité des centres prévu au troisième alinéa de l'article 4 de la loi du 28 décembre 1967 susvisée a lieu sur pièces et sur place; il est assuré par le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile ou par un médecin de ce service délégué par le médecin responsable.

Art. 6. - Les centres doivent porter sans délai à la connaissance du président du conseil général les modifications intervenues en ce qui concerne leurs personnels, leurs activités et leurs installations. Ils doivent fournir au président du conseil général un rapport annuel sur leur fonctionnement technique, administratif et financier. Les centres doivent adresser au médecin responsable du service départemental de la protection maternelle et infantile les documents statistiques nécessaires, notamment à l'établissement des états définis par l'article 3 du décret susvisé du 14 août 1985.

Art. 7. - Si un centre ne remplit pas ou cesse de remplir les conditions énumérées aux articles 1er, 3 et 4, ou refuse de se soumettre au contrôle prévu par l'article 5, le président du conseil général le met en demeure de se conformer aux prescriptions de ces articles dans un délai maximum de trois mois. Dans le cas où il n'a pas été satisfait aux injonctions du président du conseil général, le centre perd sa dénomination et, s'il a passé convention avec le département en application de l'article L.150 du code de la santé publique, cette convention est résiliée. Lorsqu'il s'agit de centres ne relevant pas d'une collectivité publique, le président du conseil général procède au retrait de l'agrément.

Section 2

Dispositions applicables au dépistage et au traitement de certaines maladies sexuellement transmissibles

Art. 8. - En application de l'article 6bis de la loi du 28 décembre 1967 susvisée, les centres peuvent inclure dans leurs activités, à l'occasion des consultations relatives à la maîtrise de la fécondité:

1) Le dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine; 2o Le dépistage et le traitement de la chlamydie, de la gonococcie et des vaginites aiguës. Le dépistage des maladies mentionnées au présent article a lieu, soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci, sur proposition du médecin qui fait connaître les résultats des examens au cours d'une consultation médicale ultérieure.

Art. 9. - Tout centre qui décide d'exercer les activités de dépistage ou de traitement mentionnées à l'article 8 est tenu d'en faire la déclaration auprès du préfet du département, qui en informe le président du conseil général, en justifiant:

1) De la présence permanente d'un médecin ayant la formation requise pour procéder aux investigations cliniques et biologiques préalables à l'établissement d'un diagnostic;

2) De l'accès à un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé en application des dispositions de l'article L.757 du code de la santé publique ou d'un laboratoire d'un établissement public de santé suffisamment proche pour que les prélèvements ne soient pas affectés par leur transport, qui doit s'effectuer dans des conditions garantissant leur préservation. Si ces prescriptions ne sont pas respectées, le préfet met le centre en demeure, après avis du médecin inspecteur départemental de la santé, de s'y conformer dans le délai qu'il fixe; à défaut, le centre doit cesser immédiatement de procéder au dépistage et aux traitements mentionnés à l'article 8.

Art. 10. - Les activités de dépistage et de traitement mentionnées à l'article 8 sont soumises au contrôle prévu par le premier alinéa de l'article 16 du décret du 14 mars 1986 susvisé. Le contrôle médical défini à l'article R.315-1 du code de la sécurité sociale s'exerce sur les appréciations et les prescriptions des médecins des centres qui participent aux activités mentionnées à l'article 8.

Art. 11. - Lorsque les centres délivrent à titre gratuit aux personnes mentionnées à l'article 6bis de la loi du 28 décembre 1967 susvisée des médicaments en vue du traitement des maladies mentionnées au 2o de l'article 8, ils doivent s'assurer le concours d'un pharmacien. Si ces centres relèvent d'un établissement de santé, ce pharmacien est le responsable de la pharmacie de l'établissement. Dans les autres cas, le pharmacien doit être inscrit au tableau de la section D de l'ordre. A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le préfet, après avis du pharmacien inspecteur régional, à gérer et à délivrer directement ces médicaments aux personnes mentionnées au premier alinéa.

Art. 12. - Dans le cadre de la surveillance épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles effectuée au niveau national, les centres qui exercent les activités mentionnées à l'article 8 ont l'obligation de remplir, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, un recueil standardisé de données individuelles anonymes, faisant l'objet d'un état récapitulatif transmis chaque trimestre au préfet.

Art. 13. - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat), au livre Ier, titre VI, chapitre II, une section 9 ainsi rédigée:

« Section 9

« Dispositions relatives aux centres de planification ou d'éducation familiale

« Art. R. 162-55. - Les dépenses afférentes aux analyses et examens de laboratoires ainsi que les dépenses afférentes aux frais pharmaceutiques exposés à l'occasion du dépistage et du traitement de maladies sexuellement transmissibles effectués dans les centres de planification familiale, conformément à l'article 8 du décret no 92-784 du 6 août 1992, sont déterminées par application des frais et tarifs servant de base à leur remboursement par les organismes d'assurance maladie tels qu'ils résultent des articles L.162-14-1 (2°), L.162-14-4 (2°), L.162-17, L.162-18 et L.162-38.

« Art. R.162-56. - Sous réserve des dispositions de l'article R.162-57, les dépenses définies à l'article R.162-55 sont à

la charge des consultants dans les conditions prévues par les articles L.322-2, L.322-3 et L.615-15.

« Art. R.162-57. - Pour les mineurs qui en font la demande et les personnes qui ne bénéficient à aucun titre de prestations d'assurance maladie versées par un régime légal ou réglementaire, sont prises en charge, à concurrence de 30p. 100 par l'Etat et de 70p. 100 par les organismes d'assurance maladie, les dépenses suivantes, déterminées selon les modalités fixées à l'article R.162-55:

« 1) Analyses et examens de laboratoires nécessaires au dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et des maladies mentionnées au 2o de l'article 8 du décret no 92-784 du 6 août 1992;

<<2) Frais pharmaceutiques entraînés par le traitement des maladies mentionnées au 2o de l'article 8 du même décret.

« L'identité des intéressés ne pourra en aucun cas être enregistrée ni communiquée à quiconque, et aucune demande de paiement ne pourra leur être présentée.

« Art. R.162-58. - Pour l'application de l'article R.162-57, la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se trouvent les centres concernés est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

« La caisse procède chaque trimestre au règlement des paiements sur la base des états justificatifs des prestations effectuées au cours de la période considérée.

« La répartition entre les régimes de la part prise en charge par l'assurance maladie en application de l'article R.162-57 est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée. Lorsque le centre concerné relève d'un établissement de santé, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie est déterminée conformément aux dispositions du décret no 83-744 du 11 août 1983.

« Les modalités de versement de la participation de l'assurance maladie peuvent être fixées par voie de convention entre le centre et les organismes de sécurité sociale intéressés. »

Art. 14. - Le préfet du département procède chaque trimestre au versement de la part des dépenses de dépistage et de traitement prises en charge par l'Etat, telle qu'elle est déterminée par l'article R.162-57 du code de la sécurité sociale, sur la base des justificatifs des prestations effectuées au cours de la période considérée.

Section 3 Dispositions diverses

Art. 15. - Le 4o de l'article R.5115-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes:

« 4) A ce que les mêmes établissements fournissent aux centres de planification ou d'éducation familiale, sur commande écrite du directeur ou du pharmacien du centre ou du médecin autorisé par le préfet, les médicaments, produits ou objets contraceptifs que les centres distribuent en application de l'article 4 de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 ainsi que les médicaments que les centres distribuent en application de l'article 6 bis de la même loi. »

Art. 16. - Les centres de planification ou d'éducation familiale existant à la date de publication du présent décret et qui ne relèvent pas d'une collectivité publique peuvent poursuivre leurs activités sous réserve de présenter, dans un délai de six mois courant à compter de la même date, une demande d'agrément au président du conseil général. L'agrément leur est accordé ou refusé dans les conditions prévues à la section 1 du présent décret, dont les dispositions leur sont applicables.

Art. 17. - Le titre II du décret du 24 avril 1972 susvisé est abrogé.

Art. 18. - Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre de l'économie et des finances, le ministre du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre de la santé et de l'action humanitaire, le secrétaire d'Etat aux collectivités locales, le secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la consommation et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 6 août 1992.

Par le Premier ministre: PIERRE BEREGOVY

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire, BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, PAUL QUILES

Le ministre de l'économie et des finances, MICHEL SAPIN

Le ministre du budget, MICHEL CHARASSE

Le ministre de l'agriculture et de la forêt, LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, RENE TEULADE

Le secrétaire d'Etat aux collectivités locales, JEAN-PIERRE SUEUR

Le secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la consommation, VERONIQUE NEIERTZ

Le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, LAURENT CATHALA

Arrêté du 5 novembre 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale

NOR: SPSC9202948A

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés,

Vu la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 modifiée relative à la régulation des naissances;

Vu le décret no 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale,

Arrêtent:

Art. 1er. - Le dossier d'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale, ne relevant pas d'une collectivité publique doit comprendre les pièces suivantes:

1. Une demande émanant du représentant de l'organisme privé, muni des pouvoirs nécessaires.

2. La demande devra être accompagnée:

- de la liste des membres du conseil d'administration et des statuts de l'organisme;
- de la liste des personnels techniques et administratifs qui doivent exercer dans ce centre accompagnée, pour chacun d'eux, d'un extrait de casier judiciaire et de la mention de ses diplômes, de ses titres et de ses activités;
- de tous les documents financiers, notamment du budget prévisionnel;
- du règlement intérieur du centre, qui précisera les jours et heures d'ouverture, et les modes prévus de fonctionnement, notamment les heures de synthèse. Ce règlement intérieur sera élaboré en concertation avec le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile;
- de l'adresse de l'immeuble où est situé le centre ainsi que le plan des locaux avec l'indication de leur affectation;
- des adresses de laboratoires d'analyses avec lesquels le centre passera convention pour le traitement des examens biologiques nécessaires aux activités de planification familiale.

Art. 2. - L'instruction du dossier de demande d'agrément est confiée au médecin responsable du service de protection maternelle et infantile du département du lieu d'implantation du centre.

Le médecin responsable du service de protection maternelle et infantile adresse au président du conseil général du département le dossier instruit et revêtu de son avis.

Art. 3. - Le refus d'agrément du président du conseil général doit être motivé. L'agrément ou le refus d'agrément sont notifiés par lettre recommandée avec accusé de réception.

Art. 4. - L'avis du président du conseil général concernant la création ou l'extension d'un centre de planification ou d'éducation familiale relevant d'une collectivité publique, prévu par l'article 4 de la loi du 28 décembre 1967 susvisée, est précédé de la remise par la collectivité publique concernée:

- de la liste des personnels techniques et administratifs qui doivent exercer dans ce centre, mentionnant leurs diplômes, leurs titres et leurs fonctions;
- du descriptif des installations destinées aux activités concernées;
- du règlement intérieur du centre tel que défini au dernier alinéa de l'article 1er du présent arrêté.

Art. 5. - Les locaux des centres de planification ou d'éducation familiale, qu'ils relèvent d'une collectivité publique ou d'un organisme privé, doivent être conformes aux règlements de sécurité et avoir reçu l'avis de conformité délivré par la commission de sécurité du département. Ils doivent satisfaire au règlement sanitaire du département.

Ils doivent être correctement éclairés, aérés, chauffés et disposer des installations et du matériel nécessaires aux consultations gynécologiques. Le centre doit disposer d'une réserve à pharmacie fermant à clé.

La disposition des locaux doit permettre l'exercice de toutes les activités définies à l'article 1er du décret no 92-874 du 6 août 1992 susvisé.

Art. 6. - Chaque consultant doit posséder un dossier individuel. Ce dossier comporte le relevé des examens cliniques et biologiques et leurs résultats.

Ces dossiers, régulièrement mis à jour, sont classés dans un meuble fermant à clé; un médecin désigné en a la responsabilité.

Art. 7. - Les locaux et l'organisation du travail du centre doivent permettre le respect des règles du secret professionnel.

Art. 8. - L'arrêté du 29 août 1975 donnant délégation aux préfets pour l'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale et le titre II de l'arrêté du 24 octobre 1980 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale sont abrogés.

Art. 9. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 novembre 1992.

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire, BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, LAURENT CATHALA

Décret n°93-454 du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial

NOR: SPSC9300747D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'intégration,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L.162-4;

Vu la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association;

Vu la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, modifiée par la loi no 89-899, notamment son article 4;

Vu la loi no 83-663 du 22 juillet 1983, notamment son article 37, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat;

Vu le décret no 72-318 du 24 avril 1972 portant application de l'article 4 de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique;

Vu le décret no 92-200 du 6 novembre 1992 relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public, Décrète:

Art. 1er. - Les associations qui, dans le cadre des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial déclarés selon la procédure visée au décret du 24 avril 1972 susvisé, accomplissent les missions prévues à l'article 2, bénéficient d'une aide financière de l'Etat. Cette aide est versée dans des conditions définies par une convention de cinq ans renouvelable, conclue entre l'Etat, représenté par le préfet de département, et chaque association.

Art. 2. - La convention doit prévoir la mise en œuvre d'au moins trois des missions suivantes:

1) Accueil, information et orientation de la population sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

2) Préparation des jeunes à leur vie de couple et à la fonction parentale notamment à travers une information individuelle et collective en milieu scolaire, dans le respect des dispositions du décret du 6 novembre 1992 susvisé.

3) Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus à l'article L.162-4 du code de la santé publique et accompagnement des femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse.

4) Accueil et conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences. En tout état de cause, les entretiens mentionnés au 3o doivent figurer obligatoirement au titre des missions assumées.

Art. 3. - La convention précisera:

- les conditions de financement;

- les modalités d'accueil du public;

- et les informations qui devront être portées à la connaissance des services de l'Etat.

Art. 4. - Les entretiens de médiation pour les couples ou les familles confrontés à des situations conflictuelles pourront, sur la base d'une convention spécifique, également faire l'objet d'un financement.

Art. 5. - Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre de l'économie et des finances, le ministre du budget, le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre de la santé et de l'action humanitaire, le secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la consommation et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 mars 1993.

Par le Premier ministre: PIERRE BEREGOVY

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, RENE TEULADE

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, JACK LANG

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, PAUL QUILES

Le ministre de l'économie et des finances, MICHEL SAPIN

Le ministre du budget, MARTIN MALVY

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire, BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la consommation, VERONIQUE NEIERTZ

Le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, LAURENT CATHALA

Arrêté du 23 mars 1993 relatif à la déclaration des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial

NOR: SPSC9300976A

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés,

Vu la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 modifiée relative à la régulation des naissances;

Vu le décret no 72-318 du 24 avril 1972 portant application de l'article 4 de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique et le décret no 93-454 du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial,

Arrêtent:

Art. 1er. - Le titre Ier de l'arrêté du 24 octobre 1980 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale est abrogé.

Art. 2. - La déclaration des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial prévue à l'article 2 du décret du 24 avril 1972 susvisé est adressée au préfet (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) et doit comprendre les éléments suivants:

1o Le nom et l'adresse de la personne morale faisant la déclaration;

2o Les statuts de l'association, la publication de sa déclaration au Journal officiel ainsi que la liste des membres du conseil d'administration;

3o L'adresse du ou des locaux de l'établissement ainsi que des lieux de permanence;

4o Une fiche récapitulative des noms, adresses et qualités des personnels de direction ainsi que des personnels techniques qui doivent exercer dans l'établissement, accompagnée pour chacun d'eux d'un extrait du casier judiciaire et de la mention de ses diplômes, de ses titres, de son expérience professionnelle et de ses activités prévues au sein de l'association.

Art. 3. - Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 mars 1993.

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, RENE TEULADE

Le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, LAURENT CATHALA

Arrêté du 23 mars 1993 relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial

NOR: SPSC9300975A

ABROGE

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre de la santé et de l'action humanitaire et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 162-4;

Vu la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique modifié, et notamment ses articles 4 et 6 bis;

Vu le décret no 72-318 du 24 avril 1972 portant application de l'article 4 de la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, modifié par le décret no 93-454 du 23 mars 1993;

Vu le décret no 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale;

Vu l'arrêté du 23 mars 1993 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial,

Arrêtent:

Art. 1er. - a) Les personnes exerçant des activités d'accueil ou d'information relatives à la vie relationnelle, affective, sexuelle et familiale doivent justifier d'une formation Education à la vie définie à l'article 2.

b) Les personnes exerçant des activités de conseil conjugal et familial doivent justifier d'une formation définie à l'article 2.

Art. 2. - La formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial comprend:

a) Une formation Education à la vie de 160 heures pour les personnels devant exercer des activités d'accueil et d'information relative à la vie relationnelle, affective, sexuelle et familiale;

b) Une formation au conseil conjugal et familial comprenant 400 heures d'enseignement réparties sur deux années et deux stages de 40 heures pour le personnel devant exercer des activités:

- d'entretien, de conseil et de soutien sur l'ensemble des problèmes liés à la sexualité, à la contraception, à l'I.V.G., aux maladies sexuellement transmissibles, notamment à l'infection par le V.I.H., et, de façon générale, aux relations conjugales et familiales;

- d'animation de groupes de réflexion de jeunes, d'adultes sur les questions relatives à la vie relationnelle, affective, sexuelle et familiale et sur la prévention de l'infection par le V.I.H.;

c) Une formation continue comprenant des supervisions de la pratique du conseil et une actualisation des connaissances, notamment dans le domaine de l'infection par le V.I.H.

Elles sont organisées conformément aux conditions prévues par le présent arrêté, sur la base des programmes figurant en annexes(1).

Art. 3. - Conditions d'accès. - a) La formation Education à la vie est ouverte aux professionnels et aux bénévoles de l'action sociale, éducative ou sanitaire, indépendamment de l'exercice d'une fonction dans l'un des établissements ou centres visés par le présent arrêté.

b) La formation au conseil conjugal et familial est ouverte:

- aux personnes titulaires d'un diplôme d'Etat professionnel ou universitaire dans les domaines médical, paramédical, social, éducatif, psychologique, juridique, d'animation;

- aux personnes ayant obtenu l'attestation de formation Education à la vie et ayant effectué 200 heures d'activités prévues à l'article 1er(a).

Art. 4. - Modalités d'admission. - a) Pour la formation Education à la vie: - remplir les conditions d'accès définies à l'article 3;

- avoir un entretien, sous la responsabilité du responsable de la formation; celui-ci devra apprécier les motivations, la capacité d'adaptation et l'aptitude au travail en équipe du candidat.

b) Pour la formation au conseil conjugal et familial:

- remplir les conditions d'accès définies à l'article 3;

- avoir des entretiens, sous la responsabilité du responsable de la formation, dont au moins un avec un psychologue. Ceux-ci devront évaluer les motivations, la capacité d'évolution personnelle, l'aptitude au travail en équipe du candidat.

L'admission à chacune de ces formations est prononcée par le directeur de l'organisme de formation agréé.

Art. 5. - Allègements de formation. - Des allègements de formation peuvent être consentis par l'organisme formateur agréé aux personnes engagées dans les cycles visés à l'article 2, en fonction de leurs qualifications ou de leur expérience professionnelle.

Les allègements consentis ne peuvent excéder 40 heures pour la formation Education à la vie et 80 heures pour la formation au conseil conjugal et familial.

Art. 6. - Modalités de validation. - a) Pour la formation Education à la vie:

- une évaluation des capacités acquises est effectuée à l'issue de la formation par l'organisme formateur;

- une attestation de formation à l'accueil informatif pour une éducation à la vie est délivrée par l'organisme.

b) Pour la formation au conseil conjugal et familial:

- une évaluation des capacités est effectuée au cours de la formation selon des modalités propres à l'organisme formateur.

Le contrôle des capacités acquises et l'évaluation de l'aptitude au conseil conjugal et familial sont effectués par

l'organisme formateur sur les bases suivantes:

- rapports de stage, appréciations portées par les responsables du stage;
- travail de réflexion personnel écrit;
- entretien ou bilan individuel en fin de formation.

L'attestation de qualification au conseil conjugal et familial est délivrée par l'organisme de formation au candidat ayant satisfait à l'évaluation prévue par le projet pédagogique, en référence aux trois types d'éléments mentionnés ci-dessus.

Art. 7. - Conditions d'agrément. - Ces formations sont dispensées par des organismes publics ou privés agréés par le ministre chargé des affaires sociales après avis de la commission d'agrément prévue à l'article 8. Les agréments sont délivrés pour une durée de trois ans. Chaque organisme de formation doit comprendre des formateurs qualifiés chargés de la mise en oeuvre du programme dans le cadre du projet pédagogique.

a) L'équipe pédagogique est constituée des formateurs dont les compétences sont référencées ci-dessous. Les organismes de formation peuvent demander le concours d'intervenants extérieurs experts dans les disciplines du programme. b) Les animateurs du cycle de formation doivent justifier, notamment pour la formation prévue à l'article 2b:

- d'une maîtrise des stratégies et des outils de formation;
- d'une pratique du conseil conjugal et familial d'au moins trois ans;
- d'une pratique de la dynamique des groupes;
- d'une formation de niveau bac + 3.

Les organismes qui sollicitent leur agrément ou son renouvellement doivent présenter leur demande six mois avant la date présumée d'ouverture ou de la fin de leur agrément.

Le dossier de demande d'agrément comprend:

- les statuts de l'association;
- le budget;
- le rapport d'activité prévu à l'article 9;
- un dossier technique précisant:
- le projet pédagogique;
- les nom et qualité du responsable de la formation;
- le curriculum vitae détaillé des formateurs.

Art. 8. - La commission chargée de donner son avis sur les demandes d'agrément présentées au titre de l'article 7 est instituée pour une durée de trois ans. Elle est composée de cinq personnes qualifiées élues par l'assemblée plénière du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, trois de ces personnes étant choisies parmi les représentants des organismes de formation agréés, de trois représentants du ministre chargé des affaires sociales, d'un représentant du secrétariat d'Etat chargé des droits des femmes et du secrétaire général du Conseil supérieur de l'information sexuelle.

Elle se réunit à l'initiative du directeur de l'action sociale et sous sa présidence.

Art. 9. - Les organismes de formation agréés adressent chaque année au ministre chargé des affaires sociales, direction de l'action sociale, un rapport d'activité comprenant, pour chacune des deux formations visées à l'article 2:

- le nombre de stagiaires admis en formation;
- le nombre d'allègements consentis au titre de l'article 5;
- la liste des personnes ayant bénéficié:
- de l'attestation de formation prévue à l'article 6(a);
- de l'attestation de qualification prévue à l'article 6(b);
- la typologie des terrains de stage utilisés dans le cadre du cycle de formation visé;
- la liste des travaux écrits personnels produits dans le cadre du cycle de formation;
- les éléments de commentaire nécessaires à l'interprétation de ces données; - les modifications éventuelles du projet pédagogique.

Art. 10. - L'arrêté du 24 octobre 1980 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale et l'arrêté du 20 octobre 1986 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale modifiant l'arrêté du 24 octobre 1980 sont abrogés.

Art. 11. - Dispositions transitoires. - Les agréments des organismes de formation en cours de validité sont prorogés jusqu'au 31 décembre 1994.

Art. 12. - Le directeur de l'action sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 mars 1993.

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, RENE TEULADE

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire, BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, LAURENT CATHALA

(1) L'arrêté accompagné de ses annexes sera publié intégralement au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de l'intégration, disponible à la Direction des Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15.

**Décret n°2000-842 du 30 août 2000 modifiant le décret no 92-784 du 6 août 1992
relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale et modifiant le code de la
sécurité sociale (Deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)**

NOR : MESP0021361D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles R. 162-55 à R. 162-58 ;

Vu la loi no 67-1176 du 28 décembre 1967 modifiée relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, et notamment son article 6 bis ;

Vu la loi no 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, et notamment son article 21 ;

Vu le décret no 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale ;

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en date du 7 janvier 2000 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 décembre 1999 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - L'article 8 du décret du 6 août 1992 susvisé est ainsi rédigé :

« Art. 8. - Les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent effectuer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle, soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci, sur proposition du médecin qui fait connaître les résultats des examens au cours d'une consultation médicale ultérieure.

« Les centres ne peuvent en aucun cas enregistrer ni communiquer à quiconque l'identité des consultants. »

Art. 2. - Au premier alinéa de l'article 11 du décret du 6 août 1992 susvisé, les mots : « au 2o de l'article 8 » sont remplacés par les mots : « à l'article 8 ».

Art. 3. - L'article R. 162-57 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. R. 162-57. - Pour les mineurs qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime, les organismes d'assurance maladie prennent en charge les dépenses d'analyses et d'examens de laboratoires, ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement de maladies transmises par la voie sexuelle et déterminés selon les modalités fixées à l'article R. 162-55.

« Aucune demande de paiement ne peut être présentée aux intéressés. »

Art. 4. - L'article R. 162-58 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1) Au troisième alinéa, les mots : « de la part prise en charge par l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « des dépenses prises en charge par l'assurance maladie » ;

2) Au quatrième alinéa, les mots : « participation de l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « contribution de l'assurance maladie ».

Art. 5. - L'article 14 du décret du 6 août 1992 susvisé est abrogé.

Art. 6. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'agriculture et de la pêche et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 août 2000.

Par le Premier ministre : Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Martine Aubry

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Laurent Fabius

Le ministre de l'agriculture et de la pêche, Jean Glavany

La secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, Dominique Gillot

J.O. Numéro 203 du 2 Septembre 2000 page 13651

Arrêté du 3 décembre 2010 relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial

NOR: SCSA1029743A

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 2212-4, R. 2212-1 et R. 2311-9,
Arrête :

TITRE IER : FORMATION « EDUCATION A LA VIE »

Article 1 - La formation « Education à la vie » de 160 heures, définie en annexe 1 du présent arrêté, concerne les personnes exerçant des activités d'accueil ou d'information relatives à la vie relationnelle, affective, sexuelle.

Article 2 - Cette formation est ouverte aux professionnels et aux bénévoles de l'action sociale, éducative ou sanitaire. Des allègements de formation peuvent être accordés, dans la limite de 40 heures, par l'établissement de formation, en fonction des qualifications ou de l'expérience professionnelle des candidats à la formation.

Article 3 - A l'issue de la formation, l'établissement de formation évalue les compétences acquises. Sur la base de cette évaluation, il délivre une attestation de formation à l'accueil informatif pour une éducation à la vie.

TITRE II : FORMATION AU CONSEIL CONJUGAL ET FAMILIAL

Article 4 - Le référentiel professionnel et le référentiel de formation, figurant en annexe 2 du présent arrêté, visent à l'acquisition des compétences en matière de conseil conjugal et familial prévues aux articles du code de la santé publique susvisés.

Article 5 - La formation au conseil conjugal et familial comprend 400 heures d'enseignement réparties sur deux années et deux stages de 40 heures chacun ciblés sur les activités suivantes : entretiens de conseil de soutien sur l'ensemble des problèmes liés à la sexualité, à la contraception, à l'IVG, aux maladies sexuellement transmissibles, aux relations conjugales et familiales, animations de réunions collectives, de groupes de jeunes ou d'adultes sur les questions relatives à la vie relationnelle, sexuelle et affective, participation au diagnostic de besoins nouveaux sur leur territoire d'intervention.

Article 6 - La formation au conseil conjugal et familial est accessible aux personnes justifiant d'un diplôme enregistré au moins au niveau III du répertoire national des certifications professionnelles dans les domaines suivants : médical, paramédical, social, éducatif, psychologique, juridique, d'animation, ainsi qu'aux personnes ayant obtenu l'attestation de formation « Education à la vie » et justifiant de 200 heures d'activités d'accueil, d'informations relatives à la vie sexuelle, relationnelle et familiale.

Article 7 - Des allègements de formation peuvent être accordés, dans la limite de 80 heures, par l'établissement de formation, en fonction des qualifications ou de l'expérience professionnelle des candidats à la formation.

Article 8 - Une évaluation de l'acquisition des compétences nécessaires est réalisée au cours de la formation, selon des modalités propres à l'établissement de formation. Une évaluation globale est réalisée en fin de formation. Le contrôle des compétences acquises et l'évaluation de l'aptitude au conseil conjugal et familial sont réalisés par l'établissement de formation sur les bases suivantes :

- deux rapports de stage, complétés par les appréciations portées par les responsables du stage ;
- un travail de réflexion personnelle écrit portant sur les enjeux de la fonction et sa mise en œuvre ;
- un bilan individuel sous forme d'entretien, confirmé par écrit, en fin de formation.

Les modalités sont précisées dans le projet pédagogique de l'établissement de formation. Le projet pédagogique et les modalités concrètes des épreuves d'évaluation sont communiqués aux intéressés avant leur entrée en formation.

L'établissement de formation délivre une attestation de qualification au conseil conjugal et familial aux candidats qui satisfont à l'évaluation globale.

TITRE III : DISPOSITIONS GENERALES

Article 9 - Les formations sont dispensées par des organismes publics ou privés justifiant d'un projet pédagogique, élaboré en conformité avec les référentiels figurant en annexe du présent arrêté. Ils doivent respecter, en outre, les droits et principes qui gouvernent la République, et notamment le principe de neutralité.

L'équipe pédagogique de chaque établissement de formation doit comprendre des formateurs qualifiés ayant une pratique du conseil conjugal et familial (d'au moins trois ans) et des dynamiques de groupes.

L'établissement de formation peut recourir, par ailleurs, à des intervenants extérieurs experts dans les disciplines du programme.

Article 10 - Ces établissements de formation adressent chaque année au directeur général de la cohésion sociale, pour chaque formation dispensée, un rapport d'activité, conforme à l'annexe 3 du présent arrêté.

Article 11 - Une commission est chargée de donner un avis argumenté sur les rapports d'activité des établissements

de formation, afin d'en déterminer la conformité aux dispositions du présent arrêté.

Cette commission est composée de cinq personnes qualifiées élues par l'assemblée plénière du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, dont trois parmi les organismes représentatifs dans le domaine, de trois représentants du ministre en charge des affaires sociales, d'un représentant du ministre en charge de la santé et du secrétaire général du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale.

Elle se réunit à l'initiative du directeur général de la cohésion sociale.

Article 12 - A modifié les dispositions suivantes :

- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 1 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 10 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 11 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 12 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 2 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 3 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 4 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 5 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 6 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 7 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 8 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 1993 - art. 9 (Ab)

Article 13 - Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexes

Article Annexe 1

PROGRAMME DE FORMATION "ÉDUCATION À LA VIE"

Cette formation vise à former aux activités d'accueil, d'information, d'orientation relatives à la vie relationnelle, affective, sexuelle.

Objectifs de la formation :

- développer des compétences en matière d'accueil et d'information sur le champ défini, auprès de jeunes, de personnes seules, de couples, de familles ;
- prendre en compte la dimension relationnelle de l'accueil ;
- clarifier son positionnement institutionnel (mission - spécificité et complémentarité du poste).

Modalités pédagogiques :

Sur la base du programme indiqué ci-dessous, articuler la formation autour des trois dimensions suivantes :

- apports de connaissances ;
- acquisition de techniques, de savoir-faire (information, communication, écoute...) ;
- acquisition d'une posture professionnelle (attitudes - comportements...).

Programme :

I. - Apports de connaissances.

1. Développement psychoaffectif de la personne : l'enfance et ses spécificités, l'adolescence (son développement et ses crises) - le corps et la sexualité (connaissance du corps, relation à son corps, relation sexuelle), fécondité.
2. Evolution des modèles familiaux : la question du genre, père-mère, couple conjugal, couple parental, couple mixte, autorité parentale...
3. Structure familiale et société : travail, chômage, pauvreté, maladie handicap, isolement, toxicomanie, vieillissement, maladies sexuellement transmissibles.
4. Dysfonctionnements de la personne, du couple et de la famille : rupture, séparation, divorce, violence, dépression...

II. - Acquisition de techniques.

1. Sensibilisation à la fonction écoute.
2. Sensibilisation aux techniques et aux stratégies de communication.
3. Sensibilisation au travail en réseaux.

III. - Acquisition d'une posture professionnelle (attitudes et comportements).

1. Connaissance de soi et relation aux autres : prise de conscience de ses attitudes :
 - identifier et valoriser ses spécificités dans la relation à autrui (au niveau individuel, social, culturel, éthique).
2. Identité professionnelle - responsabilité institutionnelle.

Article Annexe 2

RÉFÉRENTIEL PROFESSIONNEL DE CONSEILLER CONJUGAL ET FAMILIAL

Contexte d'intervention

La fonction de conseiller conjugal et familial (CCF) est définie par le décret n° 93-454 du 23 mars 1993 et l'arrêté de la même date. Celui-ci précise que la mission du CCF s'exerce spécifiquement dans le champ de la sexualité dans ses dimensions affectives, relationnelles et sociales. Son intervention est destinée à une personne (quel que soit l'âge), un couple, une famille ou un groupe, avec comme finalité l'éducation à la sexualité ainsi que l'aide aux personnes en situation de conflit ou victimes de violences intrafamiliales, sexistes, sexuelles.

L'action du/de la CCF s'inscrit aussi en prévention dans le cadre de la promotion de la santé (définie dans le sens de l'OMS [1]). Elle s'exerce plus particulièrement dans le domaine de la vie affective et sexuelle (aide au respect de soi, de l'autre, dans un lien amoureux, aide au choix contraceptif, préparation à la parentalité, etc.).

La/le CCF intervient à la demande des personnes (individu-couple-familles), des professionnels ou des institutions. En fonction de la nature de la demande, elle/il engage une intervention individuelle et/ou collective. Elle/il peut mettre aussi en œuvre une fonction d'orientation.

Dans le cadre de ses consultations, la/le CCF conduit des entretiens. Dans ce cadre, elle/il exerce une fonction d'aide basée sur l'écoute et le counseling (2). Elle/il favorise l'ouverture d'une réflexion, accompagne la personne dans la prise des décisions les mieux adaptées à sa situation et à son mieux-être.

Son intervention vise à permettre à la personne de se (re)situer dans son contexte sociétal, social, familial et personnel.

Dans les situations de violences physiques et/ou morales, il/elle aide la personne à revaloriser sa propre estime et à se situer en tant que sujet et non comme objet de discrimination ou de maltraitance.

En complément aux conduites d'entretien, le/la CCF déploie différentes actions collectives favorisant l'information, les échanges et l'éducation à la vie sexuelle et relationnelle (auprès des enfants, des adolescents, de groupes de femmes en situation de vulnérabilité par exemple).

Elle/il réalise alors des animations de groupe, met en place des groupes de parole, aide les professionnels à acquérir les comportements adaptés (par exemple dans la prise en compte de la sexualité des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées).

La/le CCF construit une relation de confiance avec la personne, le couple, la famille.

Elle/il exerce son activité dans un cadre éthique, de neutralité, de respect des personnes et de leur anonymat.

Elle/il intervient de façon régulière dans un cadre partenarial qu'elle/il contribue à construire ; il est amené à développer des partenariats afin d'inscrire son intervention dans un registre d'échanges et d'actions pluridisciplinaires. Elle/il participe à un travail d'équipe.

Elle/il réalise des diagnostics du territoire où elle/il exerce, qui permettent de poser l'évolution des demandes dans son domaine d'intervention et d'adapter, le cas échéant, les réponses et les propositions.

La/le CCF exerce dans les établissements d'information pour le conseil conjugal (EICCF), dans les centres de planification (CPEF), dans les associations, les établissements de santé pratiquant des IVG, les CAF et en libéral.

Il peut partager son temps de travail entre plusieurs sites et différents employeurs.

(1) La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité en référence au préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé).

(2) Tenir conseil - processus d'identification.

RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS DU CONSEILLER CONJUGAL ET FAMILIAL

Fonction d'accueil, d'information et d'orientation concernant le champ de la sexualité dans ses dimensions affectives, relationnelles et sociales	<p>Mise en place d'un accueil individuel ou collectif du public dans le cadre de permanences, permanences téléphoniques, internet...</p> <p>Conduite d'entretiens ponctuels</p> <p>Mise en place d'informations collectives</p> <p>Sélection, actualisation et diffusion d'informations : textes législatifs, réglementaires, connaissances des partenaires, des dispositifs...</p> <p>Conception d'outils d'information</p> <p>Contacts avec les partenaires</p>
Fonction prévention dans le champ de la promotion de la santé et de la lutte contre les violences	<p>Transmission d'informations</p> <p>Conduite d'entretiens et animations collectives relatifs à la contraception – IST/VIH – prévention des grossesses non désirées - prévention des comportements à risques (alcoolologie, drogue, suralimentation..) - prévention des comportements violents (en particulier relations filles/garçons et intrafamiliales) - promotion de la santé sexuelle</p> <p>Orientation vers d'autres services et compétences - Entretiens téléphoniques</p> <p>Mise en œuvre de groupes de parole</p>
Fonction d'aide et d'accompagnement à la vie sexuelle/dimensions affectives, relationnelles et sociales	<p>Réalisation de permanences d'écoute</p> <p>Animation de groupes de parole</p> <p>Conduite d'entretiens individuels, de couples, de familles, d'adolescents</p> <p>Accompagnement des jeunes à la vie sexuelle, affective, relationnelle et à la fonction parentale</p> <p>Conduite d'entretiens et accompagnement en pré et post IVG (aide à la décision - aide au choix de la technique IVG)</p> <p>Aide au choix de l'adulte accompagnant/mineurs pour entretien pré et post-IVG</p> <p>Mise en œuvre d'un accompagnement aux personnes victimes de violences intrafamiliales, sexistes, sexuelles (mariages forcés - mutilations sexuelles - incestes-viols - viols au sein du couple...)</p> <p>Repérage des situations de violences</p> <p>Conduite d'entretiens</p> <p>Concertations pluridisciplinaires (médecin, sage-femme, infirmier, travailleur social...)</p> <p>Orientation</p>

	Repérage des situations de risque de maltraitance à enfants ou de danger avéré Sélection des informations à partager avec les partenaires habilités et transmissions des éléments au conseil général
Fonction éducative et pédagogique concernant le champ de la sexualité dans ses dimensions relationnelles, affectives et sociales	Conception et construction des outils pédagogiques nécessaires Pilotage ou/et participation à des actions collectives Animation de groupes de parole Animation de groupes de réflexion et d'échanges sur les relations garçons/filles Organisation de permanences d'écoute (établissements scolaires, ESAT, missions locales, mairies, CHRS...) Organisation et animation de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle Conduire des activités d'expertise professionnelle Accueil des stagiaires CCF
Fonction de contribution au diagnostic local et de maillage partenarial	Travail en équipe pluridisciplinaire Construction de partenariats professionnels et institutionnels : identification, recensement, création, développement, consolidation des réseaux et des coordinations partenariales Participation aux dispositifs partenariaux locaux : missions locales - maison des adolescents - centres sociaux – maisons de quartier - MJC - FJT - foyers ruraux - dispositifs de la politique de la ville, du conseil général, des communes... Participation aux projets sociaux de territoire - production de diagnostics spécifiques/besoins - élaboration de propositions/réponses
Fonction d'évaluation	Mise en place d'un suivi d'activité professionnelle (grilles et outils) Production de bilans d'activités et d'analyses thématiques Mise en place ou participation à l'évaluation des actions et des projets conduits Analyse de la pratique - supervisions - réactualisation des savoir-faire et des savoir-être

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DU CONSEILLER CONJUGAL ET FAMILIAL

COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
Accueil	Capacité à instaurer une relation de confiance, à favoriser la parole, à construire un cadre de dialogue
Ecoute active	Capacité à recueillir les données d'information nécessaires à la compréhension de la situation Savoir se positionner professionnellement (distanciation - objectivation - respect du cadre de sa mission-respect des limites) - capacité d'empathie, de bienveillance et de congruence Savoir s'inscrire dans un cadre éthique et dans le respect des règles déontologiques (non jugement - respect des droits fondamentaux de la personne - non-discrimination - confidentialité..) Savoir évaluer une situation et notamment repérer une situation de danger
Accompagnement	Capacité à mobiliser la connaissance des champs d'intervention du CCF Capacité à sélectionner et transmettre les informations pertinentes à l'intéressé Capacité à orienter Capacité à nommer les situations de violence, à les désamorcer, à les analyser Capacité à identifier, valoriser les ressources, les potentialités de la personne, du couple ou de la famille Capacité à aider les personnes reçues à retrouver et restaurer l'estime de soi, leur autonomie de penser et d'agir Savoir évaluer les effets de son intervention et les partager avec les personnes concernées Savoir traduire professionnellement une fin d'intervention
Conduite de projet (individuel, collectif, de territoire)	Capacité à construire des outils d'observation et d'analyse Capacité à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet Capacité à évaluer les résultats et les effets produits et à engager les évolutions nécessaires
Conduite d'interventions collectives (animation de groupes)	Capacité à animer et à mobiliser chaque personne du groupe dans une démarche interactive Capacité à travailler en binôme d'intervenants Capacité à conduire des réunions
Création de réseaux de partenaires - travail en équipe	Capacité à mobiliser la connaissance des champs d'intervention et du fonctionnement des partenaires pour identifier, repérer les partenaires potentiels, mobiliser les partenaires Capacité à créer des réseaux Capacité à se positionner dans une équipe pluridisciplinaire et avec sa hiérarchie Capacité à travailler en transversalité : partager son travail - rester ouvert à la réflexion - participer à l'analyse commune des stratégies professionnelles en jeu (dont la sienne) – accepter les remises en question
Communication écrite et orale	Capacité pédagogique

	Capacité à expliciter ses positionnements et ses stratégies professionnelles Capacité à établir une relation professionnelle Savoir rendre compte de ses activités Savoir rédiger, argumenter, adapter ses écrits professionnels, ses rapports, ses notes... aux destinataires
--	---

RÉFÉRENTIEL DE FORMATION DU CONSEILLER CONJUGAL ET FAMILIAL

Pour mémoire : 6 compétences :

- accueil-écoute active ;
- accompagnement ;
- conduite de projet (individuel, collectif, de territoire) ;
- conduite d'interventions collectives (animation de groupe) ;
- travail en équipe et constitution de réseaux de partenaires ;
- communication écrite et orale.

Historique du CCF.

Connaissances de base, spécifiques à la fonction de CCF (= fondements) :

- savoirs juridiques : code de l'action sociale et des familles, code pénal, code de la santé ;
- savoirs dans le champ de la santé : contraception, grossesse, IST/VIH, IVG, procréation médicalement assistée, toxicomanie, pathologies mentales ;
- savoirs dans le champ de la sexualité : processus de construction de l'identité sexuelle et sexuée, fondements théoriques des questions du genre et des rapports sociaux/sexe, histoire sociale et culturelle de la sexualité ;
- savoirs concernant le champ du couple et de la famille : les évolutions du couple et de la famille, le désir d'enfant, la grossesse et ses effets, l'adoption, l'arrivée et le départ d'un enfant, la rupture, la séparation, l'évolution psychoaffective de l'enfant, de l'adolescent, la crise individuelle, du couple, familiale ;
- approche pluridisciplinaire (biologie, physiologie, sociologie, sexologie, psychologie-anthropologie) des notions et des concepts liés au couple, à la sexualité ; à la relation amoureuse et affective, à la famille, la parentalité, la grossesse, aux différentes périodes de la vie (enfance, adolescence, adulte, vieillesse) ;
- savoirs dans le champ de la violence, du genre (sexuelle, sexiste).

Connaissances et compétences partagées avec d'autres intervenants médicaux et sociaux :

Accueil-écoute active :

- philosophie, réflexion éthique, déontologie ;
- appréhender et expérimenter la conduite d'entretien et ses différentes typologies, ses modalités, méthodes et techniques (ex reformulation) la communication non-verbale ;
- faire l'apprentissage de l'élaboration du prédiagnostic dans le cadre d'un entretien ;
- appréhender la notion d'urgence et de danger - ce qu'elle recouvre sur le plan situationnel et juridique ;
- apprendre à repérer les émotions.

Accompagnement :

- acquérir les références théoriques concernant la relation d'aide + exercice d'apprentissage ;
- acquérir les principales références théoriques psychologiques et sociales relatives à l'accompagnement.

Conduite de projet (individuel, collectif de territoire) :

- acquérir la connaissance des institutions, des professionnels, des dispositifs relevant du champ de la santé et du champ social ;
- acquérir la méthodologie de projet (diagnostic, définition d'objectifs, élaboration d'un plan d'actions, évaluation) ;
- acquérir la méthodologie relative au diagnostic de territoire ;
- savoir s'inscrire dans une analyse de la pratique.

Conduite d'interventions collectives :

- acquérir les méthodes, techniques, étapes d'animation d'un groupe (ex. : jeux de rôle, brain storming), connaissance de la dynamique de groupe, du phénomène de leadership ;
- acquérir les méthodes et techniques d'animation de réunion adaptées en fonction du public cible (parents, adolescents, professionnels...) ;
- faire l'apprentissage des techniques pédagogiques ;
- savoir s'inscrire dans l'analyse de la pratique.

Travail en équipe et constitution d'un réseau de partenaires :

- acquérir les techniques, les méthodes (+ expérimentations) de la coopération-coordination, de la mise en réseau.

Communication écrite et orale :

- faire l'apprentissage des écrits professionnels (rapports-notes de synthèse-lettres...) ;
- faire l'apprentissage de la prise de parole argumentée professionnellement et institutionnellement ;
- savoir élaborer les supports de communication, les adapter, les utiliser ;
- maîtriser les technologies de l'information (internet-informatique...).

Article Annexe 3

RAPPORT D'ACTIVITÉ DE FORMATION (3)

Année (4) :

- Formation Education à la vie (160 heures).
- Formation Conseil conjugal et familial (400 heures).
-

Fiche 1

Identification de l'organisme de formation et des formateurs (5)

Adresse :
Coordonnées téléphoniques :
Fax, mél :
Adresse du lieu de formation si différente de celle de l'organisme :
Nom et qualité du responsable de la formation :
Nombre de formateurs qualifiés (6) :

(3) Un rapport d'activité par formation dispensée : cocher la case appropriée.

(4) Le cas échéant année scolaire 20.. -20..

(5) Joindre le statut de l'organisme.

(6) Joindre les curriculum vitae.

Fiche 2

Projet pédagogique

.....
.....

Fiche 3

Contenu détaillé du programme de formation

MATIÈRES	DURÉE

Fiche 4

Modalités concrètes des épreuves d'évaluation

.....
.....

Fiche 5

Renseignements sur les candidats

Allègements consentis (nombre de candidat par durée d'allègement) :

NOMBRE de candidats	DURÉE D'ALLÈGEMENT

NOMBRE DE STAGIAIRES ADMIS en formation par type de qualification et/ou expérience	NOMBRE D'ATTESTATIONS délivrées à l'issue de la formation	% de réussite
Nombre de stagiaires admis		
Type de qualification		
Qualification et expérience		

Fait à Paris, le 3 décembre 2010.

Pour la ministre et par délégation : Le directeur général de la cohésion sociale, F. Heyriès

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile

Titre Ier : Organisations et missions

Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile

Article 2112-1

(Modifié par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 1 JORF 6 mars 2007)

Les compétences dévolues au département par l'article L. 1423-1 et par l'article L. 2111-2 sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire.

Article 2112-2

(Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 71)

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicalemente dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;

6° L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L. 2121-1, L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre III : Etablissements, services et organismes

Titre Ier : Organismes de planification, d'éducation et de conseil familial

Chapitre 1^{er} : Centres et établissements

Article L2311-1

Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et les centres de planification ou d'éducation familiale ne doivent poursuivre aucun but lucratif.

Article L2311-2

Le président du conseil général agréé les centres de planification ou d'éducation familiale, à l'exception des centres de planification relevant d'une collectivité publique.

Dans ce cas, la création ou l'extension de ces centres est décidée par la collectivité concernée, après avis du président du conseil général.

Article L2311-3

(Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 71)

Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile est doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

En outre, il est autorisé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2, dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10.

Article L2311-4

(Modifié par Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 6 (V))

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'examen de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.

Article L2311-5

(Modifié par Ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 - art. 1)

Les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements.

Un décret pris après avis du Haut Conseil de la santé publique fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Article L2311-6

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

1° Les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ;

2° Les conditions de fonctionnement et de contrôle des centres de planification ou d'éducation familiale, ainsi que les conditions d'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale ne relevant pas d'une collectivité publique.

Aide mémoire législatif

Education à la sexualité

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie législative)

Partie législative

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

Livre III : Etablissements, services et organismes

Titre Ier : Organismes de planification, d'éducation et de conseil familial

Chapitre II : Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale

Article L2312-1

L'information de la population sur les problèmes de la vie est une responsabilité nationale.

L'Etat y participe notamment par l'aide qu'il apporte, dans le respect des convictions de chacun, aux associations et organismes qui contribuent à cette mission d'information conformément aux lois de la République.

Article L2312-2

(Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 83 JORF 5 mars 2002)

Un conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale assure la liaison entre les associations et organismes qui contribuent à ces missions d'information et d'éducation et dont il soutient et coordonne les actions dans le respect des convictions de chacun.

Il effectue, fait effectuer et centralise les études et recherches en matière d'information sexuelle, de régulation des naissances, d'éducation familiale, de formation et de perfectionnement d'éducateurs qualifiés. Cette documentation est mise à la disposition des associations et organismes intéressés.

Il propose aux pouvoirs publics les mesures à prendre en vue de :

- favoriser l'information des jeunes et des adultes sur les problèmes de l'éducation familiale et sexuelle, de la régulation des naissances, de l'adoption et de la responsabilité des couples ;
- promouvoir l'éducation sexuelle des jeunes, dans le respect du droit des parents ;
- soutenir et promouvoir des actions de formation et de perfectionnement d'éducation qualifiée en ces matières.

Article L2312-3

(Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 83 JORF 5 mars 2002)

Le financement du fonctionnement et des missions du conseil supérieur sont à la charge de l'Etat.

Article L2312-4

(Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 83 JORF 5 mars 2002)

Les modalités d'application du présent chapitre sont prévues par décret.

CODE DE L'EDUCATION

Partie législative

Deuxième partie : Les enseignements scolaires

Livre III : L'organisation des enseignements scolaires

Titre Ier : L'organisation générale des enseignements

Chapitre II : Dispositions propres à certaines matières d'enseignement

Section 9 : L'éducation à la santé et à la sexualité

Article L312-16

Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 48 JORF 11 août 2004

Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés.

Un cours d'apprentissage sur les premiers gestes de secours est délivré aux élèves de collège et de lycée, selon des modalités définies par décret.

Article L312-17

Créé par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 49 JORF 11 août 2004

Une information est également délivrée sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus, notamment les atteintes du système nerveux central, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupe de classe homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de la santé scolaire, ainsi que d'autres intervenants.

Article L312-17-1

Une information consacrée à l'égalité entre les hommes et les femmes, à la lutte contre les préjugés sexistes et à la lutte contre les violences faites aux femmes et les violences commises au sein du couple est dispensée à tous les stades de la scolarité. Les établissements scolaires, y compris les établissements français d'enseignement scolaire à l'étranger, peuvent s'associer à cette fin avec des associations de défense des droits des femmes et promouvant l'égalité entre les hommes et les femmes et des personnels concourant à la prévention et à la répression de ces violences.

Loi ordinaire du 11 juillet 1973 portant création d'un conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale

Texte totalement abrogé

LOI n° 73-639 du 11 juillet 1973 portant création d'un conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — L'information de la population sur les problèmes de la vie est une responsabilité nationale.

L'Etat y participe notamment par l'aide qu'il apporte, dans le respect des convictions de chacun, aux associations et organismes qui contribuent à cette mission d'information conformément aux lois de la République.

Art. 2. — Un conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale est créé sous la tutelle du ministre chargé de la santé publique. Il comprend :

— pour deux tiers, des représentants des associations, unions, fédérations ou confédérations nationales familiales, des organismes ayant vocation à la planification familiale, l'information des couples et l'information sexuelle, des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et des centres de planification ou d'éducation familiale ;

— et, pour un tiers, des représentants des ministres chargés de l'éducation nationale, de la santé publique, de la population, de la justice, de l'agriculture et de la jeunesse ainsi que des représentants de la caisse nationale d'allocations familiales, des caisses nationales d'assurance maladie et du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole.

Des personnalités qualifiées, notamment des médecins, des sages-femmes, des enseignants, des sociologues, des démographes, des psychologues, des travailleurs sociaux, des juristes et des journalistes, participeront à ses travaux, avec voix consultative.

Au sein du conseil, la représentation féminine doit être au moins égale à un tiers.

Art. 3. — Le conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale assure la liaison entre les associations et organismes qui contribuent à ces missions d'information et d'éducation et dont il soutient et coordonne les actions dans le respect des convictions de chacun.

Il effectue, fait effectuer et centralise les études et recherches en matière d'information sexuelle, de régulation des naissances, d'éducation familiale, de formation et de perfectionnement d'éducateurs qualifiés. Cette documentation est mise à la disposition des associations et organismes intéressés.

Loi n° 73-639 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 2498 ;
Rapport de M. Nouwirth, au nom de la commission spéciale (n° 2633) ;
Rapport supplémentaire n° 2734 ;
Discussion et adoption le 14 décembre 1972.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 155 (1972-1973) ;
Discussion et rejet le 20 décembre 1972.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, rejetée par le Sénat, n° 273 ;
Rapport de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 351) ;
Discussion et adoption le 14 juin 1973.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 309 (1972-1973) ;
Rapport de M. Schwint, au nom de la commission des affaires sociales, n° 317 (1972-1973) ;
Discussion et adoption le 21 juin 1973.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 522 ;
Rapport de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 533) ;
Discussion et adoption le 28 juin 1973.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 347 (1972-1973) ;
Rapport de M. Schwint, au nom de la commission des affaires sociales, n° 354 (1972-1973) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1973.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 621 ;
Rapport de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 622) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1973.

Dans le sens de la recommandation du conseil de l'Europe du 10 octobre 1972 aux gouvernements, il propose aux pouvoirs publics les mesures à prendre en vue de :

— favoriser l'information des jeunes et des adultes sur les problèmes de l'éducation familiale et sexuelle, de la régulation des naissances, de l'adoption et de la responsabilité des couples ;
— promouvoir l'éducation sexuelle des jeunes, dans le respect du droit des parents ;
— soutenir et promouvoir des actions de formation et de perfectionnement d'éducateurs qualifiés en ces matières.

Il donne un avis préalable aux conventions visées à l'article 5 de la présente loi.

Art. 4. — Le financement du fonctionnement et des missions du conseil supérieur est à la charge du budget de l'Etat.

Art. 5. — L'Etat passera des conventions avec les associations et organismes visés au deuxième alinéa de l'article 2 de la présente loi.

Art. 6. — Les modalités d'application de la présente loi sont prévues par décret.

Les décrets devront être publiés dans un délai de six mois au maximum à compter de la promulgation de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 11 juillet 1973.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
PIERRE MESSMER.

Le ministre de l'économie et des finances,
VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Le ministre de la santé publique
et de la sécurité sociale,
MICHEL PONIATOWSKI.

CIRCULAIRE N°73 299 DU 23 JUILLET 1973

Circulaire Fontanet

aux recteurs, aux inspecteurs d'Académie, aux chefs d'établissement,
aux inspecteurs départementaux de l'éducation nationale

Objet : Information et éducation sexuelles

Il a longtemps été admis que les éducateurs devaient tenir les enfants à l'écart des problèmes de l'âge adulte, et plus spécialement à l'égard de ceux qui concernent la sexualité. Mais les fables racontées aux plus petits et le silence opposé aux plus grands paraissent aujourd'hui chargés d'inconvénients très lourds, du double point de vue de l'évolution psychologique et de la relation de l'adolescent à l'adulte. Ils sont devenus inacceptables du fait de la civilisation ambiante, de l'évolution des modes de vie, du recrutement mixte des établissements. La nécessité s'impose donc de substituer à une formule dépassée d'éducation protectrice une formule nouvelle, reposant d'une part, sur la maîtrise de l'information et d'autre part, sur l'éveil de la responsabilité. C'est dans cette double perspective que l'école en association avec les familles, peut contribuer à prémunir les jeunes contre les dangers de l'ignorance et à les aider à accéder à un comportement responsable.

I. L'information

A cet égard l'école qui a dans ses fonctions essentielles la transmission du savoir, a une responsabilité particulière. L'information donnée en classe se différencie de l'information parcellaire diffusée - dans l'environnement de l'élève en ce qu'elle sera scientifique et progressive. Elle viendra s'insérer normalement et tout naturellement dans les programmes de biologie : d'abord simple sensibilisation aux problèmes des commencements de la vie, puis reconnaissance du vivant et discernement des différentes fonctions vitales, enfin, étude du corps humain et de son fonctionnement. Elle sera adaptée aux possibilités de compréhension et au degré de culture scientifique des élèves et sera accompagnée des notions nécessaires d'hygiène et de puériculture. Le temps consacré à l'étude de la reproduction ne devra pas être disproportionnée par rapport à celui accordée à l'étude des autres fonctions vitales.

Au niveau de l'enseignement élémentaire, cette information trouvera sa place dans le cadre des activités d'éveil pour lesquelles des instructions sont actuellement en préparation. Il sera parlé aux enfants de la transmission de la vie lorsque leur curiosité paraîtra éveillée sur ce point. Le maître donnera à leurs questions des réponses exactes, franches et adaptées à leur niveau de développement. Dans l'enseignement du second degré l'information sera donnée par application des programmes et instructions concernant la biologie, ainsi que la préparation à la vie familiale et sociale. Dans l'immédiat les professeurs utiliseront pleinement les possibilités que leur offrent les programmes dans leur rédaction actuelle. En conséquence :

a) Au niveau des classes de sixième et cinquième : « la reconnaissance du vivant » impliquant la mise en évidence trois groupes de fonctions : nutrition, relation et reproduction. Ils veilleront à ne pas négliger cette dernière fonction. Ils incluront en classe de sixième un thème cohérent et progressif relatif à la reproduction des vertébrés et plus particulièrement des mammifères y compris l'homme, rassemblant ainsi les notions déjà enseignées concernant la procréation à caractère sexuel, gamètes fécondation, oviparité, viviparité (placenta, lactation). Ils réaliseront, à la fin de la classe de cinquième, une synthèse sur les problèmes de la procréation et de la transmission de la vie dans le monde vivant, sans négliger l'espèce humaine. Cette synthèse montrera l'unité des problèmes de la procréation et préparer les élèves aux études ultérieures plus approfondies.

Dans les classes de type III, le professeur, répondant à la demande des élèves, intégrera l'information sexuelle parmi les centres d'intérêt choisis, au moment où le besoin s'en fera sentir, et sollicitera dans toute la mesure du possible, le concours des professeurs de biologie pour les questions qui relèvent plus spécialement de leurs compétences.

Pour appliquer ces instructions, les maîtres voudront bien attendre la publication, dans les prochains mois, d'un fascicule destiné à leur apporter une aide pédagogique en indiquant les notions à acquérir à chaque niveau, et en donnant des conseils quant à la continuité à observer dans la découverte du monde vivant et à la progression à suivre.

b) Pour l'année 1973-1974, aucune nouveauté ne sera introduite dans les programmes de quatrième et de troisième. Les révisions de programmes actuellement prévues permettront ultérieurement de poursuivre l'information dans ces classes par l'étude du corps humain dans tous les aspects de son fonctionnement.

c) Au niveau du second cycle : en classe de première A et B l'analyse des problèmes de la fécondation doit se prolonger par celle des cycles ovarien et hormonal chez la femme. En classe de terminale D, le titre « les cycles sexuels des mammifères » permet, depuis plus de six ans, un enseignement de physiologie sexuelle de haut niveau.

Dans les enseignements technologiques, en ce qui concerne les CET, l'information sexuelle est intégrée dans le programme d'économie familiale et sociale.

Dans les préparations au baccalauréat de technicien et au brevet de technicien, on utilisera les ressources d'un programme de préparation à la vie familiale et sociale dont la valeur et l'efficacité ont déjà été éprouvées.

Ces possibilités devront être pleinement utilisées. Leurs lacunes seront comblées dans le cadre de la réforme du second cycle en cours d'élaboration.

II. L'éducation sexuelle et l'éveil de la responsabilité dans ce domaine

Dans une période d'évolution des mœurs et de remise en cause de nombreuses notions traditionnelles, un consensus est difficile à établir. En même temps, le besoin et la recherche de valeurs nouvelles sont vifs, et la demande d'éducation est très forte à l'école. La solution du problème ainsi posée semble être dans la préparation de l'élève à une conduite librement assumée et à l'exercice de sa responsabilité. Informé de la réalité l'élève sera amené à percevoir ce qui dépend de lui seul, c'est-à-dire le choix de son comportement.

L'éducation appliquée aux problèmes concernant la sexualité aura donc pour objet de permettre aux adolescents de réfléchir sur le sujet ; de parvenir à des choix raisonnés dans leur conception de la vie personnelle, de la relation à autrui, et d'institutions comme celles du mariage et de la famille ; de prendre conscience des conséquences de leurs

actes vis-à-vis d'eux-mêmes vis-à-vis d'autrui, vis-à-vis de la société; d'arriver par là à une meilleure intelligence des problèmes humains et sociaux qu'ils ne manqueront pas de rencontrer et d'avoir à leur égard une attitude, plus compréhensive et plus responsables. Il y aura lieu également de faire reconnaître que les choix concernant les comportements ont une correspondance dans l'ordre et impliquent des conceptions morales différentes.

Mais pour considérer ces conceptions, l'école ne peut se placer sur un autre plan que celui de la connaissance, et du respect des diverses formes de pensées. En aucun cas, elle n'a le droit de peser sur les consciences. C'est pourquoi, en matière d'éducation sexuelle, un rôle essentiel doit revenir aux familles.

Or, l'expérience démontre que, si certains parents préparent remarquablement leurs enfants à se comporter en personnes responsables, d'autres au contraire, les plus nombreux, sans doute, rencontrent de graves difficultés de communication ou d'expression pour bien traiter avec leurs enfants des sujets relatifs à la sexualité. Une forte proportion d'adolescents se trouvent ainsi en relations très libres avec des camarades de l'autre sexe sans être suffisamment avertis et informés.

C'est exclusivement dans le but d'aider les parents dans leur tâche éducative que les établissements pourront intervenir dans ce domaine. Le chef d'établissement fera savoir aux familles que, sur leur demande ou sur celle des élèves du deuxième cycle, des réunions ayant pour objet l'éducation sexuelle pourront être organisées sous son autorité en dehors de l'emploi du temps obligatoire. Il prendra soin à ce sujet, d'informer le conseil d'administration, d'en recueillir l'avis, et d'établir avec les parents des élèves les contacts les plus larges, sans se limiter aux représentants élus. La consultation des familles ne portera pas uniquement sur le principe de l'institution d'une éducation sexuelle, mais concernera le choix des personnes à qui pourrait être confiée la responsabilité de cette éducation et les thèmes que ces personnes se proposeraient d'aborder. Les réunions seront organisées en répartissant les élèves de façon souple, selon leur niveau d'âge et de maturité. Les dates et heures de ces réunions devront être obligatoirement portées à la connaissance des parents. Les élèves du premier cycle ne seront admis que sur autorisation écrite de leurs parents. Ceux du second cycle seront admis sur leur demande, sauf opposition de leurs parents notifiée par écrit au chef d'établissement.

En se fondant sur l'expérience déjà acquise en la matière, on peut penser qu'il conviendrait de s'adresser, pour l'action éducative non à des personnes isolées mais à des équipes dont les membres, à des titres divers, auraient eu à connaître des problèmes vécus par les adolescents : éducateurs, médecins, psychologues, assistantes sociales, représentants des mouvements spécialisés, représentants des parents ou d'associations familiales ... ayant tous reçus une formation spécialisée. Il appartiendra au chef d'établissement de prendre toutes assurances sur la qualification des personnes qui seront sollicitées ou proposeraient leur concours. Il est recommandé d'entrer en liaison avec les services départementaux de l'Action sanitaire et sociale qui peuvent apporter une aide efficace en personnel et en documents. Eventuellement, il pourra être fait appel simultanément à plusieurs équipes, au cas où le choix des parents d'élèves, en fonction de leur convictions philosophiques ou morales différentes conduirait en matière d'éducation, à des conceptions divergentes, rendant nécessaire une formule pluraliste. La première démarche de ces équipes sera une prise de contact avec les parents des élèves concernés qui aura essentiellement pour objet de les informer de la façon dont seront conçues les séances éducatives et de créer à ce propos un dialogue avec eux.

III. Il faut, certes, prévoir que l'information au sujet de la transmission de la vie amènent les élèves à formuler des interrogations allant au-delà des notions anatomiques ou biologiques de la procréation humaine, et portant sur des questions personnelles, sociales, morales, liées aux divers aspects de la sexualité. Quelle devra être alors l'attitude de l'enseignant ?

S'il n'est pas dans son rôle de provoquer systématiquement de telles interrogations, il devra, dès lors qu'elles surgiront, y répondre avec franchise et simplicité mais aussi avec tact et prudence. Il aura à tenir compte de l'âge des élèves et prendre soin de demeurer dans les limites que lui trace le respect de leur personnalité naissante et de la pluralité des convictions. Sur le fond, il devra faire apparaître la complexité des problèmes en cause et montrer qu'il n'existe pas, à leur sujet, de solution scientifique, mais des réponses diverses selon les valeurs prises en référence. Leur ayant fait apercevoir ces divers aspects des problèmes posés à fin d'élargir leur compréhension et de les préparer à des choix réfléchis, il ne devra pas manquer de rappeler aux élèves que c'est d'abord auprès de leurs parents qu'ils doivent chercher les conseils les plus personnalisés et les plus adaptés. Il pourra aussi, à cette occasion, évoquer le rôle des séances éducatives éventuellement organisées à l'école, en dehors des heures de cours, dans les conditions précisées ci-dessus.

Non seulement les professeurs de biologie et les professeurs d'économie familiale et sociale, mais aussi ceux des diverses disciplines qui, au cours de leur enseignement, seraient confrontés à des questions de leurs élèves relatives aux problèmes touchant à la sexualité auront à tenir le plus grand compte de ces recommandations.

Le ministre de l'éducation nationale
Joseph FONTANET.

Note de service n°81-502 du 17 décembre 1981

Note Savary

Education Nationale : bureau DGPC 6

Texte adressé aux recteurs, aux inspecteurs d'Académie, directeurs des services départementaux de l'Education nationale, et aux chefs d'établissement, directeurs d'école normale

Information des élèves sur la contraception

Le ministre des Droits de la femme a défini, à la demande du gouvernement, comme une des ses priorités le large développement de l'information sur la régulation des naissances et la contraception. Elle estime en effet que celle-ci demeure actuellement tout à fait insuffisante. Pour pallier cette carence, elle mène une campagne d'information sur ce thème, que le ministre de l'Education nationale soutient activement.

En effet, notre département ministériel entend conduire une politique active en matière d'éducation sexuelle. Il est nécessaire de préparer les jeunes adolescents aux changements physiologiques de la puberté pour qu'ils les comprennent et les assument, sans inquiétude ni embarras, lorsqu'ils surviendront. De même, faut-il, plus tôt et plus complètement qu'aujourd'hui, assurer l'information des élèves sur la reproduction, sur la régulation des naissances et ses techniques. Il est du devoir de l'école de donner aux élèves, c'est-à-dire aux adultes de demain, les moyens de faire face aux choix d'attitudes et de convictions qu'implique nécessairement une vie sociale consciente. Les programmes, notamment ceux des sciences naturelles, pourront être revus à cette fin.

L'évolution souhaitable de l'éducation sexuelle doit prendre appui sur une solide formation des maîtres, notamment dans les écoles normales. Il convient de les préparer à une pédagogie différenciée et différenciée, tant dans les classes que dans les programmes d'éducation sexuelle. Certains doivent conserver la charge prioritaire de ces enseignements, mais d'autres, dans toutes les disciplines, doivent être prêts à aborder ces questions.

Dans ce cadre, et pour cette opération d'accompagnement de la campagne nationale du ministère des Droits de la femme sur le thème de la contraception, il importe que le ministère de l'Education nationale mobilise les moyens dont il dispose pour contribuer à sa réussite auprès des jeunes concernés.

Les personnels d'enseignement et d'éducation et les personnels médicaux, para-médicaux et sociaux sont appelés à établir un dialogue avec les élèves des collèges et des lycées pour enlever tout caractère dramatique aux problèmes qui peuvent surgir en ce domaine. La finalité de cette information est d'éviter la survenance d'une grossesse, toujours à risques chez les très jeunes, autant que celle d'un avortement, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) restant un constat d'échec qui peut être l'origine de graves perturbations chez une adolescente.

C'est tout d'abord au sein des clubs « santé » que ce dialogue pourra s'instaurer. Il convient donc d'encourager fortement et de susciter la création de ceux-ci, afin de favoriser l'expression de leurs besoins par les jeunes. Les activités du club, par leur caractère facultatif et par le choix responsable qu'elles impliquent de la part des élèves, permettent d'instituer une relation de confiance entre les adultes et les adolescents.

Au sein des écoles normales, la création d'un tel club pourrait relever à l'initiative du foyer socio-éducatif et être animé par un professeur volontaire et des représentants des élèves en liaison avec le personnel compétent ; elle devra être là aussi fortement encouragée.

Afin de répondre à la demande des élèves des établissements où il n'y a pas de club « santé », il y aura lieu d'organiser une permanence hebdomadaire de quelques heures échelonnée au long de l'année scolaire. Cette permanence sera assurée, soit par l'infirmière de l'établissement soit par une infirmière d'un établissement géographiquement proche, soit par un médecin, une infirmière ou une assistante sociale du service de santé scolaire, soit par un professeur, un conseiller principal ou un conseiller d'éducation qui acceptera de jouer ce rôle.

Dans certaines zones où les directeurs d'école sont amenés à garder des élèves de douze et treize ans au cours moyen, l'existence de cette permanence dans un collège proche pourra être signalée à toutes fins utiles.

S'agissant des élèves des collèges, il conviendra, compte-tenu du jeune âge de ceux-ci, d'engager un dialogue avec les parents, notamment dans le cadre des réunions parents-professeurs.

Pour atteindre ces objectifs, il est indispensable que les personnels d'enseignement et d'éducation volontaire ainsi que les infirmières d'établissement reçoivent, au préalable, une information sur les problèmes de contraception.

En conséquence, il est nécessaire d'organiser, au niveau académique, dans le cadre des centres associés du service de la formation administrative (CASFA) des stages traitant de ce problème.

Cette information devra être dispensée par les personnes compétentes participant elles-mêmes au fonctionnement d'un centre de planification ou d'éducation familiale ou chargés de mission éducative dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial. A cet égard, il y aura lieu de s'adresser aux organismes agréés par les préfets pour dispenser cette information : la liste en est disponible auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

De plus, dans le cadre des journées académiques de regroupement des conseillers d'éducation et des conseillers principaux d'éducation en formation, les personnes appartenant à ces organismes pourront également intervenir sur ce thème.

Afin de lancer ces actions, le ministère des droits de la femme mettra, par l'intermédiaire du comité français pour l'éducation à la santé, 70 000 dépliant à la disposition des collèges et des lycées, soit environ 10 par établissement. Ces documents indiquent notamment les points de dialogue « contraception » et les adresses des centres de planification ou d'éducation familiale et des établissements d'information ou de conseil familial. Ils devront être mis à la disposition des élèves et des familles qui en feront la demande et être aisément accessibles dans les centres de documentation et d'information et les infirmeries.

En outre, je rappelle que le centre national de documentation pédagogique a programmé, le 30 novembre 1981, une émission de télévision scolaire sur le thème des droits de la femme avec référence à la campagne dont il s'agit.

Une large diffusion de la présente note de service sera assurée auprès des personnels concernés. Un compte-rendu académique des actions entreprises me sera adressé, sous le présent timbre, pour le 30 mars prochain.

Le ministre de l'Education nationale, A. SAVARY

Décret n°92-1200 du 6 novembre 1992 relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public

NOR:MENG9202927D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture,

Vu la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, notamment ses articles 25 et 26 ;

Vu la loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989, notamment son article 1er ;

Vu le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement, ensemble les textes qui l'ont modifié, notamment le décret n° 90-978 du 31 octobre 1990 ;

Vu le décret n° 86-164 du 31 janvier 1986 portant organisation administrative et financière des établissements dont la responsabilité et la charge incombent entièrement à l'Etat et portant dispositions diverses applicables aux établissements d'enseignement du second degré municipaux ou départementaux ;

Vu le décret n° 89-122 du 24 février 1989 relatif aux directeurs d'école ;

Vu le décret n° 90-788 du 6 septembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires ;

Après avis du Conseil supérieur de l'éducation,

TITRE Ier : AGRÉMENT DES ASSOCIATIONS ÉDUCATIVES COMPLÉMENTAIRES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC.

Art. 1 - Les associations qui apportent leur concours à l'enseignement public peuvent faire l'objet d'un agrément lorsque ce concours prend l'une des formes suivantes :

1° Interventions pendant le temps scolaire, en appui aux activités d'enseignement conduites par les établissements ;

2° Organisation d'activités éducatives complémentaires en dehors du temps scolaire ;

3° Contribution au développement de la recherche pédagogique, à la formation des équipes pédagogiques et des autres membres de la communauté éducative.

Art. 2 - L'agrément intervient après vérification du caractère d'intérêt général, du caractère non lucratif et de la qualité des services proposés par ces associations, de leur compatibilité avec les activités du service public de l'éducation nationale, de leur complémentarité avec les instructions et programmes d'enseignement ainsi que de leur respect des principes de laïcité et d'ouverture à tous sans discrimination.

Art. 3 - L'agrément est accordé pour une durée de cinq ans selon les modalités prévues aux articles 4 et 5 ci-dessous. Il est renouvelable pour la même durée suivant la même procédure.

L'agrément accordé à une association nationale ou à une fédération d'associations peut être étendu, sur sa demande, à ses structures régionales, départementales et locales qui remplissent les conditions fixées aux articles 1er et 2.

La liste des associations agréées fait l'objet d'une publication au Bulletin officiel de l'éducation nationale.

Art. 4 - Le ministre chargé de l'éducation nationale reçoit les demandes d'agrément des associations dont l'action revêt une dimension nationale.

Le recteur d'académie reçoit les demandes d'agrément des associations dont les activités s'exercent au niveau local, départemental ou académique.

Art. 5 - Les demandes d'agrément sont accompagnées d'un dossier dont la composition est fixée par arrêté.

Ce dossier est soumis pour avis, selon le cas, au Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public ou au conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public visés au titre II du présent décret.

La décision accordant l'agrément est prise, selon le niveau d'intervention de l'association, par arrêté du ministre chargé de l'éducation nationale ou du recteur d'académie et notifiée à l'association concernée.

L'agrément peut être retiré dans les mêmes formes.

Art. 6 - Les associations agréées peuvent intervenir pendant le temps scolaire en appui aux activités d'enseignement, sans toutefois se substituer à elles.

L'autorisation est délivrée par le directeur d'école ou le chef d'établissement, dans le cadre des principes et des orientations définis par le conseil d'école ou le conseil d'administration, à la demande ou avec l'accord des équipes pédagogiques concernées et dans le respect de la responsabilité pédagogique des enseignants.

Le directeur d'école ou le chef d'établissement peut, pour une intervention exceptionnelle, autoriser dans les mêmes conditions l'intervention d'une association non agréée s'il a auparavant informé du projet d'intervention le recteur ou éventuellement l'inspecteur d'académie dans le cas où celui-ci a reçu délégation de signature.

Après avoir pris connaissance de ce projet, l'autorité académique peut notifier au directeur d'école ou au chef d'établissement son opposition à l'action projetée.

TITRE II : LE CONSEIL NATIONAL DES ASSOCIATIONS ÉDUCATIVES COMPLÉMENTAIRES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC ET LES CONSEILS ACADÉMIQUES DES ASSOCIATIONS ÉDUCATIVES COMPLÉMENTAIRES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC.

Art. 7 - Afin de favoriser la concertation entre l'administration de l'éducation nationale et ses partenaires, sont créés un Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public et des conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public.

Art. 8 - (modifié par le décret n°99-395 du 20 mai 1999) Le Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public est présidé par le ministre chargé de l'éducation nationale ou son représentant. Il est composé de :

- huit représentants des associations agréées ;
- six représentants des organisations représentatives des personnels de direction, d'éducation et d'enseignement ;
- cinq représentants des organisations représentatives de parents d'élèves ;
- quatre représentants du ministère chargé de l'éducation nationale ;
- un représentant du ministère chargé de la jeunesse et des sports.

Art. 9 - Le Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public :

- donne son avis sur les demandes d'agrément et sur les propositions de retrait d'agrément des associations dont l'action revêt une dimension nationale ;
- examine les résultats de l'évaluation des activités complémentaires de l'enseignement public ;
- est consulté sur les critères de répartition de l'aide du ministère chargé de l'éducation nationale réservée aux activités complémentaires de l'enseignement public.

Art. 10 - Le conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public est présidé par le recteur d'académie ou son représentant. Il est composé de :

- cinq représentants des associations agréées ;
- trois représentants des organisations représentatives des personnels de direction, d'éducation et d'enseignement ;
- trois représentants des organisations représentatives de parents d'élèves ;
- deux représentants du ministère chargé de l'éducation nationale ;
- un représentant du ministère chargé de la jeunesse et des sports.

Art. 11 - Le conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public :

- donne son avis sur les demandes d'agrément et sur les propositions de retrait concernant les associations dont les activités s'exercent au niveau local, départemental ou académique ;
- examine les résultats de l'évaluation des activités complémentaires de l'enseignement public conduites dans l'académie.

Art. 12 - Les membres du Conseil national et des conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public sont désignés pour trois ans par arrêté, respectivement, du ministre chargé de l'éducation nationale et des recteurs d'académie, chacun en ce qui le concerne.

Le Conseil national et les conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public se réunissent au moins une fois par an. Ils peuvent en outre être réunis sur convocation de leur président ou à la demande du tiers au moins de leurs membres.

Ils fixent leurs règles internes de fonctionnement.

Des représentants suppléants sont désignés en nombre égal à celui des membres titulaires du Conseil national et des conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public représentant les associations, les personnels de direction, d'éducation et d'enseignement et les parents d'élèves. Un représentant suppléant siège au Conseil national ou au conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public en cas d'empêchement d'un membre titulaire.

Art. 13 - Le Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public et les conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public institués en application des dispositions du décret n° 90-620 du 13 juillet 1990 sont compétents pour la mise en œuvre du titre II du présent décret pour la durée restant à courir du mandat de leurs membres.

Art. 14 - Les associations agréées avant la date de publication du présent décret le demeurent pour le temps restant à courir de la durée fixée par l'arrêté leur accordant l'agrément.

Les associations habilitées avant la date de publication du présent décret conservent le bénéfice du régime antérieur de l'habilitation pour le temps restant à courir de la durée fixée dans l'arrêté qui la leur a accordée.

Art. 15 - Le décret n° 90-620 du 13 juillet 1990 est abrogé.

Art. 16. - Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Par le Premier ministre : PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, JACK LANG

CIRCULAIRE N°98-234 DU 19-11-1998
Éducation à la sexualité et prévention du sida**NOR : MENE9802931C**

Réf. : D. n° 92-1200 du 6-11-1992 ; C. n° 90-108 du 17-5-1990 ; C. n° 98-108 du 1-7-1998 ; C. n° 98-237 du 24-11-1998. Texte adressé aux recteurs d'académie ; aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux chefs d'établissement

Depuis le début de l'épidémie et en dépit de maintes dispositions générales prises en matière de prévention, le sida apparaît toujours comme un problème majeur de santé publique en cette fin de siècle. Dans ce contexte, la contribution propre de l'éducation nationale porte sur le développement de l'éducation sexuelle à l'école.

La circulaire du 23 juillet 1973, prise dans un autre contexte, offrait déjà la possibilité de réaliser une information sur la sexualité, non seulement dans le cadre même des programmes de biologie et d'économie familiale et sociale, mais aussi au cours d'actions complémentaires proposées en dehors du temps scolaire. Or, en dépit de l'évolution significative des programmes dans ce domaine, les enseignements dispensés n'ont pas toujours pu avoir la portée éducative nécessaire. Par ailleurs, l'organisation d'actions complémentaires se heurtant à l'insuffisance de modalités spécifiques et de formation appropriée n'a été que rarement mise en œuvre.

Plus récemment, de multiples actions ont été encouragées sur la sensibilisation et la prévention des risques liés au sida. Axées pour l'essentiel sur l'information et reposant sur la libre initiative, celles-ci ne sont pas généralisées à l'heure actuelle.

C'est pourquoi le ministère de l'éducation nationale de la recherche et de la technologie, qui a d'abord répondu à l'urgence des premières années en engageant une démarche d'information et de prévention auprès des élèves, doit aujourd'hui adapter sa politique d'éducation aux réalités qu'impose cette épidémie à la société actuelle. En effet, le bilan des actions menées auprès des jeunes, d'une part, et les attentes de plus en plus précises à l'égard de l'école, d'autre part, expriment clairement la nécessité d'inscrire la prévention du sida dans un projet plus global d'éducation à la santé. Ce projet est indissociable d'une réflexion sur l'éducation sexuelle et la formation qu'elle requiert ; une prévention efficace du sida et, des maladies sexuellement transmissibles, des violences sexuelles ou encore des grossesses non désirées, nécessite une approche spécifique.

Au-delà de l'information autour de la sexualité et du sida, il est nécessaire de développer une véritable éducation à la sexualité et à la responsabilité. Les objectifs sont de prévenir les comportements à risques mais, surtout, de faire évoluer les attitudes de fond qui sont à l'origine de ces comportements et de contribuer à l'épanouissement personnel. Il va de soi que si la famille a un rôle de premier plan à jouer à cet égard, l'école a, dans le cadre de ses missions éducatives, un rôle spécifique, complémentaire et essentiel dans la formation des individus à la vie contemporaine. Ce rôle peut ainsi se définir comme visant à donner aux jeunes l'occasion de s'approprier, dans un contexte plus large que celui de la famille, les données essentielles de leur développement sexuel et affectif. Cet apprentissage doit leur permettre notamment de mieux faire face à la multiplicité des messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement.

Afin de mieux appréhender les objectifs et contenus de cette éducation et, avant même d'en aborder les modalités de mise en œuvre et celles relatives à la formation des personnels, il convient de rappeler les différentes composantes de la sexualité. Si la sexualité humaine est inséparable de données biologiques, elle intègre également des dimensions psychologiques, affectives, socio-culturelles et morales qui, seules, permettent un ajustement constant aux situations vécues des hommes et des femmes, dans leurs rôles personnels, parentaux et sociaux.

Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre ces différentes dimensions de la - et de leur - sexualité, dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit en outre aider les élèves à intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

1 - Mise en œuvre dans les collèges

L'éducation appliquée à la sexualité, comme toute éducation, s'acquiert au cours du développement de la vie de l'individu. Au collège, elle résulte à la fois des apports coordonnés des enseignements, des activités complémentaires et des séquences d'éducation à la sexualité définies ci-après. Pour en faire bénéficier tous les élèves, ces séquences doivent être obligatoires et s'inscrire dans le cadre des rencontres éducatives prévues par la circulaire "Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège (B.O. n° 45 du 3 décembre 1998). À cet égard, le rôle du principal de collège doit être souligné. Ce rôle est en effet essentiel pour garantir la mise en œuvre et la cohérence de ce dispositif, auquel le projet d'établissement offre un cadre privilégié.

Ces dispositions sont applicables en priorité à toutes les classes de 4ème et de 3ème de collège et aux classes de 4ème et 3ème technologiques de lycée professionnel.

1.1 Les enseignements

Les enseignements de sciences de la vie et de la Terre ainsi que ceux de vie sociale et professionnelle pour les classes concernées, occupent une place importante dans ce domaine. Ils procurent aux élèves les bases scientifiques -

connaissances et raisonnements - qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu. Ce faisant, ils préparent à adopter des attitudes responsables et à prévenir les risques.

Aussi, il importe que les enseignants de ces disciplines apportent, de la sixième à la troisième, le plus grand soin à traiter notamment les parties des programmes relatives à la reproduction et à la transmission de la vie, à la contraception, aux maladies sexuellement transmissibles et particulièrement au sida. Ces sujets sont abordés avec le souci constant d'établir un lien entre leurs contenus scientifiques et leurs implications humaines.

D'autres enseignements offrent aussi dans leurs contenus des possibilités de participer à l'éducation à la sexualité.

1.2 Les activités complémentaires

Ces activités doivent être encouragées dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé pour compléter les connaissances acquises lors des enseignements. Elles sont, sous des formes diverses, en particulier les actions spécifiques proposées dans le cadre des projets d'établissement, à l'initiative notamment des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, l'occasion de susciter un travail interdisciplinaire, une implication des élèves et une ouverture à des intervenants extérieurs.

1.3 Les séquences d'éducation à la sexualité

Obligatoires, à raison de deux heures au minimum dans l'année scolaire, ces séquences doivent être inscrites dans l'horaire global annuel des élèves et s'intégrer aux rencontres éducatives sur la santé. Organisées de préférence en petits groupes de dix à quinze élèves, ces séquences offrent un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion. Elles permettent en outre à chacun de relier les différents apports des enseignements concourant à l'éducation à la sexualité et de les compléter, notamment dans des domaines affectifs, psychologiques et sociaux qui ne figurent pas aux programmes des disciplines, et conformément aux objectifs définis ci-après.

Les séquences sont prises en charge dans l'établissement par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, de préférence du collège, formés à cet effet.

La planification des séquences est assurée, sous la responsabilité du professeur principal, par l'équipe pédagogique de la classe, élargie à des membres de l'équipe ci-dessus.

Des intervenants extérieurs qualifiés pourront intervenir, à la demande et sous la responsabilité du chef d'établissement, dans le respect des procédures d'agrément en vigueur (décret n° 92-100 du 6 novembre 1992). Ces interventions s'inséreront dans le cadre de la programmation et de la progression définies par l'équipe éducative en charge des séquences, et viendront en complément des interventions des membres de celle-ci.

La direction de l'enseignement scolaire demandera à chaque recteur d'établir en fin d'année scolaire un bilan des actions menées dans le cadre des séquences d'éducation à la sexualité.

2 - Objectifs spécifiques

Pour atteindre les objectifs généraux précisés dans l'introduction, il convient de définir ici les objectifs propres à l'éducation à la sexualité et communs à tous les niveaux d'âge.

Ces objectifs recouvrent les trois dimensions, individuelle, relationnelle et sociale, participant à la construction de l'individu et contribuant notamment à préparer à l'exercice de la responsabilité parentale. Ils devront, bien entendu, être complétés par une définition plus précise en termes de contenus pédagogiques, de répartition et de progression adaptée à chaque niveau d'âge.

2.1 Image de soi

Construire une image positive de soi-même et de la sexualité comme composante essentielle de la vie de chacun.

2.2 Dimensions de la sexualité humaine

Apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions biologiques, affectives, psychologiques, juridiques, sociales et éthiques.

2.3 Relation à l'autre

Analyser la relation à l'autre dans ses composantes personnelles et sociales, à partir de connaissances précises de chaque sexe.

2.4 Droit à la sexualité et respect de l'autre

Comprendre qu'il puisse y avoir des comportements sexuels variés.

2.5 Exercice du jugement critique

Développer l'esprit critique à l'égard des stéréotypes en matière de sexualité, en amenant notamment les élèves à travailler sur les représentations idéalisées, irrationnelles et sexistes.

2.6 Attitude de prévention

Adopter des attitudes responsables et des comportements préventifs, en particulier en ce qui concerne les abus et l'exploitation sexuels, les maladies sexuellement transmissibles et le sida, les grossesses non désirées.

Apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques existantes dans et à l'extérieur de l'établissement, dans le cadre d'une démarche personnelle.

2.7 Éducation à la responsabilité

Intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale fondées notamment sur les valeurs humanistes du respect de soi et d'autrui, préparant à des choix lucides dans le domaine de la sexualité.

3 - Formation des personnels

Une attention toute particulière sera apportée à la formation des personnels appelés à contribuer à l'éducation à la sexualité.

3.1 Les personnels de l'établissement, notamment les enseignants chargés des disciplines de sciences de la vie et de la Terre et de vie sociale et professionnelle seront préparés, lors de leur formation initiale, à concevoir leur action de manière à lui donner toute sa portée éducative, dans ce domaine et plus généralement en matière d'éducation à la santé.

Des stages de formation continue, disciplinaires ou pluriprofessionnels, leur seront proposés avec le même objectif.

3.2 Les personnels volontaires des établissements appelés à prendre en charge les séquences d'éducation à la sexualité devront avoir suivi des stages appropriés. Ceux-ci, organisés dans le cadre de la formation continue associeront, tant parmi les formateurs que parmi les stagiaires, des enseignants, des personnels d'éducation, sociaux et de santé, sans pour autant exclure a priori d'autres catégories de personnel.

Ces stages doivent :

- intégrer des apports de connaissances d'ordre biologique, socio-culturel, psychologique, juridique et des réflexions d'ordre éthique ;

- comporter une formation concrète aux méthodes et pratiques pédagogiques et éducatives impliquant l'activité des élèves susceptibles d'être utilisées ;

- préparer les stagiaires à travailler en équipe et en cohérence avec les autres actions de formation dans l'établissement qui contribuent à l'éducation à la sexualité.

Sur ces divers plans, les contenus sont à moduler selon les besoins des différents groupes de stagiaires.

Des stages inscrits au plan national de formation (PNF) ont permis la constitution d'un réseau de formateurs au sein de chaque académie, chargé notamment de développer et de coordonner, sous la responsabilité du recteur, les actions de formation nécessaires à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. Les recteurs veilleront à ce que ces réseaux de formateurs soient en mesure de répondre aux besoins de tous les collègues de leur académie.

Les dispositions de cette circulaire abrogent et remplacent celles de la circulaire n° 73-299 du 23 juillet 1973.

Pour le ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie et par délégation, Le directeur de l'enseignement scolaire, Bernard TOULEMONDE

CIRCULAIRE N°98-237 DU 24-11-1998 Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège

NOR : SCOE9802899C

Réf. : D. n° 92-1200 du 6-11-1992 ; A. du 22-2-1995 ;
A. du 22-11-1995 ; A. du 10-1-1997 ; A. du 15-9-1998 ; C. n° 90-039 du 15-2-1990 ; C. n° 90-108 du 17-5-1990 ;
C. n° 97-123 du 23-5-1997 ; C. n° 98-108 du 1-7-1998 ; C. n° 98-234 du 19-11-1998
Texte adressé aux recteurs d'académie ; aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de
l'éducation nationale ; aux inspecteurs de l'éducation nationale ; aux chefs d'établissement ; aux directrices et
directeurs d'école

L'évolution des missions confiées à l'école implique que la place de l'éducation à la santé soit réaffirmée, non seulement dans les enseignements, mais aussi à travers l'ensemble des activités éducatives.

Les responsabilités de la société vis-à-vis de la santé des jeunes n'incombent pas, bien entendu, à la seule éducation nationale. Elles concernent également les parents, les divers services de l'État, les médecins du secteur hospitalier ou privé, les collectivités, les associations. Mais, dans l'action publique de promotion de la santé chez les jeunes, l'éducation nationale a un rôle irremplaçable à jouer, qu'il convient d'exercer de manière résolue. On ne peut en effet ignorer que, sur bien des aspects, la santé des jeunes pose des problèmes particulièrement préoccupants, liés à l'évolution des mentalités, des comportements et du contexte économique et social.

C'est pourquoi l'un des axes privilégiés par le plan de relance de la santé scolaire annoncé en mars 1998 consiste à renforcer le rôle de l'éducation nationale, en instaurant un nouveau cadre pour la mise en œuvre des actions concernant les élèves.

L'éducation à la santé doit s'inscrire dans un projet éducatif global. Elle prend en effet appui sur la transmission de savoirs et de connaissances, passe par l'organisation du cadre de vie à l'école et des activités éducatives, inclut enfin la prévention, qui vise à prémunir les jeunes contre les risques actuellement identifiés.

L'éducation à la santé se déroule tout au long de la scolarité des élèves. Elle doit commencer très tôt car beaucoup de comportements favorables à la santé s'acquièrent d'autant plus aisément qu'ils font l'objet d'un apprentissage précoce. Sa mise en œuvre implique que l'ensemble des personnels intègrent les objectifs d'éducation à la santé dans les missions qui déterminent leur action au quotidien.

Dans cette perspective globale, il apparaît nécessaire, en s'appuyant sur l'ensemble des actions déjà mises en place, de redéfinir le cadre de l'éducation à la santé depuis la maternelle jusqu'à la fin du collège, en précisant sa nature et ses objectifs, les modalités de sa mise en œuvre, sa place dans le projet d'école ou d'établissement, la formation des personnels impliqués, son pilotage.

1 - Nature et objectifs

À l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure.

Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences présentées ci-après en annexe.

Ces compétences reposent à la fois sur :

- l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir,
- la maîtrise de méthodes de pensée et d'action,
- le développement d'attitudes, telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité.

2 - Mise en œuvre : moyens et méthodes

Composante d'une éducation globale, l'éducation à la santé ne constitue pas une nouvelle discipline : elle se développe à travers les enseignements et la vie scolaire. Tous les personnels membres de la communauté éducative (*) y prennent part, individuellement et collectivement, chacun selon la spécificité de ses missions.

Il convient cependant de souligner le rôle essentiel des personnels de santé - médecins, infirmier(e)s - et des personnels du service social. Leurs compétences particulières en font des acteurs privilégiés en matière d'éducation à la santé.

2.1 Toutes les circonstances de la vie scolaire se prêtent à l'éducation à la santé

Il en est ainsi notamment des enseignements, de l'accueil des élèves, de l'organisation du cadre et des rythmes de vie, de l'utilisation des locaux, de la restauration, etc.

Pour qu'une action positive s'exerce dans ces circonstances, il importe :

- que les élèves soient le plus possible associés avec les adultes à la réflexion et soient amenés à prendre leur part de responsabilités ;

- que les adultes adoptent, dans l'exercice de leur autorité, des attitudes de respect et de dialogue à l'égard des élèves et aient conscience de la valeur d'exemple de leurs comportements.

2.2 Dans son enseignement, tout enseignant contribue, de manière plus ou moins spécifique, à l'éducation à la santé

- À l'école comme au collège, quelle que soit la matière, chaque enseignant contribue à l'éducation de ses élèves. Il s'attache, en particulier, à favoriser le dialogue avec et entre les élèves, à leur apprendre le respect des règles de vie en commun, les aide à développer des attitudes positives, adopte avec chacun une démarche valorisante. Il participe ainsi à l'éducation à la santé dans le cadre de ses missions définies, s'agissant du second degré, par la circulaire n° 97-123 du 23 mai 1997.

- Certains enseignements contribuent directement, conformément à leurs programmes, à développer des connaissances en rapport avec la santé. Leur finalité éducative suppose la participation active des élèves à la construction de ces connaissances, reliées à des situations concrètes.

- De nombreux enseignements, enfin, dont les programmes n'ont pas directement traité la santé, peuvent cependant mettre en œuvre des activités, exploiter des situations, des textes ou des supports utiles pour l'éducation à la santé.

Afin de mieux atteindre ses objectifs, l'éducation à la santé nécessite une prise en charge collective, cohérente et progressive à travers les différents enseignements.

Au collège, on peut notamment s'appuyer sur les parcours diversifiés, qui sont particulièrement propices à une telle démarche.

À l'école primaire, la polyvalence des maîtres contribue à faire de l'éducation à la santé une compétence transversale.

2.3 Toute action des services de santé et sociaux est préparée et conduite dans un souci d'éducation

Toute action des services de santé et sociaux doit être préparée, le cas échéant avec le concours d'enseignants ou d'autres membres de la communauté éducative, de manière à ce que les élèves soient en mesure d'en comprendre le sens. Dans cet esprit, un bilan de santé, une visite auprès de l'infirmier(e), une consultation auprès du médecin de l'éducation nationale, un entretien avec l'assistant(e) social(e) sont conduits dans un souci de respect de la personnalité de l'élève et de dialogue confiant.

2.4 La dynamique de l'éducation à la santé bénéficie d'initiatives qui relient et prolongent ces actions

o À l'école maternelle et à l'école élémentaire, dans le cadre des projets d'école, et en lien avec les programmes, de nombreuses initiatives favorisent déjà l'éducation à la santé. Il faut souligner à cet égard le rôle majeur de l'école en matière de respect du corps et d'apprentissage des règles d'hygiène.

Il convient d'étendre de telles pratiques. Leur portée éducative repose sur la définition d'objectifs clairs, la prise en compte du milieu de vie, des habitudes culturelles, des intérêts et des préoccupations des enfants. Elle suppose la mise au point de projets mobilisant les divers membres de la communauté éducative, et d'abord des enseignants et personnels de santé, selon leurs compétences respectives. L'implication des élèves, l'association des parents aux projets sont nécessaires.

o Au collège, des initiatives, dont l'objectif est de promouvoir une prise en charge plus systématique et plus globale de l'éducation à la santé ont fait l'objet de bilans positifs. C'est pourquoi il a été décidé de s'en inspirer pour généraliser à tous les collèges, à côté des enseignements et en relation avec eux, des rencontres éducatives sur la santé.

3 - Les rencontres éducatives sur la santé au collège

3.1 Objectifs

Les rencontres éducatives permettent de renforcer, en les mobilisant, les acquis des enseignements, dans le cadre d'une formation plus globale.

À travers ces rencontres, il s'agit :

- de favoriser un dialogue organisé et ouvert entre élèves, mais aussi entre adultes et élèves ;
- de privilégier des objectifs liés au développement d'attitudes, à une réflexion sur les normes et les valeurs, sur le rapport à la loi et à la règle, etc. ;
- d'impulser la nécessaire collaboration entre tous les adultes de la communauté éducative, notamment entre personnels de santé, sociaux et enseignants.

3.2 Contenus et méthodes

Il ne s'agit pas de reprendre, ni a fortiori d'anticiper sur l'étude de notions de biologie enseignées par ailleurs, pas plus que d'aborder celle des diverses maladies, de leur prévention ou de leur traitement. Le but est d'aider les élèves à réfléchir et à s'investir, individuellement et collectivement, en utilisant leurs acquis, à propos de situations en rapport avec la santé, vécues ou présentées sous forme de témoignages, d'enquêtes, de films ou d'autres documents.

Il importe que les situations retenues, en cohérence avec les programmes, soient :

- suffisamment diverses au cours de la scolarité au collège ;
- choisies parmi les questions relatives notamment à l'alimentation, à la motricité et à la posture, à la sécurité, à la prévention des accidents et aux premiers secours, à la sexualité, à l'environnement, à des sujets de société (consommations nocives, violence, dépression) ; il est toutefois nécessaire de les exploiter de manière progressive et sans recherche d'exhaustivité, en privilégiant une approche globale et positive de la santé ;
- en rapport avec l'âge, le milieu de vie, l'expérience, les besoins et les intérêts des élèves. Le recours à des situations motivantes, à l'origine de questionnements plus fertiles, est préférable à l'utilisation de questionnaires qui peuvent être source de nombreux lieux communs.

Les adultes qui encadrent les rencontres guident les élèves (choix des situations et des projets, recherche des documents et des sources, organisation des activités, individuelles ou en équipe...). Ils veillent au développement d'un dialogue authentique, qui ne saurait se réduire à un échange de questions - réponses. Dans un esprit de valorisation, ils prévoient des évaluations adaptées et entraînent les élèves à une auto-évaluation. Il leur appartient de faire prendre conscience des repères et des limites, sans imposer une philosophie ou des choix personnels. Ils doivent veiller scrupuleusement au respect des consciences, de la sensibilité et du droit à l'intimité des élèves.

3.3 Organisation et mise en œuvre

Les rencontres éducatives sur la santé, élaborées avec toute la communauté éducative, sont prévues dans le projet d'établissement.

Le programme de ces rencontres précise :

- les priorités retenues, les objectifs visés, les actions à mener ;
- le nombre, la durée et le calendrier des rencontres, inscrites dès le début de l'année dans l'emploi du temps des élèves et dans le service des personnels ;
- la qualité des personnels de l'établissement chargés de leur encadrement, et, le cas échéant, les intervenants extérieurs, qui apportent leur contribution sous la responsabilité des personnels de l'établissement ;
- les modalités d'information des parents et celles de leur participation.

Pour les rencontres dont l'encadrement est assuré par des enseignants, les moyens horaires nécessaires sont pris sur la dotation horaire globale :

- soit, avant la répartition par discipline, en affectant aux rencontres éducatives un quota d'heures réservées ;
- soit, après cette répartition et une fois établi l'emploi du temps des élèves, par réaffectation aux rencontres éducatives de séquences d'enseignement (heures "banalisées") en veillant à les répartir équitablement sur l'ensemble des disciplines.

Des groupes d'élèves, issus d'une même division ou des divisions d'un même niveau, sont constitués sous la responsabilité du ou des professeurs principaux concernés. Leur effectif, limité, peut être inférieur à celui d'une division.

Tous les élèves doivent avoir participé à ces rencontres éducatives sur la santé, pour un horaire moyen indicatif de 30 à 40 heures au total pour les quatre années de collège. Cet horaire est réparti entre deux niveaux au moins, selon le choix de l'établissement, avec par exemple une priorité à la 6ème d'une part, d'autre part aux niveaux 4ème - 3ème, où il intègre alors les séquences obligatoires d'éducation à la sexualité prévues par la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 (voir dans ce numéro page 2581).

4 - Cohérence éducative : éducation à la santé, projet d'établissement et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

4.1 Éducation à la santé et projet d'établissement

L'éducation à la santé doit trouver pleinement sa place dans le projet d'école ou d'établissement, instrument privilégié de la prise en compte cohérente de la santé dans l'enseignement et la vie scolaire.

- Il inclut le choix de priorités et de projets d'activités marquant l'originalité et la singularité de l'établissement dans le cadre des orientations nationales ;

- au collège, il fixe l'organisation des rencontres éducatives sur la santé ;
- il ménage la cohérence et la progressivité de l'ensemble des activités d'enseignement et hors enseignement, et garantit la complémentarité des interventions des membres de la communauté éducative ;
- il organise les partenariats utiles, impliquant les collectivités locales, les organismes ou associations compétents pour l'éducation à la santé, experts, et prévoit, le cas échéant, les interventions de personnes ou organismes extérieurs qui peuvent être sollicités dans le respect des procédures d'agrément en vigueur (décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992).

Ces interventions s'inscrivent toujours dans les choix de l'école ou du collège et ne doivent pas aboutir au désengagement des personnels de l'établissement ;

- il précise les thèmes et les modalités des actions de formation continue des personnels nécessaires à sa mise en œuvre.

4.2 Éducation à la santé et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

La généralisation de l'éducation à la santé suppose une liaison forte avec les actions menées par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, dont les missions ont été définies par la circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998.

Cette liaison peut être réalisée autour de trois axes :

- contribuer à établir un diagnostic de l'établissement à partir d'indicateurs concernant notamment les besoins et intérêts des élèves, les caractéristiques de l'environnement, les priorités locales de santé ;
- assurer la coordination et le suivi des interventions des différents partenaires, en particulier dans le cadre des rencontres éducatives ;
- établir un bilan annuel de l'éducation à la santé.

5 - La formation des personnels

La formation initiale et continue des personnels constitue un moyen essentiel pour promouvoir la généralisation de l'éducation à la santé. C'est pourquoi il importe qu'ils soient formés à prendre en compte dans leur activité professionnelle les méthodes et les objectifs de l'éducation à la santé. De même ils doivent être préparés à organiser, dans des démarches de projets, la cohérence indispensable entre les activités et la complémentarité nécessaire des acteurs.

Les actions de formation continue répondent par priorité aux besoins et aux demandes des équipes d'écoles ou de collèges, voire de secteurs. Toujours fondées sur la globalité de l'éducation à la santé et plus largement de l'action éducative, privilégiant les méthodes par rapport aux contenus spécialisés, ces formations peuvent s'organiser à partir de la compréhension et de la connaissance de l'enfant et de l'adolescent sur des thèmes tels que l'alimentation, la sexualité, le respect du corps, les toxicomanies...

L'organisation de formations pluricatégorielles, la constitution au niveau académique d'équipes associant des formateurs de catégories différentes et les interventions conjointes de ces formateurs sont à développer.

Des stages de formation de formateurs, conçus selon les mêmes principes, sont proposés au plan national de formation.

Les personnels d'inspection et de direction, les conseillers techniques des recteurs et conseillers techniques responsables départementaux de santé et sociaux, sont préparés, en formation initiale et en formation continue, à assumer en synergie leur rôle de coordination et d'animation dans ce domaine.

6 - Pilotage académique et départemental

La généralisation de l'éducation à la santé à l'école et au collège implique un accompagnement, un suivi et une évaluation des initiatives prises par les établissements, notamment des rencontres éducatives dans les collèges, et de leur insertion dans le projet global d'éducation à la santé.

Aux différents niveaux, académique et départemental, il paraît opportun, pour une meilleure cohérence et une coordination efficace, de s'appuyer sur le dispositif existant en matière de pilotage et de suivi des comités d'éducation à la santé et la citoyenneté, incluant, en particulier, des responsables de la vie scolaire (inspecteur pédagogique régional "établissements et vie scolaire", proviseur vie scolaire, inspecteurs de l'éducation nationale), des conseillers techniques de santé et sociaux...

Les académies seront sollicitées par la direction de l'enseignement scolaire afin d'établir un bilan de l'application de ces dispositions.

J'appelle votre attention sur l'importance particulière que j'attache à la prise en compte à tous les niveaux de ces orientations nationales relatives à l'éducation à la santé, qui s'inscrivent dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté.

La ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire Ségolène ROYAL

Annexe : Objectifs de l'éducation à la santé de l'école maternelle à la fin du collège

		Compétences relatives à :				Compétences personnelles et relationnelles
		La connaissance et la maîtrise du corps	La sexualité et la reproduction	L'environnement et la santé	La vie sociale et la santé	
Ecole primaire	cycle 1	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer ses possibilités motrices (<i>Agir dans le monde</i>) - Montrer et nommer les différentes parties du corps - Repérer les manifestations du vivant : nutrition, locomotion (<i>découvrir le monde</i>) - Identifier des informations données par ses sens (<i>traitement de l'information</i>) - Observer des rythmes de vie et des règles d'hygiène dans des situations concrètes (<i>découvrir le monde</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer la reproduction parmi les grandes fonctions du vivant - Reconnaître des caractéristiques du vivant : naissance, croissance, développement, vieillissement, mort (<i>découvrir le monde</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier des risques de l'environnement familial (objets dangereux et toxiques) (<i>découvrir le monde</i>) - Identifier des risques de la rue, de la route (<i>découvrir le monde</i>) - Repérer des nuisances : bruits, odeurs, importances des déchets (<i>découvrir le monde</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comparer des produits de consommation (nature, origine, emballage) (<i>découvrir le monde</i>) - Reconnaître un message publicitaire (<i>découvrir le monde</i>) 	<p>Image de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affirmer son identité, évaluer ses possibilités et ses limites - Exprimer ses émotions et ses sentiments - Faire respecter son corps (référence à la maltraitance et à la violence physique) <p>Autonomie et initiative personnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre en charge de manière autonome des soins d'hygiène - Faire preuve d'initiatives personnelles dans la gestion de son temps et de son travail
	cycle 2	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter ses efforts suivants la nature des actions motrices effectuées, en prenant conscience de ses limites (<i>EPS</i>) - Décrire le rôle et le fonctionnement des organes (<i>découvrir le monde</i>) - Agir en fonction d'un risque reconnu et apprécié et de la difficulté de la tâche (<i>EPS</i>) - Mettre en oeuvre des règles de vie : hygiène (<i>habitudes quotidiennes de propreté, d'alimentation, de sommeil, de rythme de vie...</i>), sécurité (<i>découvrir le monde et éducation civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Décrire la reproduction parmi les grandes fonctions du vivant (<i>découvrir le monde</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre part avec pertinence à des discussions et/ou des actions relatives à la gestion de l'environnement (<i>éducation civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à des discussions sur des problèmes de consommation : publicité, différents types de produits (<i>éducation civique</i>) - Respecter les règles de vie en commun dans la classe et dans l'école : prise de parole, camaraderie, entraide, coopération, sécurité, tenue (<i>éducation civique</i>) 	<p>Relation aux autres et solidarité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer, participer à des discussions sur des situations de la vie quotidienne - Participer à des jeux sportifs, à des actions sur l'environnement - Demander, apporter une aide à bon escient <p>Esprit critique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparer des habitudes d'hygiène de vie, analyser leurs conséquences possibles à court et long terme sur la santé - Manifester son esprit critique pour résister à la pression des autres <p>Responsabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respecter le cadre de vie de l'école et participer à son amélioration pour le mieux être de tous
	cycle 3	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser ses ressources physiques et gérer ses efforts (<i>EPS</i>) - Décrire les fonctions de nutrition - Identifier les conséquences à court et long terme de l'hygiène de vie (actions bénéfiques et nocives de nos comportements) (<i>sciences et technologie</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comparer les divers modes de reproduction animale avec la sexualité et la reproduction des humains (<i>sciences et technologie</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Discuter des responsabilités personnelles et collectives et proposer des réactions face à un problème lié à l'environnement et à sa protection (<i>éducation civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Discuter des responsabilités personnelles et collectives face aux problèmes liés aux droits de l'homme et aux atteintes qu'ils subissent (en particulier discrimination et violences) et à la santé et sa protection (<i>éducation civique - sciences et technologie</i>) - Donner l'alerte en cas de danger : décrire ou pratiquer des gestes de premiers secours (<i>éducation civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Réagir face à une situation imprévue de danger, donner l'alerte

Convention pour la promotion de l'égalité des chances entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif CONVENTION DU 25-2-2000

**NOR : MENENE0000586X / RLR : 100-9 ; 501-0 ; 420-0 ; 610-0
MEN - DESCO / MES / AGR**

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, d'une part, La ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire, la secrétaire d'État aux droits des femmes et à la formation professionnelle d'autre part.

Les évolutions de la société ont permis l'accès des femmes à tous les domaines professionnels et la réussite scolaire des filles est aujourd'hui incontestable. La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 précise, dans son article premier, que le service public de l'éducation contribue à favoriser l'égalité entre les hommes et les femmes.

Cependant, ces évolutions masquent un accès inégalitaire des femmes et des hommes au marché du travail. De nombreuses filières professionnelles restent de fait peu ouvertes aux filles, puisque 60% des femmes exercent des métiers qui ne représentent que 30% des emplois. Le taux de chômage des femmes est de 12,5% contre 9% pour les hommes (décembre 1999). Elles occupent, pour 60% d'entre elles, des postes d'ouvrières ou d'employées et représentent 80% des emplois à temps partiel et à bas salaire. Cette inégalité de carrière est soulignée par un écart moyen de rémunération entre hommes et femmes d'environ 25%. Leur accès aux postes de responsabilité reste limité dans les secteurs de l'économie, de la recherche, de la culture et de la politique.

Un travail conjoint a déjà été initié entre le ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie et les instances chargées des droits des femmes et a donné lieu à la signature de deux conventions en 1984 et en 1989, cette dernière étant plus précisément centrée sur l'ouverture aux filles des enseignements technologiques et professionnels.

Il s'agit aujourd'hui, pour le système éducatif, d'aller plus loin et de définir une politique globale d'égalité des chances entre les sexes en direction de tous ses acteurs, du préélémentaire à l'enseignement supérieur, de la formation initiale à la formation tout au long de la vie.

L'élargissement des choix professionnels des filles et des garçons, la possibilité d'accéder à tous les rôles sociaux, la promotion d'une éducation fondée sur le respect mutuel des deux sexes constituent des enjeux prioritaires au regard notamment :

- de la mise en place d'une pédagogie et d'un suivi individualisés des élèves, qui tiennent compte de la diversité de leurs parcours ;
- des enjeux introduits par le développement des technologies et des perspectives d'emploi ainsi créées ;
- de la construction d'un système éducatif et d'un marché de l'emploi ouverts sur l'Europe.

L'Union européenne, qui fait de l'égalité entre les femmes et les hommes l'un des axes prioritaires des politiques de l'emploi des États membres, nous engage à poursuivre dans cette voie. Des fonds structurels européens seront d'ailleurs mobilisés pour financer les actions engagées en ce sens au niveau national et régional.

La réussite de cette politique passe par la mise en œuvre d'une convention portant, dans une première étape, sur la période 2000-2003. Elle suppose une impulsion nationale pour certains aspects. Elle exige un engagement fort de l'éducation nationale et de l'enseignement agricole, respectivement au niveau académique et régional, mais également à tous les niveaux, en collaboration avec les services déconcentrés des droits des femmes, les collectivités locales et les associations. Du préélémentaire à l'enseignement supérieur, cette action engage tous les personnels de l'éducation.

À cet effet, les ministres sont convenus des mesures suivantes :

1 - Améliorer l'orientation scolaire et professionnelle des filles et des garçons et veiller à l'adaptation de l'offre de formation initiale aux perspectives d'emploi

La situation actuelle du marché de l'emploi se caractérise par un chômage important des femmes dans un certain nombre de secteurs aux débouchés réduits et par la sous-représentation des filles dans les secteurs porteurs d'emplois, notamment dans les filières scientifiques et technologiques, ainsi que dans celles des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Il s'agit donc de faire prendre conscience aux élèves et à leurs parents, aux étudiants et à l'ensemble de la communauté éducative, des enjeux de l'orientation en termes d'insertion professionnelle, et de les mettre en garde contre les stéréotypes attachés aux rôles sociaux féminins et masculins qui déterminent les choix d'orientation. Plus largement, l'orientation devra être améliorée dans le sens d'un meilleur équilibre entre les filles et les garçons dans le choix des filières et des métiers.

Les actions prévues poursuivent un double objectif :

- accompagner individuellement les filles et les garçons au moment de leurs choix d'orientation, au collège, au lycée et dans l'enseignement supérieur, par les actions des enseignants et des conseillers d'orientation-psychologues, en y associant l'ensemble de la communauté éducative ;

- promouvoir une information générale tout au long de la scolarité et du parcours de formation, sur les filières, les métiers et la situation de l'emploi, en intégrant systématiquement la dimension sexuée.

Ces deux objectifs seront atteints en instaurant les outils suivants :

1.1 Améliorer l'orientation scolaire et professionnelle des filles et des garçons

*Intégrer dans le rapport annuel réalisé par les établissements scolaires et d'enseignement supérieur, une analyse de la situation comparée des filles et des garçons dans l'établissement qui comportera des objectifs chiffrés et déterminera les mesures à prendre si un rééquilibrage s'impose.

Cette analyse sera examinée en conseil d'administration, diffusée aux parents d'élèves et portée à la connaissance des étudiants.

*Développer l'information générale à disposition des élèves, des étudiants et du corps enseignant sur l'égalité des chances. Des séances d'information seront dispensées notamment par les cellules universitaires d'information et d'orientation qui devront disposer de moyens renforcés à cet effet.

*Développer l'information des professeurs principaux en intégrant dans "le mémento du professeur principal", en lien avec l'ONISEP, des données sexuées et des informations plus significatives sur la situation de l'emploi des femmes et des hommes.

*Prendre en compte systématiquement dans les conseils de classes et les réunions de parents la dimension sexuée de l'orientation, à l'aide notamment de documents élaborés par l'ONISEP et les services académiques d'information et d'orientation (SAIO).

*Évaluer et diffuser les expériences, déjà en cours dans plusieurs académies, sur le renforcement du travail avec les familles concernant les choix d'orientation et sur la mise en œuvre d'un accompagnement systématique de l'orientation afin de mieux prendre en compte le projet personnel de l'élève.

*Inscrire systématiquement la question de l'égalité des chances entre les filles et les garçons dans les objectifs d'éducation à l'orientation.

*Étudier les populations d'étudiants des écoles d'enseignement supérieur agronomique et vétérinaire et examiner les conditions d'admission.

*Réaliser des études dans l'enseignement supérieur, sur les réorientations en cours de DEUG identifiant les cursus des filles et des garçons. Les critères de sélection pour l'accès aux diplômes professionnalisés à tous les niveaux et tout spécialement au niveau bac+5, seront analysés dans la même perspective.

1.2 Veiller à l'adéquation entre les filières de formation et les perspectives d'emploi

L'objectif est, d'une part de favoriser une meilleure information sur les débouchés professionnels des différentes filières afin de permettre aux élèves, aux étudiants et aux familles de choisir le cursus le mieux adapté aux dispositions de l'élève, d'autre part de veiller à une meilleure adéquation entre les diplômés (contenu et niveau) et les débouchés professionnels. Il convient donc :

a) De suivre l'insertion professionnelle des élèves en ciblant, à court terme, sept secteurs à titre de test, en partenariat avec les professions concernées

Mener une étude statistique sexuée sur trois ans, portant sur l'orientation des filles et des garçons pour tous les niveaux de qualification dans des domaines sensibles comme, par exemple :

- des secteurs porteurs d'emplois : informatique (dont les nouvelles technologies de l'information et de la communication), électronique-électrotechnique-automatisme, comptabilité-gestion-finances, agro-alimentaire ;
- des secteurs posant des problèmes de débouchés professionnels pour certains niveaux de qualification : secrétariat, textile-habillement, psychologie et sociologie.

L'insertion des filles et des garçons à la sortie de ces formations sur le marché du travail fera également l'objet d'un suivi.

b) De favoriser l'accueil et l'insertion des filles dans les filières d'avenir

Développer l'information générale sur les filières et les métiers des domaines scientifiques, technologiques et professionnels.

Relancer la réflexion et mener une campagne d'information sur "femmes et sciences" afin de développer l'accès des filles aux filières scientifiques (classes préparatoires, écoles d'ingénieurs, études doctorales...) :

- Développer les initiatives valorisantes, à l'instar du prix de la vocation scientifique et technique ou d'initiatives du monde économique, qui identifie et valorise l'action positive des femmes dans ces domaines.

- Fixer des objectifs de progression des filles dans des filières d'avenir en partenariat avec les professions. L'ensemble des formations diplômantes et qualifiantes, dans le cadre en particulier de l'enseignement intégré, doit être proposé sans discrimination à l'ensemble des élèves, afin de parvenir à l'insertion des filles dans l'entreprise. Les chefs de travaux et les tuteurs en entreprise devront être sensibilisés à l'égalité des chances.

- Veiller à ce qu'un accompagnement vers l'emploi soit mis en œuvre, le cas échéant par des conventions passées au niveau local. Il s'agit de renforcer, en ce qui concerne l'emploi des femmes, le partenariat établissement-entreprise, et d'inciter les entreprises et les branches professionnelles à un renouvellement de leur image et à une réflexion de fond sur les obstacles à l'intégration et à la promotion des femmes.

- Inciter les collectivités territoriales et les responsables du patrimoine à poursuivre les mesures d'adaptation des locaux (vestiaires et toilettes pour les filles...), permettant l'admission dans tous les établissements scolaires et universitaires des filles comme des garçons. De même, les logements et équipements sanitaires des lycées et des cités universitaires doivent être systématiquement adaptés à la présence des filles comme des garçons, en respectant leur mode de vie spécifique.

- Appliquer les mêmes recommandations aux établissements d'enseignement agricole, notamment en raison du rôle majeur des internats dans cet enseignement.

c) D'adapter les filières pour lesquelles il existe des difficultés importantes d'insertion professionnelle

*Accélérer la rénovation des diplômés professionnels, en particulier des filières tertiaires et médico-sociales dans l'optique d'une meilleure adaptation à l'emploi (CAP, BEP et baccalauréat, études supérieures dans les domaines paramédicaux...). La mission générale d'insertion du ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie sera associée à cette réflexion, en lien avec les services de la santé et de l'action sociale pour ce qui concerne les diplômés professionnels des secteurs médico-sociaux et éducatifs.

*Permettre au lycée, comme dans l'enseignement supérieur, des parcours individualisés. En particulier, la réorientation par des passerelles ou d'autres modalités de remise à niveau peut permettre à des filles ayant suivi d'autres formations de se diriger, notamment, vers les secteurs scientifiques ou technologiques.

1.3 Ouvrir plus largement l'accès à la formation et aux diplômes tout au long de la vie

*Renforcer l'égal accès des femmes et des hommes à la formation et à la qualification par la validation des acquis. Afin de permettre à un plus grand nombre d'adultes engagés dans la vie professionnelle de valider leur expérience, la loi du 20 juillet 1992 portant validation d'acquis professionnels pour la délivrance de diplômes sera élargie. L'ensemble des diplômes délivrés par l'État seront désormais accessibles par cette voie. Cette mesure bénéficiera tout particulièrement aux femmes adultes dont la formation initiale était généralement inférieure à celle des hommes, et dont les parcours professionnels ont été plus discontinus. Sur la base de ce nouveau cadre juridique, des actions visant à la reconnaissance de l'expérience des femmes ne disposant pas aujourd'hui d'une qualification professionnelle seront engagées.

*Offrir un accès facile et rapide à l'information et à l'orientation sur la formation tout au long de la vie en garantissant aux femmes un conseil personnalisé, notamment dans le cadre de la plate-forme nationale d'accueil et d'orientation à distance du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) et du Centre national d'enseignement à distance (CNED).

2 - Promouvoir une éducation fondée sur le respect mutuel des deux sexes

L'objectif d'élargissement des choix professionnels, au-delà de l'accompagnement des choix d'orientation, exige une action dès le plus jeune âge sur les représentations des rôles respectifs des hommes et des femmes. Il se double d'un aspect plus ambitieux : favoriser une société plus égalitaire et respectueuse des différences.

2.1 Intégrer dans les programmes d'éducation civique et d'éducation à la citoyenneté la réflexion sur les rôles sociaux respectifs des hommes et des femmes

L'heure de "vie de classe" au collège, au lycée et au lycée professionnel sera un moment privilégié d'éducation à l'égalité entre les femmes et les hommes. Les supports distribués à chaque rentrée scolaire intégreront cette dimension.

2.2 Élargir et généraliser l'information sur la connaissance du corps dès la maternelle, dans les établissements scolaires et d'enseignement supérieur, et pour ce faire :

*Utiliser les nouveaux modules d'éducation à la santé au collège pour améliorer la connaissance du corps et celle de la contraception et intégrer une éducation non sexiste fondée sur le respect mutuel entre les filles et les garçons.

*Former les personnels concernés et élaborer des outils pédagogiques (manuels, vidéos...).

*Généraliser la mise en place de comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

2.3 Prévenir les violences sexistes

La violence, sous toutes ses formes, est favorisée par les stéréotypes concernant le rôle des sexes. C'est pourquoi il est nécessaire de faire réfléchir les élèves sur les relations entre garçons et filles, l'égalité, les rapports de pouvoir et la violence. Il convient de :

*Privilégier des approches pédagogiques susceptibles de dénoncer les mécanismes traditionnels de domination pour les remplacer par l'apprentissage de modèles relationnels respectueux et égalitaires. Cette approche réclame notamment un accompagnement du contenu des programmes et une attention portée au choix des manuels scolaires dès le primaire, ainsi que des livres de littérature jeunesse proposés dans les classes.

À l'école élémentaire, un programme spécifique d'éducation fondé sur le respect mutuel des deux sexes sera élaboré par le ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie et le service des droits des femmes.

*Trouver des modes d'action adaptés contre les violences subies par les filles, en développant un accueil et une écoute des victimes de violences, en fournissant une information sur les lieux d'accueil et en incluant dans le programme d'études de l'Observatoire de la vie étudiante une enquête sur les violences.

*Intégrer la dimension de la lutte contre les comportements sexistes dans les campagnes de sensibilisation, en partenariat avec la police, la gendarmerie, la magistrature, le service des droits des femmes.

*Articuler la lutte contre les violences subies par les enfants avec la lutte contre les violences conjugales. Des violences subies par la mère ont de graves retentissements sur le développement de l'enfant, même s'il n'en est que témoin. Les conséquences constatées soulignent l'interdépendance des phénomènes de violences conjugales et de maltraitance infantile ainsi que les facteurs de risques encourus.

*Produire des informations et des statistiques sexuées sur les violences sexuelles en milieu scolaire à destination des élèves et des parents.

*Inscrire dans le règlement intérieur l'obligation pour tous d'adopter et de faire respecter des attitudes non sexistes y compris dans des comportements généralement non stigmatisés.

3 - Renforcer les outils de promotion de l'égalité et la formation des acteurs

Les différents objectifs de la présente convention doivent, pour aboutir à des réalisations concrètes qui soient inscrites dans la durée, s'appuyer sur des outils de promotion de l'égalité et une formation adaptée des acteurs.

3.1 Faire prendre en compte la dimension de l'égalité des chances entre les filles et les garçons dans les projets des établissements

Intégrer une politique d'égalité des chances dans les projets académiques, les projets régionaux de l'enseignement agricole, les projets d'établissements d'enseignement secondaire et supérieur, ainsi que les contrats quadriennaux des établissements universitaires. Ces projets pourront comporter des actions en faveur de l'élargissement des choix d'orientation des filles, en mettant en place des modules passerelles permettant des réorientations, en fixant des objectifs quantifiés, ainsi que des actions concernant l'orientation, la santé, la citoyenneté, les droits de la personne.

3.2 Former l'ensemble des membres de la communauté éducative à l'égalité des chances

*Introduire systématiquement une formation spécifique dans la formation initiale des enseignants au sein des IUFM, des centres de formation des conseillers d'orientation-psychologues, du centre de formation de la direction des personnels administratifs, techniques et d'encadrement, ayant pour thème l'élargissement des choix professionnels des filles et des garçons, les rôles sociaux des hommes et des femmes, l'identification des stéréotypes. Introduire de même une formation spécifique dans la formation initiale des personnels d'éducation-surveillance et des autres agents de la communauté éducative de l'enseignement agricole.

*Élaborer un module de formation sur l'égalité des chances pour la formation continue des personnels de l'ensemble de la communauté éducative. Ce type de formation concernera également les membres des corps d'inspection et les personnels de direction.

*Mettre en place une politique globale d'information et de formation à la question de l'égalité dans l'ensemble de l'enseignement supérieur (conférences des présidents, directeurs d'établissement et équipes de direction, enseignants, associations d'étudiants...).

*Diffuser aux enseignants un matériel pédagogique adapté, notamment la brochure "Filles et garçons à l'école, une égalité en construction" (CNDP - 1999).

*Créer des centres de ressources pour l'information de la communauté pédagogique utilisant les nouvelles technologies de communication et mettant en place des banques de données académiques, nationales et européennes. Le service Internet sur l'égalité des chances entre les filles et les garçons dans l'éducation permet, à cet égard, de rassembler les outils en matière de pédagogie, d'ouvrir un espace de débats et d'échanges de pratiques.

*Tenir compte des différences entre filles et garçons concernant le rapport au savoir, en particulier dans les travaux pluridisciplinaires encadrés.

3.3 Valoriser le rôle des femmes dans les enseignements dispensés et assurer leur égalité d'accès aux postes de responsabilité au sein de l'éducation nationale et de l'enseignement agricole

a) Valoriser le rôle des femmes dans les enseignements dispensés

*Évaluer la place faite aux femmes dans les programmes, rappeler l'apport des femmes dans tous les champs du savoir et dans les matières enseignées et introduire des contenus relatifs à la construction des rôles sociaux.

*Poursuivre la réflexion sur les outils pédagogiques et les manuels scolaires. Un prix annuel sera créé pour mettre en valeur les réalisations les plus novatrices.

*Veiller à l'image et à la présence de femmes dans les documents de communication des ministères et établissements engagés par la présente convention. La féminisation des noms de métiers sera poursuivie en référence au guide élaboré par l'Institut national de la langue française du CNRS.

*Développer la recherche universitaire consacrée à l'étude de la situation des femmes en France et au niveau international et augmenter les échanges avec les universités des autres pays.

b) Assurer l'égalité d'accès des femmes aux postes de responsabilité

*Développer une approche volontariste pour l'accès des femmes aux postes de responsabilité, tant à la direction des établissements qu'au sein de l'administration, lors de l'élaboration des contrats d'objectifs que les ministères doivent mettre en place à partir de l'an 2000, en application des propositions du rapport d'Anne-Marie Colmou remis au ministre de la fonction publique, de la réforme de l'État et de la décentralisation en février 1999.

*Veiller à une meilleure représentation des femmes et des hommes dans la composition du Conseil national des programmes et des groupes techniques disciplinaires, ainsi que dans la composition des jurys de concours et de recrutement.

*Relever et identifier par des études et lever les obstacles à l'égal accès des femmes aux postes de décision, aux promotions et aux bourses.

*Intégrer des données sexuées dans les bilans sociaux des établissements d'enseignement et de recherche.

3.4 Accroître les données statistiques, en intégrant les paramètres sur la différence des sexes, selon les recommandations du rapport interministériel sur les statistiques sexuées de décembre 1999. En assurer une large diffusion afin de fournir des éléments de réflexion aux responsables des politiques locales. Pour le ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, il sera demandé aux directions et particulièrement à la direction de la programmation et du développement de sexuer systématiquement toutes ses statistiques et d'en assurer la publication.

4 - Mise en œuvre

*La mise en œuvre de cette convention sera assurée par un comité national de pilotage et de suivi interministériel.

*Celui-ci s'appuiera sur des groupes interministériels implantés dans chaque académie (délégations régionales et missions départementales aux droits des femmes, syndicats professionnels, chambres consulaires, services déconcentrés du ministère de l'emploi et de la solidarité, de l'agriculture et de la pêche et des associations compétentes...) et sur le réseau des chargés de mission académiques à l'égalité des chances, renforcé à cet effet.

*Un bilan des actions réalisées sera élaboré et rendu public chaque année.

*Parallèlement, afin d'évaluer l'efficacité des dispositifs mis en œuvre depuis la première convention signée entre le ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie et le ministère des droits de la femme en 1984, un rapport sera publié et diffusé aux acteurs.

Fait à Paris, le 25 février 2000

La ministre de l'emploi et de la solidarité Martine AUBRY

Le ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, Claude ALLÈGRE

Le ministre de l'agriculture et de la pêche, Jean GLAVANY

La ministre déléguée, chargée de l'enseignement scolaire, Ségolène ROYAL La secrétaire d'État aux droits des femmes et à la formation professionnelle, Nicole PERY

LOI n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

NOR: MESX0000140L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu les décisions du Conseil constitutionnel no 2001-446 DC du 27 juin 2001 et no 2001-449 DC du 4 juillet 2001 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I AVORTEMENT

TITRE II CONTRACEPTION

Article 21 - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : « sur prescription médicale » sont supprimés.

Article 22 - Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9

« L'éducation à la santé et à la sexualité

« Art. L. 312-16. - Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison **d'au moins trois séances annuelles** et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret no 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

ENSEIGNEMENTS ÉLÉMENTAIRE ET SECONDAIRE

SANTÉ DES ÉLÈVES

Politique de santé en faveur des élèves

NOR : MENE0201020C

RLR : 505-7

CIRCULAIRE N°2002-098 DU 25-4-2002

MEN DESCO B4

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale

La santé des élèves constitue un enjeu d'importance pour l'école : son incidence sur les apprentissages et la réussite scolaire, sur l'éducation au respect de soi et des autres, sur la formation du futur citoyen et du futur adulte, son rôle en matière de réduction des inégalités et de prévention de toutes les formes de violence, sont essentiels.

Trois principes guident la politique de santé à l'école :

- la responsabilité première en matière de santé des élèves relève des familles, qui doivent être étroitement associées à la définition et à la mise en œuvre des projets dans ce domaine ;
 - la politique de santé à l'école est l'affaire de l'ensemble de la communauté éducative, appuyée par les personnels médicaux et infirmiers ; elle constitue à ce titre, un élément essentiel des projets d'école et d'établissement ;
 - l'école n'a pas vocation à agir seule dans ce domaine : elle doit développer des partenariats privilégiés avec son environnement et trouver des appuis et des relais dans des domaines qui ne relèvent pas de ses missions principales.
- De nombreuses actions et initiatives ont été engagées dans les académies au cours de ces dernières années. Ces actions doivent trouver une lisibilité et une cohérence accrues, en étant pleinement inscrites dans les politiques académiques.

1 - Une politique éducative de santé associant étroitement les familles

Le rôle des familles dans le domaine de la santé des enfants est premier. L'école se doit de les informer et de les associer dans tous les projets organisant les activités éducatives sur ces sujets. La pertinence et l'efficacité des actions menées en dépendent, en particulier dans le cadre de l'éducation à la santé et à la sexualité et de la prévention des conduites à risques.

1.1 L'éducation à la santé et à la sexualité

L'école est de plus en plus sollicitée sur des problèmes de société et de santé par l'opinion publique, les familles, les médias, les groupes de pression et les jeunes eux-mêmes. Elle est par ailleurs impliquée dans la déclinaison des campagnes nationales de santé publique. Il en découle souvent une multiplicité d'actions ponctuelles, hétérogènes, qui ne favorisent pas l'approche et la cohérence éducatives exigées au sein de l'école, auxquelles les équipes éducatives doivent veiller.

La loi du 4 juillet 2001 confère à l'éducation nationale l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire, au moins trois séances par an d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées.

J'ai engagé un travail de fond important pour définir le cadre éthique et pédagogique de ces séances. J'ai demandé à la direction de l'enseignement scolaire de s'assurer à cette fin le concours des meilleurs experts des différentes spécialités qui peuvent être intéressées à ce domaine, et de veiller à une concertation approfondie avec tous les partenaires concernés, en particulier avec les représentants des familles et des jeunes, de manière à ne heurter aucune conscience dans un domaine qui doit être abordé avec tout le tact nécessaire.

Un séminaire national sera organisé au début de l'année 2003 et constituera un temps fort de lancement des nouvelles dispositions. Il rassemblera les responsables académiques, les formateurs ainsi que les partenaires associés.

Des formations adaptées devront être développées dans les plans académiques de formation, afin de renforcer le dispositif de formateurs déjà mis en place.

1.2 La prévention des conduites à risques et le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, créés en 1998 pour organiser la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires, ont apporté la preuve de leur efficacité et de leur pertinence pour mobiliser la communauté éducative, notamment les familles, et organiser les partenariats nécessaires.

Ils ont été, en trois ans, implantés dans 70 % des établissements.

Leur généralisation à l'ensemble des établissements scolaires doit être désormais effective et s'étendre aux écoles. À cette fin, le travail en réseaux à l'échelon des bassins de formation sera privilégié.

2 - Politique de santé mobilisant l'ensemble de la communauté éducative

Cette mobilisation doit être portée à travers les projets académiques, départementaux, d'établissements et d'école, ainsi que par les formations des personnels.

Elle doit être également soutenue, au niveau national, par la mise à la disposition des équipes des résultats de la recherche et d'une réflexion de haut niveau, adaptée aux préoccupations concrètes des établissements.

2.1 L'Observatoire de l'enfance et de l'adolescence

C'est dans cette perspective que j'ai décidé d'installer, auprès du directeur de l'enseignement scolaire, un Observatoire de l'enfance et de l'adolescence, dont j'ai confié la présidence à Marie Choquet, directrice de recherche à l'INSERM.

Cet observatoire rassemble des compétences d'experts reconnus dans le champ des questions de l'enfance : Philippe Jeammet, pédopsychiatre, Xavier Pommereau, psychiatre, Patrick Baudry, sociologue et Catherine Dolto, médecin.

L'observatoire sera une instance de réflexion et de propositions, qui aura pour mission de constituer un corpus de connaissances sur le mode de vie des enfants et des adolescents, d'expertiser les actions et les recherches, afin d'améliorer la cohérence des actions de prévention proposées aux élèves, d'informer et former, en adaptant les conclusions de travaux scientifiques aux besoins des acteurs du système éducatif.

2.2 Le projet académique de santé des élèves

L'impulsion académique est essentielle. De nombreuses académies se sont déjà dotées de projets intégrant la politique de santé.

Je demande à chaque recteur de définir les objectifs et les axes de son projet académique à partir des caractéristiques et des besoins de son académie en matière de santé des élèves. Pour les analyser, ils pourront disposer des indicateurs

épidémiologiques sur la base d'un programme triennal d'enquêtes, portant sur les données recueillies à l'occasion du bilan de santé de la 6ème année, ou sur une cohorte d'élèves de CM2 et de 3ème, ou encore sur les enquêtes ponctuelles thématiques développées en lien avec les organismes de recherche. La démarche de contractualisation entre l'administration centrale et les académies pourra, sur certains objectifs particuliers, être un levier de la dynamique engagée.

Il est souhaitable que la politique de santé, au même titre que les autres aspects de la politique académique, fasse l'objet d'une présentation et d'une mise en débat auprès des instances de l'éducation nationale, pour en renforcer la lisibilité.

2.3 Le projet d'école et d'établissement

L'école et l'établissement scolaire sont les lieux où se construit la politique de santé en faveur des élèves. Cette politique doit être fondée à la fois sur les enseignements, les activités éducatives, les dispositifs spécifiques, comme les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, mais aussi toutes les circonstances de la vie scolaire (par exemple pendant le temps de la restauration scolaire).

C'est pourquoi il importe que chaque école, chaque établissement intègre dans son projet les objectifs et les actions concernant la santé des élèves. Ce projet fera l'objet d'une démarche concertée avec l'ensemble de la communauté éducative : personnels d'enseignement, d'éducation, ATOS, de santé et sociaux...

Pour trouver une réelle efficacité, il est indispensable que les projets partent des besoins et des préoccupations des élèves, qu'ils soient adaptés à leur âge et leur maturité et qu'ils y participent en tant qu'acteurs à part entière.

Le projet santé sera présenté au conseil d'école, au conseil d'administration et, pour les lycées, au conseil de la vie lycéenne. Un bilan annuel leur sera également soumis. C'est grâce à cette appropriation collective que l'impact des messages liés à la santé trouvera réellement un écho.

2.4 La formation des personnels

La formation initiale et continue des personnels constitue un levier essentiel pour promouvoir la prise en compte des questions de santé dans les écoles et les établissements scolaires.

Les plans académiques de formation continue doivent relayer de façon systématique les axes définis dans la politique de santé en faveur des élèves. La priorité doit être donnée aux formations impliquant une double intercatégorialité : à la fois entre les enseignants et les autres personnels de l'éducation nationale, en particulier les personnels de santé, et entre les personnels de santé de l'éducation nationale et les autres professionnels du réseau de soins.

Il s'agit ainsi de renforcer les compétences spécifiques des personnels médicaux, infirmiers et sociaux, à la fois dans leur professionnalité et dans leurs capacités à travailler en équipe.

3 - Une politique de santé s'appuyant sur des partenariats

3.1 La politique de généralisation des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté doit constituer l'axe principal de l'organisation des partenariats dans le domaine de la santé des élèves.

Dans cette perspective, des assises régionales pourront être organisées régulièrement (une fois par an par exemple), afin de renforcer la mobilisation des différents acteurs et de leur donner l'occasion de confronter leurs pratiques.

3.2 Un partenariat diversifié

Le champ des questions abordées dans le domaine de la santé des élèves, nécessite de poursuivre ou d'engager de manière organisée et volontariste un travail en réseau s'appuyant sur des partenaires clairement identifiés et qualifiés, au premier rang desquels se situent le ministère de la santé et les réseaux de soins. Cependant, selon les problématiques envisagées, les contextes et les ressources locales, les partenariats peuvent être variés : politique de la ville, mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies, droits des femmes, réseau associatif, collectivités territoriales...

3.3 Un partenariat privilégié avec le ministère de la santé et les réseaux de soins

Des programmes régionaux de santé (PRS) sont mis en place dans toutes les régions, ainsi que les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS). Ils intègrent, pour la plupart d'entre eux des actions d'éducation pour la santé en faveur des jeunes. Par ailleurs, des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) ont été élaborés afin d'organiser, au sein d'un territoire donné, un service public d'éducation pour la santé. Afin d'améliorer la lisibilité et la cohérence des politiques en faveur de la santé des jeunes, il est essentiel que les recteurs et les inspecteurs d'académie y soient systématiquement représentés, tant en termes de force de proposition, que de relais d'une politique de santé publique au sein de l'institution. Dans cette perspective, il semble qu'une double représentation de l'académie, à la fois par les conseillers techniques du champ de la santé et les responsables de la vie scolaire, soit particulièrement pertinente.

Trois domaines relèvent d'un partenariat spécifique avec les professionnels de la santé : le recours et l'accès aux soins, la prévention des souffrances psychiques et l'éducation à la santé. Cependant il est bien entendu que ces priorités ne sont pas exclusives d'autres thématiques pour lesquelles le travail en partenariat peut être fructueux.

3.3.1 Le recours et l'accès aux soins

Le bilan de santé réalisé lors de la visite médicale obligatoire de la 6ème année de l'enfant, permet de dépister les maladies, les handicaps et les déficiences pouvant entraver sa scolarité. Le suivi effectif de ce repérage en termes de recours aux soins doit être amélioré de manière très sensible. En effet, les suites réservées à ces avis sont insuffisants (35 % en moyenne). Certains départements ont déjà développé des dispositifs particuliers, s'appuyant sur un partenariat entre la mission de promotion de la santé et l'action sociale en faveur des élèves, les professionnels du réseau de soins, les collectivités locales, les caisses d'assurance maladie ou le tissu associatif. Il convient de créer ou de renforcer de tels dispositifs, en particulier pour les élèves scolarisés en zones d'éducation prioritaire et dans les quartiers de la politique de la ville. Je demande aux recteurs et aux inspecteurs d'académie d'inscrire cette question du recours et de l'accès aux soins parmi les priorités de leur politique en matière de santé des élèves. Les modalités concrètes de sa mise en œuvre pourront faire l'objet d'un protocole entre le recteur et le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, et être inscrites dans les PRAPS.

3.3.2 La prévention des souffrances psychiques

Il s'agit de développer une dynamique de partenariat entre les professionnels de l'éducation nationale et ceux des réseaux de soins visant, d'une part à améliorer la prise en charge des besoins des enfants et adolescents en situation de souffrances psychiques, et, d'autre part, permettre un appui réciproque entre les équipes éducatives des écoles et des établissements scolaires et les équipes soignantes du dispositif de soins spécialisés. Des partenariats se sont déjà engagés entre l'institution scolaire, les inter secteurs de psychiatrie et les associations spécialisées dans la prise en charge des jeunes en souffrance psychique. Toutes les initiatives visant, dans le même esprit, à établir des modalités

de relations et de concertation, doivent être développées et encouragées. Ces collaborations pourraient notamment s'envisager tant au regard du repérage précoce des signes de mal-être que des modalités d'accompagnement appropriées. Un recensement des expériences menées est en cours. Il permettra d'établir, à partir des observations ainsi recueillies, les directions de travail les plus appropriées.

3.3.3 L'éducation à la santé

L'expérience acquise dans ce domaine a montré la nécessité d'améliorer, de développer et d'inscrire dans la durée l'éducation à la santé. Cet objectif implique l'élaboration d'une culture partagée dans le cadre d'une dynamique de partenariat entre les professionnels de l'éducation nationale, de la santé et des organismes de prévention afin, notamment, de construire un dispositif de formation permettant de renforcer les compétences et d'harmoniser les pratiques.

Ceci suppose un travail préalable entre les différents acteurs de l'éducation à la santé afin de s'accorder sur des principes éthiques, de définir des objectifs en cohérence avec les enseignements. Cette concertation pourra trouver une traduction concrète dans une convention cadre signée par le recteur et de directeur régional de l'action sanitaire et sociale.

J'appelle votre attention sur l'importance particulière que j'attache à la mise en œuvre de ces dispositions qui concernent un domaine, celui de la santé et de la citoyenneté, situé au carrefour de multiples enjeux pour le système éducatif, pour ses personnels et pour les élèves eux-mêmes. C'est pourquoi il importe que la politique de santé à l'école soit organisée autour de principes éthiques et d'objectifs clairement définis qui la relie étroitement à sa mission d'éducation.

Le ministre de l'éducation nationale, Jack LANG

RÉSUMÉ DES ACTIONS PRÉVUES

- Texte de cadrage sur l'éducation à la sexualité - début 2003
- Séminaire national sur l'éducation à la sexualité - 2003
- Assises régionales des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté - 2002-2003
- Conventions cadres entre les recteurs et les DRASS sur l'éducation à la santé
- Protocoles entre les recteurs et les DRASS sur le recours et l'accès aux soins
- L'installation de l'Observatoire de l'enfance et de l'adolescence

Décret n°2002-776 du 2 mai 2002 relatif au Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale

NOR : MESK0110149D

Le Premier ministre, Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2312-1 à L. 2312-4, dans leur rédaction issue de l'article 83 de la loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

Vu le décret no 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés,
Décrète :

Art. 1er. - Le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale est composé de cinquante et un membres :

1° Trente-quatre membres nommés pour une durée de trois ans renouvelable, par arrêté du ministre chargé des droits des femmes, dont :

a) Vingt-quatre représentants des associations, unions, fédérations ou confédérations représentatives dans le domaine du conseil familial, de la planification ou de l'éducation familiale, de l'information des couples et de l'information sexuelle ;

b) Huit représentants des organisations syndicales de salariés et d'employeurs suivants :

Confédération française démocratique du travail ;

Confédération française des travailleurs chrétiens ;

Confédération française de l'encadrement - CGC ;

Confédération générale du travail ;

Force ouvrière ;

Mouvement des entreprises de France ;

UNSA Education ;

Fédération syndicale unitaire ;

c) Un représentant du Conseil national de la jeunesse et un représentant du fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations ;

2° Dix-sept représentants des ministres et organismes sociaux concernés : - un représentant du garde des sceaux, ministre de la justice ;

- un représentant du ministre chargé de l'éducation nationale ;

- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

- un représentant du ministre chargé de l'action sociale ;

- un représentant du ministre chargé de la famille ;

- un représentant du ministre de l'intérieur ;

- un représentant du ministre chargé de l'agriculture ;

- un représentant du ministre chargé de l'intégration des populations immigrées ;

- un représentant du ministre chargé de la ville ;

- un représentant du ministre chargé de l'outre-mer ;

- un représentant du ministre chargé de la jeunesse ;

- un représentant du ministre chargé des droits des femmes ;

- un représentant du ministre chargé de la santé ;

- un représentant de chacun des quatre organismes nationaux de sécurité sociale suivants : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs salariés, Caisse centrale de mutualité sociale agricole, Caisse nationale des allocations familiales.

Art. 2. - Le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale comprend, en outre, des personnalités qualifiées qui ont voix consultative et qui sont désignées par arrêté du ministre chargé des droits des femmes, pour une période de trois ans renouvelable.

Art. 3. - Le conseil supérieur est présidé par le ministre chargé des droits des femmes ou son représentant. Le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de la famille et de l'enfance ou leurs représentants assurent la vice-présidence. Le secrétariat est assuré par le service des droits des femmes et de l'égalité.

Art. 4. - Le conseil supérieur se réunit une fois par an sur convocation de son président. Celui-ci peut inviter tout ministre à se faire représenter au conseil pour toute question intéressant son département ministériel. Le conseil supérieur peut faire appel à des personnalités extérieures.

Art. 5. - Le conseil supérieur constitue en son sein une commission permanente comprenant un représentant de chacun des ministres visés à l'article 3 du présent décret et six personnes désignées pour trois ans par arrêté du ministre chargé des droits des femmes parmi les membres du conseil supérieur au titre des associations et organismes mentionnés à l'article 1er du présent décret.

La commission élit son président pour trois ans.

Cette commission permanente se réunit au moins une fois par semestre. Elle prépare les travaux du conseil supérieur et peut être consultée en cas d'urgence en ses lieu et place.

Art. 6. - Le conseil supérieur étudie toute question que lui soumet son président ou la commission permanente prévue à l'article 5 du présent décret. Il peut, à cette fin, constituer en son sein des groupes de travail.

Art. 7. - Les fonctions des membres du conseil supérieur sont gratuites. Les frais de déplacement des membres du conseil supérieur et des experts appelés en consultation sont remboursés dans les conditions prévues par le décret du 28 mai 1990 susvisé.

Art. 8. - Le décret no 96-514 du 12 juin 1996 portant application de la loi no 73-639 du 11 juillet 1973 portant création d'un Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale est abrogé.

Art. 9. - Le présent décret est applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte.

Art. 10. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, le ministre délégué à la santé, le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, la secrétaire d'Etat au budget et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 mai 2002.

Par le Premier ministre : Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Laurent Fabius

Le ministre de l'intérieur, Daniel Vaillant

La ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Ségolène Royal

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, Christian Paul

La secrétaire d'Etat au budget, Florence Parly

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, Nicole Péry

ENSEIGNEMENTS ÉLÉMENTAIRE ET SECONDAIRE

SANTÉ SCOLAIRE

L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

NOR : MENE0300322C

RLR : 505-7

CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003

MEN

DESCO B4

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux directrices et directeurs d'école ; aux chefs d'établissement ; aux directrices et directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales ; aux directrices et directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales

L'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique dans le domaine de la sexualité, ainsi que des connaissances scientifiques liées à la maîtrise de la reproduction humaine a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen.

Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale.

Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/ sida - et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.

L'éducation à la sexualité à l'école est inséparable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain, mais elle intègre tout autant, sinon plus, une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques. Elle doit ainsi permettre d'approcher, dans leur complexité et leur diversité, les situations vécues par les hommes et les femmes dans les relations interpersonnelles, familiales, sociales.

Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun, à la condition d'affirmer ces valeurs communes dans le respect des différentes manières de les vivre.

C'est pourquoi il est fondamental qu'en milieu scolaire l'éducation à la sexualité repose sur une éthique dont la règle essentielle porte sur la délimitation entre l'espace privé et l'espace public, afin que soit garanti le respect des consciences, du droit à l'intimité et de la vie privée de chacun.

Un certain nombre de fondements de l'éducation à la sexualité se trouvent d'ores et déjà explicitement mentionnés dans les programmes scolaires de l'école primaire et dans ceux de quelques-unes des disciplines des collèges et des lycées. Plusieurs textes spécifiques sont par ailleurs venus en 1996² puis en 1998³, instaurer l'organisation de séquences d'éducation à la sexualité au collège et mettre en place un dispositif de formation des personnels.

Les dispositions de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ont désormais complété le chapitre II du titre I du livre III du code de l'éducation par un article L.312-16 aux termes duquel "Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés."

Dans cette nouvelle perspective, il est nécessaire, en s'appuyant sur l'ensemble des actions déjà mises en place, de définir les objectifs de l'éducation à la sexualité de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée, en précisant les modalités de mise en œuvre, et le pilotage du dispositif.

Cette circulaire annule et remplace la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida.

I - Les objectifs de l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire

L'école a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Il s'agit de leur donner les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement.

Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

² Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du sida en milieu scolaire et à l'éducation à la sexualité.

³ Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida.

Ainsi, afin de guider l'élaboration d'un projet par les équipes éducatives, on peut appliquer au champ spécifique de l'éducation à la sexualité, les objectifs éducatifs suivants :

- comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres ;
- analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; se situer dans la différence des sexes et des générations ;
- apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine, biologique affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique ;
- développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias, en matière de sexualité ;
- favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre ;
- apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

Des documents accompagnant la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité en préciseront les contenus, la répartition et la progression pédagogiques adaptés à chaque cycle.

II - La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité

Au sein des écoles et des établissements scolaires, tous les personnels, membres de la communauté éducative, participent explicitement ou non, à la construction individuelle, sociale et sexuée des enfants et adolescents.

En effet, en toutes circonstances, dans les différents espaces des écoles et des établissements (salles de classe, de cours ou d'activité, lieux d'accueil ou de récréation, espaces de circulation, vestiaires, restaurant scolaire...), tout adulte de la communauté éducative contribue à réguler les relations interindividuelles et à développer chez les élèves des savoir-être tels que le respect de soi et de l'autre ou l'acceptation des différences. Ces pratiques éducatives impliquent une nécessaire cohérence entre les adultes participant au respect des lois et des règles de vie en commun qui s'exercent aussi bien dans le cadre de la mixité, de l'égalité, que de la lutte contre les violences sexistes et homophobes contraires aux droits de l'homme. Au-delà de ces situations quotidiennes, il est nécessaire d'organiser un travail pluridisciplinaire s'appuyant sur les compétences complémentaires des divers personnels, inscrit dans le projet d'école et le projet d'établissement, voire inséré dans une politique d'établissement.

2.1 Une formation à destination de l'ensemble des élèves

Dans les enseignements, à tous les niveaux, les programmes des différents champs disciplinaires - tels que la littérature, l'éducation civique, les arts plastiques, la philosophie, l'histoire, l'éducation civique juridique et sociale... - offrent, dans leur mise en œuvre, l'opportunité d'exploiter des situations, des textes ou des supports en relation avec l'éducation à la sexualité selon les objectifs précédemment définis.

Les enseignements scientifiques liés aux sciences de la vie occupent une place spécifique mais non exclusive dans ce domaine. Ils procurent aux élèves les bases scientifiques - connaissances et raisonnements - qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu.

Les enseignants de ces disciplines sont en outre guidés par le souci constant d'établir un lien entre les contenus scientifiques et leurs implications humaines, préparant ainsi les élèves à adopter des attitudes responsables et à prévenir les risques.

Dans la construction de leur progression sur l'année et sur le cycle, ils veillent à donner toute leur place aux parties des programmes relatives, selon les niveaux d'enseignement, à la reproduction et à la transmission de la vie, à la contraception, aux infections sexuellement transmissibles et particulièrement au sida.

En lien avec les connaissances acquises à travers les programmes scolaires aux différents niveaux, il est nécessaire de concevoir une continuité éducative tenant compte des questionnements et de la maturité des élèves. À cette fin, trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire.

Elles permettent de relier les différents apports concourant à l'éducation à la sexualité et de les compléter notamment dans les domaines affectif, psychologique et social, conformément aux objectifs définis ci-dessus (cf. §1).

2.1.1 À l'école primaire, l'éducation à la sexualité suit la progression des contenus fixée par les programmes pour l'école. Les temps qui lui sont consacrés seront identifiés comme tels dans l'organisation de la classe. Ils feront cependant l'objet, en particulier aux cycles 1 et 2, d'une intégration aussi adaptée que possible à l'ensemble des autres contenus et des opportunités apportées par la vie de classe ou d'autres événements. Aussi, à l'école, le nombre de trois séances annuelles fixé par l'article L. 312-16 du code de l'éducation doit-il être compris plutôt comme un ordre de grandeur à respecter globalement dans l'année que comme un nombre rigide de séances qui seraient exclusivement dévolues à l'éducation à la sexualité. L'ensemble des questions relatives à l'éducation à la sexualité est abordé collectivement par l'équipe des maîtres lors de conseils de cycle ou de conseils de maîtres. Les objectifs de cet enseignement intégré aux programmes ainsi que les modalités retenues pour sa mise en œuvre feront en outre l'objet d'une présentation lors du conseil d'école.

2.1.2 Au collège et au lycée, le chef d'établissement établit en début d'année scolaire les modalités d'organisation et la planification de ces séances, inscrites dans l'horaire global annuel des élèves, garantissant ainsi la mise en œuvre et la cohérence de ce dispositif, qui sera intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration. Pour les lycées, il fera également l'objet d'un débat au conseil de la vie lycéenne. Elles doivent privilégier un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion et peuvent s'appuyer sur les dispositifs existants. Le chef d'établissement veillera à la cohérence et à la complémentarité entre les apports des enseignements et les apports de ces séances.

La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité, dans le premier comme dans le second degré, doit donc s'appuyer sur une véritable démarche de projet qui permet à la fois :

- d'informer et/ou d'associer les parents d'élèves ;
- de garantir la cohérence et la coordination des différents apports ;
- de susciter un travail intercatégoriel ;
- d'assurer, le cas échéant, le cadrage des interventions de partenaires extérieurs.

2.2 Des actions individuelles

Les séances d'éducation à la sexualité peuvent être l'occasion de susciter chez certains élèves des questionnements d'ordre privé ou encore de révéler des difficultés personnelles. Celles-ci ne doivent pas être traitées dans un cadre collectif mais relèvent d'une prise en compte individuelle de l'élève et d'une relation d'aide qui, dans les écoles et les

établissements scolaires, peut s'appuyer sur tout adulte de la communauté scolaire susceptible d'apporter une écoute et d'être un relais, et plus particulièrement sur les compétences spécifiques des personnels de santé et sociaux.

En outre, la prise en charge et l'accompagnement qui s'exercent à l'occasion des bilans de santé, des dépistages, de l'accueil à l'infirmerie ou de l'entretien social, permettent d'établir avec les élèves une relation de confiance et un dialogue en toute confidentialité. C'est dans ce contexte que prennent place les dispositions de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence et du décret d'application n° 2001-258 du 27 mars 2001, selon lesquelles les infirmières des établissements scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence dans les situations d'urgence et de détresse caractérisée.

Les personnels de santé et sociaux assurent également les relais nécessaires au sein de l'école ou de l'établissement, ainsi qu'avec les familles et les professionnels des réseaux de soins.

Ainsi certains élèves traversant des difficultés personnelles nécessitant un entretien individuel seront orientés s'ils le souhaitent, soit vers les personnes ressources de l'établissement - personnels de santé et sociaux - soit vers des structures extérieures spécialisées.

III - La prise en charge

- À l'école primaire, c'est aux maîtres chargés de classe qu'incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans le cadre des enseignements, avec le tact qui s'impose et en recherchant la plus grande cohésion avec l'ensemble des apprentissages. Le cas échéant, les maîtres pourront solliciter conseils et assistance auprès de l'infirmière ou du médecin scolaire formés à cet effet. Les maîtres porteront une attention toute particulière à la parole de l'enfant en vue de l'aider à discerner ce qui, dans les rapports qu'il entretient avec ses camarades et avec les adultes, est acceptable ou ne l'est pas.

- Au collège et au lycée, ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet.

- Il peut être fait appel à des interventions extérieures, dans le respect des procédures d'agrément en vigueur, conformément, d'une part, au décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992, modifié le 20 mai 1999, relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public et, d'autre part, aux dispositions de la circulaire n° 93-136 du 25 février 1993 relative aux relations avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public, qui rappellent cependant la possibilité pour des associations non agréées d'intervenir pendant le temps scolaire, dans des conditions précisées au chapitre II.

Il peut être toutefois recommandé de privilégier le recours à des intervenants issus d'associations ayant reçu l'agrément, national ou académique, prévu par le décret du 6 novembre 1992.

Les partenaires extérieurs ayant bénéficié d'une formation appropriée peuvent intervenir, dans les séances d'éducation à la sexualité dans le respect des principes, de l'éthique et des objectifs définis dans la présente circulaire.

Ces interventions, qui s'inscrivent dans le cadre du projet d'école ou d'établissement, devront s'insérer dans la programmation et la progression définies par l'équipe éducative en charge des séances.

Elles sont organisées avec l'autorisation du directeur d'école après avis du conseil des maîtres, dans le premier degré⁽³⁾, ou à la demande du chef d'établissement, en accord avec l'équipe en charge de l'éducation à la sexualité, dans le second degré. Elles se déroulent en présence et sous la responsabilité pédagogique du maître ou d'un membre de cette équipe afin d'assurer la continuité de la relation éducative, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des actions.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est le dispositif de repérage et de mise en réseau indispensable des partenaires de proximité auxquels il peut être fait appel. Il permet en outre d'assurer l'information de l'ensemble des personnels de la communauté éducative.

Par ailleurs, si la mise en œuvre de partenariats est susceptible d'étendre les ressources de l'école en mobilisant des compétences spécifiques complémentaires, elle permet aussi de disposer de ressources et relais extérieurs à l'école. Ainsi les lieux d'information, de consultation et de conseil conjugal et familial, les centres de documentation spécialisés, les espaces d'écoute jeunes, les services téléphoniques, dispensent un accueil personnalisé, une orientation, des informations sur la sexualité, la contraception, la prévention des IST et du sida, les violences sexuelles, accessibles aux élèves des collèges et des lycées.

Les personnels des établissements scolaires doivent assurer la diffusion de ces informations notamment en mettant à disposition des élèves des dépliants et un espace d'affichage sur les structures locales et les numéros verts. Cette démarche sera accompagnée dans le cadre des séances d'éducation à la sexualité.

IV - Pilotage et formation

4.1 Un dispositif académique de pilotage

Chaque académie doit se doter d'un projet d'éducation à la sexualité intégré dans le projet académique de santé des élèves, tel qu'il a été défini dans la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 portant orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, et la circulaire n° 2002-098 du 25 avril 2002 relative à la politique de santé en faveur des élèves.

Un bilan récent relatif aux actions et formations en éducation à la sexualité établi par la direction de l'enseignement scolaire, fait apparaître que de nombreuses académies disposent d'équipes de pilotage chargées pour l'essentiel de l'organisation et du suivi des formations.

La généralisation de l'éducation à la sexualité, notamment par les séances d'éducation à la sexualité prévues par la loi, impose désormais, compte tenu de l'ampleur du dispositif à mettre en œuvre, que chaque recteur désigne auprès de lui un coordonnateur et une équipe de pilotage académiques, en veillant à ce que des représentants désignés par les inspecteurs d'académie directeurs des services départementaux de l'éducation nationale y participent également.

³ (3) *Circulaire n° 91-124 du 6 juin 1991, modifiée les 20 juillet 1992 et 29 juin 1994, portant directives générales pour l'établissement du règlement type départemental des écoles maternelles et élémentaires (1er paragraphe du chapitre 5.4.4).*

Circulaire n° 92-196 du 3 juillet 1992 relative à la participation d'intervenants extérieurs aux activités d'enseignement dans les écoles maternelles et élémentaires (annexe 1, A, § b).

Afin de ne pas multiplier les dispositifs spécifiques d'éducation à la santé et de prévention, de mieux les articuler et les mettre en cohérence, notamment avec le groupe d'animation des CESC, il est souhaitable de constituer un dispositif académique de pilotage regroupant l'ensemble des coordonnateurs et des personnes-ressources compétentes sur les thématiques de santé, sexualité, prévention.

En ce qui concerne l'éducation à la sexualité, comme pour les autres domaines évoqués, les missions de l'équipe de pilotage académique se déclinent selon cinq axes principaux :

- constituer une force de proposition dans l'élaboration de la politique académique ;
- construire les partenariats institutionnels - en particulier avec les programmes régionaux de santé ainsi que les réseaux de soins - les partenariats associatifs et mutualistes, en intégrant notamment les fédérations de parents d'élèves.

L'organisation de ces partenariats, les modalités d'intervention dans les écoles et les établissements scolaires, ainsi que leur contribution à la formation des personnels et des intervenants extérieurs seront définies dans une charte académique, établie selon les niveaux, entre le recteur et le directeur régional de l'action sanitaire et sociale (DRASS), ou entre l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale et le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Cette charte, qui permet de poser un cadre éthique, pédagogique et administratif clairement défini, pourra le cas échéant être élargie à d'autres partenaires en fonction des situations de chaque académie ou département ;

- contribuer à la définition du cahier des charges de la formation des personnels, à l'élaboration du plan académique et aux choix des formateurs ;

- constituer un réseau de ressources documentaires à disposition des écoles et des établissements scolaires, en s'appuyant en particulier sur les nouvelles technologies ;

- établir un bilan annuel académique de la mise en œuvre de la loi, à partir d'une grille nationale qui sera transmise aux recteurs.

4.2 Une politique de formation des personnels

La formation initiale et continue des personnels s'inscrit comme une des composantes du dispositif de pilotage d'une éducation à la sexualité des élèves ; elle doit permettre la constitution d'équipes aux compétences partagées, susceptibles d'analyser dans leur contexte, les besoins des élèves, de construire une démarche globale et progressive d'éducation adaptée à l'école ou l'établissement scolaire.

En effet, une politique de formation efficace, en un domaine qui exige de concilier savoirs, éthique, culture, respect des personnes suppose à tout le moins que soit prise en compte la dimension pluricatégorielle de l'encadrement des séances d'éducation à la sexualité. Ainsi professeurs des écoles, enseignants de science de la vie et de la Terre, de vie sociale et professionnelle, conseillers principaux d'éducation, médecins, infirmières, assistants de service social apportent en particulier, chacun pour ce qui le concerne, leur contribution à un projet défini en commun dans ses objectifs et ses résultats.

Les dispositifs de formation élaborés dans ce cadre, et éventuellement construits avec les équipes locales pour mieux répondre à leurs besoins, prendront appui aussi bien sur les ressources académiques que sur celles apportées par les partenaires extérieurs institutionnels ou associatifs habilités à intervenir auprès des élèves dans le domaine de l'éducation à la sexualité.

Compte tenu de la diversité des personnels susceptibles d'intervenir dans ces formations, la logique d'ensemble des dispositifs gagnera à être définie au niveau académique dans l'objectif de la meilleure utilisation des ressources disponibles. Les modalités de formation pourront cependant privilégier les interventions sur site aidant en cela à la constitution des équipes éducatives.

Au cours des dernières années, des formations interacadémiques à pilotage national ont permis de constituer un réseau de formateurs pluricatégoriels chargés notamment d'organiser les actions de formation d'équipes d'établissements participant à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.

Les recteurs veilleront à mobiliser ces personnels et à développer leurs compétences tout en renforçant ce réseau de formateurs afin d'être en mesure de répondre aux besoins des écoles et établissements de leur académie.

La loi du 4 juillet 2001 a confié à l'école une mission éducative dans le champ bien spécifique de l'éducation à la sexualité. Les orientations définies dans la présente circulaire, constitue un cadrage aussi bien pour les personnels de l'éducation nationale que pour les partenaires appelés à intervenir dans les écoles et les établissements scolaires. J'appelle votre attention sur l'importance que j'attache à la mise en œuvre de ces dispositions.

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et par délégation, Le directeur de l'enseignement scolaire, Jean-Paul de GAUDEMAR

Circulaire n° 2003-210 du 01 décembre 2003

B.O. n° 46 du 11 décembre 2003

NOR : MENE0302706C

MEN - DESCO B4

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices d'académie et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux chefs d'établissement ; aux inspectrices et inspecteurs de l'éducation nationale

Sommaire

[Préambule](#)

[I - Repérer et suivre les problèmes de santé des élèves](#)

[II - Mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents](#)

[III - Assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions d'éducation à la santé](#)

[3.1 Intégrer dans les projets d'école et d'établissement une programmation ou des actions d'éducation à la santé](#)

[3.2 Développer l'éducation à la sexualité](#)

[3.3 Prévenir les conduites addictives](#)

[3.4 Éduquer à la nutrition et prévenir les problèmes de surpoids et d'obésité](#)

[IV - Développer chez les élèves des comportements civiques et solidaires : généraliser l'apprentissage des gestes qui sauvent](#)

Annexes

[Annexe 1.1 - Contrat-cadre de partenariat en santé publique](#)

[Annexe 1.2 - Application de la loi du 10 janvier 1991 dans les établissements scolaires](#)

[Annexe 1.3 - Expérimentation dans 22 établissements scolaires pilotes](#)

[Annexe 2 - Convention](#)

[Annexe 3 - Suivi des problèmes de santé repérés chez les jeunes enfants - Protocole de mise en œuvre](#)

[Annexe 4 - Convention-cadre n° 2003/002](#)

Préambule

L'école a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative.

Aussi, la promotion de la santé en faveur des élèves est-t-elle indissociable de la politique éducative globale. Elle est également liée à l'action de prévention dont les champs sont définis notamment dans le contrat-cadre de partenariat entre le ministère chargé de l'éducation nationale et le ministère chargé de la santé. Ensemble, ces politiques concourent à transmettre aux élèves la dimension essentielle du respect de soi-même et d'autrui, favorisant ainsi leur intégration à l'école et, d'une manière plus générale, dans la vie sociale. Désormais, la politique éducative de santé à l'école s'inscrit dans un programme quinquennal, défini en termes d'objectifs prioritaires, de stratégies d'action et d'évaluation.

La mise en œuvre de ce programme s'appuie, d'une part sur les textes actuellement en vigueur à l'éducation nationale :

- la circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998, "Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège", qui fera l'objet de modifications suite au rapport des inspections générales de l'éducation nationale et de l'inspection générale des affaires sociales, dont les conclusions doivent être rendues pour la fin de l'année 2003 ;
- la circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998 "Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté" ;
- la circulaire n° 98-140 du 7 juillet 1998, "Éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire" ;
- les circulaires n° 2001-012 du 12 janvier 2001 "Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves", n° 2001-013 "Missions des médecins de l'éducation nationale" et n° 2001-014 "Missions des infirmier(ères) de l'éducation nationale" ;
- les circulaires n° 2002-024 du 31 janvier 2002 et n° 2002-111 du 30 avril 2002 : "Adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves" ;
- la circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 "Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées",

d'autre part, sur des collaborations plus étroites et formalisées avec les partenaires du système éducatif : ministère chargé de la santé, Institut national de prévention et d'éducation à la santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale (contrat-cadre et conventions joints en annexe de la présente circulaire).

Il faut en effet aujourd'hui organiser, autour de la santé des élèves, une mobilisation totale pour aider les jeunes à préserver leur santé et lutter efficacement contre les problèmes qu'ils sont susceptibles de rencontrer. A cette fin, l'implication des familles, et de tous les acteurs de la communauté éducative, en particulier les personnels de santé et sociaux mais aussi les enseignants et les conseillers principaux d'éducation, qui sont au quotidien avec les élèves,

comme la collaboration étroite avec les partenaires (collectivités, organismes publics et associatifs, professionnels de santé extérieurs à l'école) sont indispensables.

La réflexion sur la santé des élèves devra être intégrée à la vie de l'école ou de l'établissement scolaire, en prenant en compte notamment les questions de gestion du temps et de l'espace scolaires des élèves et des adultes.

Les instances de l'école ou de l'établissement scolaire - conseil d'école, conseil d'administration, commission hygiène et sécurité, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté... - constituent des lieux de débat et de concertation sur l'ensemble de ces questions. L'ensemble des partenaires y contribue, dans l'école comme dans les différents lieux de vie des enfants et des adolescents.

Un bilan régulier de la politique menée dans le cadre de ce programme sera présenté aux instances paritaires académiques et départementales.

Ainsi l'école, en tenant compte de son environnement et en favorisant l'éducation des jeunes à la santé et à la citoyenneté, s'associera pleinement à la politique générale du pays en matière de santé publique dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

I - Repérer et suivre les problèmes de santé des élèves

La santé des élèves est un facteur essentiel dans l'acquisition des savoirs à l'école. Le repérage et le suivi efficaces des problèmes de santé doivent également permettre de remédier aux inégalités face à l'accès aux soins, liées soit au contexte familial et social, soit à la localisation géographique.

Ainsi, les bilans médicaux, effectués par les médecins de l'éducation nationale, contribuent à dépister les pathologies, les maladies, les déficiences pouvant entraver la scolarité des élèves, notamment les troubles spécifiques du langage écrit ou oral, de repérer les signes de souffrance psychique, de délivrer des conseils de santé, de favoriser toute forme d'intégration scolaire et d'orienter si nécessaire vers des structures adaptées, mais aussi de construire une véritable vigilance des familles et des jeunes sur les problèmes liés à la santé.

La réalisation de cet objectif doit suivre trois axes prioritaires :

- réaliser à 100 % les bilans médicaux des enfants scolarisés avant leur sixième anniversaire. Ce bilan, inscrit dans le code de l'éducation, doit être centré sur les acquisitions et le développement nécessaires à une bonne insertion à l'école, notamment sur les compétences neuro-sensorielles nécessaires à l'apprentissage des langages. La concertation entre médecins, infirmier(e)s, enseignants, membres du RASED, professionnels de soins et les familles sera organisée conformément aux dispositions de la circulaire n° 2002-024 du 31 janvier 2002, relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit ;
- augmenter l'efficacité du suivi des avis médicaux donnés aux familles pour assurer l'accès et le recours aux soins. Le taux actuel de retour d'information de ces avis s'établit en moyenne autour de 35 %. L'objectif fixé est d'atteindre un taux de 80 %. Il convient de parvenir à une mobilisation générale pour améliorer l'accès aux soins : l'organisation de réseaux locaux en vue d'une recherche concertée de solutions partenariales, une étroite collaboration avec les familles, les services des collectivités territoriales et les organismes sociaux, la formation d'équipes pluriprofessionnelles sensibilisées au repérage d'indicateurs significatifs et le contrôle effectif par les personnels de la communauté éducative concernés par le suivi de santé des élèves (cf. en annexe 3 à titre d'exemple les protocoles de l'Oise et de la Seine-Saint-Denis) ;
- inciter les familles à faire bénéficier leurs enfants des consultations de prévention aux âges charnières (fin du primaire et fin du collège) à partir de la rentrée 2004 ; ces consultations gratuites, déjà organisées par certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), sont réalisées, au choix de la famille, en ville, à l'hôpital, au dispensaire ou dans toute autre structure habilitée. Il s'agit de les multiplier. Il est à noter qu'un nombre important d'élèves bénéficient d'une visite dite "d'orientation" en fin de 3ème. Il conviendra d'établir des modalités de liaison entre les médecins de l'éducation nationale qui effectuent cette visite et les médecins qui réaliseront la visite de prévention.

D'une façon générale, les inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale, veilleront à ce que la collaboration étroite entre les médecins scolaires, les médecins de la protection maternelle et infantile et les médecins de ville permette d'atteindre rapidement ces premiers objectifs. En outre, il pourra être fait appel aux étudiants en médecine de 3ème cycle qui effectueront tout ou une partie de leur stage en milieu scolaire. Ces internes, sous la responsabilité des médecins de l'éducation nationale, apporteront leur concours aux différentes actions menées.

Pour accompagner cette démarche, il est nécessaire que les différents médecins appelés à intervenir auprès des enfants, disposent d'outils communs de recueil de données. Pour la rentrée scolaire 2004/2005, un nouveau carnet de santé, adapté à ces objectifs, ainsi qu'un protocole de consultation intégrant des données sur la santé psychique, seront élaborés par un groupe national de travail éducation nationale-santé. Ce carnet intégrera également les protocoles de soins et d'urgence des élèves atteints de troubles de la santé et le repérage des troubles spécifiques du langage. Il sera utilisé, comme le carnet de santé actuel, conformément aux règles régissant le respect de la confidentialité.

De manière transitoire, il conviendra d'utiliser les documents existants pour l'année scolaire 2003-2004, tout en veillant particulièrement aux orientations nouvelles.

II - Mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents

Des enfants et des adolescents en souffrance se signalent de plus en plus tôt par des plaintes somatiques, des troubles du comportement qui ne sont pas toujours reconnus comme des signaux d'alarme, mais dont la fréquence et la durée doivent alerter (repli sur soi, violences, absentéisme, modifications importantes des résultats scolaires...). Une attention particulière doit être apportée au repérage des risques suicidaires ; en effet, 8,7 % des garçons et 19 % des filles consultant l'infirmière déclarent avoir déjà tenté de se suicider.(1)

Le travail en équipe doit être favorisé autour de ces jeunes fragilisés. Dans les différents lieux d'accueil et d'écoute existant dans les établissements scolaires, tous les personnels -personnels de direction, d'enseignement, d'éducation, d'assistance éducative, d'accueil, de restauration, sociaux et de santé, administratifs et techniques, ainsi que les psychologues scolaires et les conseillers d'orientation-psychologues-doivent être attentifs aux signes de mal-être des enfants et des adolescents. La visite à l'infirmerie est souvent l'occasion de repérer ces signes. Si la situation le

nécessite, et après accord de la famille pour un élève mineur, ou de l'élève lui-même s'il est majeur, le relais sera passé au médecin de l'éducation nationale ou, en cas d'impossibilité ou d'urgence, au médecin traitant, ou au service d'urgence spécialisé afin qu'un diagnostic soit réalisé. Toute prise en charge éventuelle, sera alors proposée dans le cadre d'un travail en réseau avec les services spécialisés, notamment avec les CMPP et les secteurs de psychiatrie.

Afin d'organiser ce travail en réseau de façon systématique, une concertation pour la mise en place d'un dispositif d'orientation et d'accueil sera engagée à partir de la rentrée 2003, dans chaque département par l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, dans le cadre d'une convention avec le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, et les services de santé concernés pour le signalement et la prise en charge des urgences psychiques après concertation entre les partenaires concernés. Ce dispositif devra conduire à créer des procédures innovantes permettant d'orienter rapidement les élèves en souffrance et de les accueillir au plus vite dans les structures d'accompagnement ou de traitement adéquates. Il s'agit de tout mettre en œuvre pour assurer la meilleure protection des jeunes. L'objectif recherché est que soit organisée, au cours de l'année 2003-2004, une vingtaine de dispositifs d'accueil, à titre expérimental, dont il conviendra de prévoir l'évaluation, avant une éventuelle démultiplication.

Cette mesure figure au nombre des objectifs prioritaires retenus dans le contrat-cadre entre le ministère chargé de l'éducation nationale et le ministère chargé de la santé.

Afin d'accompagner la mise en œuvre de ces actions, il est nécessaire de mener un travail préalable permettant :

- de mesurer et d'identifier la prévalence de ces troubles ainsi que leur prise en charge dans la population scolaire ;
- de sensibiliser et d'informer les enseignants et l'ensemble des personnels des écoles et des établissements scolaires qui ont un contact quotidien avec les élèves ;
- de renforcer les compétences des professionnels de santé et sociaux rattachés aux écoles et aux établissements scolaires, ainsi que des psychologues scolaires et des COP, dans le domaine de la santé psychique, et notamment dans la prévention des conduites suicidaires ;
- de développer la collaboration entre le milieu scolaire et les structures spécialisées (CMPP, secteurs de psychiatrie, services de médecine pour adolescents...) ;
- de s'appuyer sur les recommandations du guide réalisé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) intitulé "La prévention du suicide - indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire" et diffusé à la rentrée dans les académies.

À cette fin, plusieurs mesures vont être mises en œuvre. Il s'agit tout particulièrement :

- d'intégrer, dès la rentrée 2003 dans le cadre du cycle triennal d'enquêtes engagé entre la direction de l'enseignement scolaire et la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé, un volet "santé psychique" dans le questionnaire en direction des élèves de 3ème. Le protocole d'enquêtes entre les directions concernées figure en annexe (annexe 5) du contrat-cadre éducation nationale-santé ;
- d'identifier des propositions d'actions à partir des expertises collectives menées sous la direction de l'INSERM, d'une part sur l'éducation pour la santé des jeunes, et d'autre part, sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent ;
- d'élaborer un guide d'action à destination des équipes éducatives en partenariat avec l'INPES. Ce guide proposera, outre des apports théoriques, des exemples concrets d'actions de terrain susceptibles de servir d'appui aux actions à mener ;
- de permettre, dans le cadre du plan national de prévention du suicide, l'accès aux formations organisées au plan régional, pour les personnels de santé et sociaux intervenant en milieu scolaire ;
- de réaliser une enquête sur les collaborations existantes ou à développer entre les équipes éducatives et les équipes de psychiatrie, les CMP et les CMPP. Cette enquête sera menée à partir de la fin de l'année 2003, sur un échantillon d'écoles et d'établissements. L'état des lieux ainsi réalisé permettra d'établir des recommandations pour une meilleure prise en charge des élèves en souffrance ;
- d'organiser des journées de sensibilisation régionales ou départementales à destination des responsables de la santé publique et de l'éducation nationale, afin de favoriser la connaissance mutuelle de ces réseaux et la circulation des informations ;
- de mettre en place une convention-cadre avec l'INSERM, ayant pour objet de fixer les conditions générales de collaboration pour faire progresser et valoriser les connaissances disponibles liées à l'enfance et à l'adolescence, et contribuer à leur mise à disposition auprès des acteurs du système éducatif. En 2003-2004 le programme de travail portera sur une étude à caractère multidisciplinaire sur les modes de vie et les comportements à risque des enfants et des adolescents scolarisés (convention cadre jointe en annexe 4).

(1) Source : enquête en milieu scolaire réalisée par l'Inserm en 2001.

III - Assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions d'éducation à la santé

Dans le cadre de l'action publique d'éducation et de promotion de la santé chez les jeunes, l'école a un rôle prépondérant à jouer, complémentaire de celui de la famille.

L'éducation à la santé participe à l'acquisition progressive de savoirs et de compétences qui permettront aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé.

3.1 Intégrer dans les projets d'école et d'établissement une programmation ou des actions d'éducation à la santé

Dès à présent, les thèmes relatifs à la santé sont abordés à l'école primaire, comme au collège ou au lycée, au travers des enseignements, et peuvent l'être dans le cadre de dispositifs spécifiques tels que les itinéraires de découverte, les travaux personnels encadrés et les projets pluridisciplinaires à caractère professionnel.

D'autre part, les dispositions de la circulaire du 1er juillet 1998 relative aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ainsi que le cadre donné par la circulaire du 24 novembre 1998 "Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège" qui prévoit l'organisation de 30 à 40 heures de rencontres éducatives sur la santé ont permis la mise en place de nombreuses actions en particulier dans les collèges. Ce dernier dispositif fera l'objet d'une évaluation conjointe de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale de l'éducation nationale, et de

l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, s'attachant notamment à en évaluer les conditions effectives d'application, à en analyser les modalités de mise en œuvre, freins et éléments facilitateurs.

L'évaluation examinera également la complémentarité entre les actions conduites dans les établissements scolaires et les politiques d'éducation à la santé menées en direction des jeunes en dehors du cadre scolaire, ainsi que les articulations entre les différents partenaires. Enfin, elle formulera toute proposition en vue du renouvellement du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, de son extension au lycée et d'une meilleure coordination des acteurs impliqués dans ces politiques.

Cependant, d'ores et déjà, l'étude menée en 2001(2) sur l'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège, met en évidence une multiplicité et une hétérogénéité d'actions sans projet réellement structuré.

Aussi, afin d'aider les équipes éducatives à construire une programmation d'éducation à la santé, intégrée dans le projet d'école et d'établissement, un travail a-t-il été entrepris entre la direction de l'enseignement scolaire, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, afin de mettre en place une expérimentation dans ce domaine. Celle-ci s'appuiera sur les enseignements et les séances d'éducation à la santé, en tenant compte d'une progression pédagogique de l'école au lycée et proposera des pistes d'actions ainsi qu'une méthodologie d'intervention et d'évaluation.

Cette expérimentation se déroulera sur trois ans dans les académies volontaires et son évaluation déterminera les conditions de sa généralisation. Trois à cinq bassins de formation seront retenus. Parallèlement, un guide méthodologique sera réalisé et diffusé à l'ensemble des académies à la rentrée 2006.

Plus largement, la convention de partenariat engagée entre l'INPES et la DESCO précise les diverses modalités de collaboration, et définit les opérations prioritaires à mener en commun. Elle est annexée au contrat-cadre éducation nationale-santé (annexe 2).

3.2 Développer l'éducation à la sexualité

Conformément à la loi du 4 juillet 2001 et à la circulaire du 27 février 2003, l'ensemble des collèges et des lycées doivent mettre en place des séances d'éducation à la sexualité. Un travail important a déjà été réalisé dans les collèges pour les classes de 4^{ème} et 3^{ème}. Il convient désormais de l'étendre à tous les niveaux de classes.

Dans les lycées, une information est souvent effectuée sur des thématiques précises, notamment en termes de prévention des risques. Il importe désormais de mettre en œuvre une véritable éducation à la sexualité. L'objectif à atteindre est fixé à au moins 50 % des lycées sur 3 ans. Les méthodes d'intervention devront être adaptées à l'âge et aux attentes des élèves, en privilégiant notamment les temps d'échanges et les débats.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ces dispositions, deux documents pédagogiques seront mis à disposition des formateurs et des équipes éducatives des collèges et des lycées : un support de formation réactualisant et complétant le guide "Repères sur l'éducation à la sexualité" sera diffusé très prochainement et un guide pédagogique sera réalisé en 2004.

Une brochure à l'intention des enseignants du premier degré sera élaborée au cours de cette même année.

Par ailleurs, les élèves doivent être informés, dans les établissements scolaires, des diverses sources d'information, d'orientation et de conseil existantes au sein de ceux-ci et à l'extérieur. À cet effet, un espace d'affichage dans les lieux de passage des élèves et dans les lieux de soins sera obligatoirement réservé. Il comportera les heures d'ouverture de l'infirmerie, les numéros verts, les coordonnées des structures locales (centres de planification et d'éducation familiale, de planning familial, consultations de dépistage anonyme et gratuit, accès gratuits à la contraception d'urgence). Dans les lycées, les modalités de mise à disposition des préservatifs (dans les infirmeries et/ou dans tout type de distributeur automatique), devront être établies et faire l'objet d'une réflexion avec les lycéens, au sein du conseil d'administration et du conseil de la vie lycéenne, afin de permettre une meilleure accessibilité à ce moyen de prévention.

(2) Note d'information 03.02 avril de la DPD à la demande de la DESCO.

3.3 Prévenir les conduites addictives

La prévention des comportements à risque et la lutte contre la consommation de produits illicites ou dangereux doit être intégrée dès l'école primaire et tout au long du cursus scolaire, particulièrement au collège. L'expérimentation des produits psycho-actifs est de plus en plus précoce et conduit de plus en plus souvent à des poly-consommations associant les drogues, l'alcool, le tabac et la prise de médicaments psycho-actifs. Ces consommations plus ou moins régulières, peuvent porter gravement atteinte à la santé et à la scolarité des jeunes, et compromettre leur insertion dans la société.

Une enquête DESCO-OFDT(3)-MILDT relative à l'application de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 dans les établissements, réalisée en 2001, montre que l'application de cette loi n'est pas effective, notamment dans les lycées.

À partir de ces constats, il est obligatoire :

- d'appliquer effectivement la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 ;
- d'inscrire dans les règlements intérieurs l'interdiction de fumer dans l'enceinte des établissements (lieux couverts et non couverts) pour l'ensemble des élèves.

Par ailleurs, il est essentiel de décourager l'initiation aux substances psycho-actives et de réduire les risques sanitaires et sociaux chez les jeunes consommateurs.

Dans cette perspective, les modalités suivantes devront être mises en œuvre :

- faire connaître, appliquer les dispositions de la loi sur les consommations de produits licites (loi du 10 janvier 1991) et illicites (loi du 31 décembre 1970), et les inscrire au règlement intérieur ;
- rappeler systématiquement les sanctions disciplinaires et judiciaires encourues en cas d'infraction à la législation sur les stupéfiants ;
- organiser dans le cadre du projet d'établissement une information systématique sur les dangers des produits psycho-actifs et la nocivité des polyconsommations ;
- prévoir des réunions d'information et de sensibilisation en début d'année scolaire à l'intention des personnels de l'établissement et des parents, non seulement sur la connaissance et les effets des produits, mais aussi sur le développement de l'adolescent ;
- développer des actions d'aide aux jeunes en situation de consommation régulière et mettre éventuellement en place des orientations vers les services spécialisés.

Le chef d'établissement veillera à l'application de ces mesures en usant de tous les moyens à sa disposition pour leur mise en œuvre. Celle-ci fera l'objet d'un point particulier dans le bilan annuel d'activité présenté au conseil d'administration.

Afin d'améliorer la lutte contre le tabagisme, les infirmières des établissements scolaires proposeront aux adolescents, dans le cadre d'actions de prévention, des tests visant à mesurer le taux de monoxyde de carbone expiré et leur communiqueront des informations sur l'accès aux dispositifs de sevrage. Elles pourront accompagner les élèves engagés dans une démarche de sevrage en lien avec les professionnels ou services spécialisés. Elles auront également la possibilité de délivrer ponctuellement, et à titre dérogatoire, des substituts nicotiques (pastilles sublinguales), après une phase d'expérimentation conduite dans une vingtaine d'établissements volontaires. Les modalités de cette expérimentation figurent en annexe (annexes 1.2 et 1.3) du contrat-cadre éducation nationale-santé.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est le dispositif le mieux adapté pour organiser ces actions de prévention, notamment des conduites addictives. La totalité des établissements devront en être dotés à la rentrée 2004. À cette fin, l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, réunira les représentants des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté de chaque bassin d'éducation de son département dans le courant du premier trimestre de chaque année scolaire pour définir, en conformité avec les orientations nationales et académiques, le programme d'actions de l'année scolaire à venir.

Les coordonnateurs académiques et les personnes-ressources formés au niveau des inspections académiques devront renforcer leur collaboration avec les chefs de projets départementaux drogues et dépendances.

L'organisation, en 2003-2004 de journées interacadémiques, à destination du réseau des coordonnateurs académiques et des chefs de projet départementaux drogues et dépendances, conduira en 2004 à la tenue d'Assises de la prévention".

3.4 Éduquer à la nutrition et prévenir les problèmes de surpoids et d'obésité

Les problèmes de surpoids ou d'obésité touchent aujourd'hui plus de 10 % des enfants de 5 à 12 ans et 13,4 % des adolescents.

L'éducation nutritionnelle, l'éducation au goût et à la consommation, ont toute leur place aussi bien à l'école qu'au collège ou au lycée, en appui sur les enseignements ou dans le cadre des animations organisées autour de la valorisation des patrimoines culinaires. Cette éducation à la nutrition et à la prévention des problèmes de surpoids et d'obésité, conformément aux recommandations du Plan national nutrition santé, doit s'appuyer sur des mesures concrètes. En particulier, il convient :

- de généraliser l'utilisation des outils de repérage (disque indice de masse corporelle - IMC - et courbe de poids), lors des bilans médicaux et des dépistages infirmiers et d'informer systématiquement les parents des suites de ce repérage ;
- de diffuser dans les établissements scolaires en 2004-2005 un guide de la nutrition pour les adolescents, élaboré par l'INPES ;
- d'inciter les chefs d'établissement à mener une réflexion au sein du conseil d'administration sur la présence de distributeurs et particulièrement sur leurs contenus afin de prendre en compte la qualité nutritionnelle des produits proposés. Les boissons sans sucre, l'eau, les produits frais (fruits, légumes...) et les aliments à faible teneur en calories seront largement privilégiés dans ces distributeurs ;
- de définir une politique d'installation de fontaines d'eau réfrigérée en concertation avec les collectivités territoriales concernées. Tous les établissements devront être pourvus de ces fontaines à l'horizon 2007.

En ce qui concerne l'opportunité et la composition de la "collation de 10 heures" ainsi que des aliments proposés lors des goûters et à l'occasion des différentes manifestations organisées au sein de l'école (anniversaires, fêtes de fin d'année, kermesses...), une expertise scientifique va être réalisée par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. À l'issue de cette expertise, et sans méconnaître les aspects de convivialité qui s'attachent à ces événements, des recommandations seront communiquées aux écoles.

Par ailleurs une enquête sera menée au cours de l'année 2004 sur l'application de la circulaire du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en milieu scolaire, notamment en ce qui concerne les recommandations nutritionnelles.

Enfin il faut rappeler que l'activité physique et sportive est un facteur essentiel de prévention des problèmes de surpoids et d'obésité.

(3) OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

IV - Développer chez les élèves des comportements civiques et solidaires : généraliser l'apprentissage des gestes qui sauvent

Afin d'aboutir à une généralisation progressive de l'apprentissage des gestes qui sauvent, deux priorités sont déterminées :

- dans toutes les écoles, développer sur les trois années à venir le dispositif "Apprendre à porter secours" (APS) ;
- dans les collèges, poursuivre ce programme au cours des cinq prochaines années scolaires afin d'aboutir, à la fin de cette période, à l'obtention de l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS) pour tous les élèves.

Cet apprentissage a un double objectif : d'une part, permettre à tout élève d'effectuer une alerte et de pratiquer des gestes simples face à une situation d'urgence médicale avant la prise en charge par les secours spécialisés, d'autre part, faire acquérir aux élèves des savoirs et savoir-faire dans la gestion de situations d'incidents ou d'accidents de santé, en prenant appui sur les programmes d'enseignement.

Cinq mesures accompagnent ce dispositif :

- une attestation nationale validera les acquis de cette formation à l'issue des trois cycles de l'école primaire ;
- la brochure pédagogique "APS", référentiel de formation pour les formateurs, sera actualisée et diffusée dès la rentrée 2003-2004. Elle prend en compte les nouveaux programmes de l'enseignement primaire et l'évolution de la formation aux premiers secours ;
- le développement de la formation aux premiers secours des enseignants se poursuivra en formation initiale ou continue ;

- le partenariat entre le ministère chargé de l'éducation nationale et le ministère chargé de la santé sur la formation "Apprendre à porter secours" est formalisé dans le cadre d'une convention nationale, qui sera mise en œuvre durant l'année scolaire 2003-2004 ; cette convention est jointe en annexe (annexes [6](#), [6.1](#), [6.2](#)) du contrat-cadre éducation nationale-santé.
- un protocole d'accord sera également signé entre le ministère chargé de l'éducation nationale et le ministère de l'intérieur afin d'aboutir, à terme, à ce que les collégiens puissent obtenir en fin de 3ème l'attestation de formation aux premiers secours.

Un premier bilan concernant :

- le dispositif mis en place dans les académies relatif au suivi des problèmes de santé des élèves et des avis médicaux donnés aux familles ;
- le dispositif d'orientation et d'accueil pour les élèves en souffrances psychiques ;
- l'expérimentation des vingt-deux sites pilotes de lutte contre le tabagisme (liste en annexe 1.3), devra être adressé par les inspecteurs d'académie aux recteurs, puis transmis à la direction de l'enseignement scolaire pour le 15 mars 2004 selon une grille nationale qui sera adressée aux recteurs ultérieurement.

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et par délégation,

Le directeur de l'enseignement scolaire

Jean-Paul de GAUDEMAR

Annexe 1.1

Contrat-cadre de partenariat en santé publique

Entre

le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche,

le ministre délégué à l'enseignement scolaire

et

le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Préambule

L'établissement d'une collaboration renforcée entre le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées est un impératif, comme l'ont démontré les travaux et les études réalisés en commun à l'occasion de l'adoption du plan national de lutte contre le cancer ou de la présentation en conseil des ministres de la communication sur la santé des jeunes en milieu scolaire.

La politique de Santé publique et la promotion de la santé en faveur des élèves sont étroitement liées. En effet, la protection de la santé des jeunes représente le premier maillon de la chaîne de préservation du capital santé de chacun. C'est au sein du milieu familial, mais aussi à l'école que se forgent les prises de conscience, les comportements et les habitudes qui feront que l'adulte sera attentif à la qualité de sa santé tout au long de son existence. C'est dire l'importance du rôle de l'école pour veiller au bien-être et à l'épanouissement physique, mental et social de l'élève, assurer, tout au long de la scolarité, une éducation à la santé adaptée aux enjeux actuels et contribuer à la prévention des conduites et des situations à risques.

Les deux ministres conviennent de renforcer et de mieux organiser leur collaboration dans le présent contrat-cadre.

Article 1 - Domaines concernés

Ce contrat porte sur les différentes dimensions de la politique de santé publique qui concernent la population des élèves. Les principaux domaines concernés sont :

- les dépistages des troubles de la santé, notamment les troubles sensoriels ;
- la prévention des conduites à risques incluant les consommations de produits psycho-actifs et du tabac ;
- la promotion des comportements favorables à la santé notamment en matière de nutrition, d'activité physique, d'exposition solaire, de qualité du sommeil ;
- **l'éducation à la sexualité notamment pour une prévention des infections sexuellement transmissibles, du sida et des grossesses non désirées ;**
- la prévention des troubles mentaux ainsi que le suivi des élèves concernés ;
- la scolarisation des enfants malades.

Article 2 - Objectifs

Chaque année scolaire, les objectifs prioritaires des ministères font l'objet d'une définition commune par les ministres.

Pour l'année scolaire 2003-2004, les objectifs prioritaires sont :

- la lutte contre le tabagisme (annexes 1.2 et 1.3) ;
- la généralisation de la formation aux premiers secours ;
- la collaboration entre la direction de l'enseignement scolaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- la réalisation d'un cycle triennal d'enquêtes sur l'état de santé des populations scolaires ;
- l'expérimentation de la mise en place de dispositifs d'accueil des enfants et des adolescents en souffrance psychique.

Dans chacun de ces domaines, les deux ministères décident de coordonner leurs actions et de soutenir activement les programmes ou actions en faveur de l'éducation à la santé et de la santé des jeunes en milieu scolaire. Ils favoriseront le développement de la promotion de la santé au sein de l'école, du collège et du lycée, dans un objectif de continuité avec les actions menées sur ce thème au cours de la petite enfance et d'anticipation des enjeux de santé attachés à la vie adulte et professionnelle.

Article 3 - Constitution du comité de pilotage

Un comité de pilotage est constitué, sous la présidence conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'éducation nationale.

Il est notamment composé des organismes cités ci-après.

- Pour le ministère de la santé

la direction générale de la santé, l'institut national de prévention et d'éducation à la santé, l'institut de veille sanitaire

- Pour le ministère de l'éducation nationale

La direction de l'enseignement scolaire, la direction de l'enseignement supérieur, la direction de la recherche, l'inspection générale de l'éducation nationale

- Les organismes compétents en matière de prévention et d'éducation à la santé, en particulier la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie et l'Inserm.

Article 4 - Missions

Les missions du comité de pilotage sont :

- la définition des objectifs communs, du programme d'actions et de son calendrier ;
- le choix des études et enquêtes à mener en commun ;
- le choix des thèmes faisant l'objet d'actions communes de communication, d'information et de formation des personnels ;
- la définition des modalités selon lesquelles les agences sanitaires contribuent au programme d'action ;
- le suivi des indicateurs d'évaluation des actions ;
- la bonne articulation entre le repérage, le dépistage et le dispositif de prise en charge ;
- l'examen des possibilités de développement de la collaboration entre tous les partenaires, dans le domaine de l'éducation à la santé des jeunes et de la prévention en milieu scolaire.

Le comité de pilotage peut décider de constituer des groupes de travail associant toute personnalité compétente dans le domaine concerné.

Il se réunira au moins une fois par an.

Fait à Paris, le 17 juillet 2003

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Jean-François MATTEI

Le ministre délégué à l'enseignement scolaire

Xavier DARCOS

Annexe 1.2

Application de la loi du 10 janvier 1991 dans les établissements scolaires

Objectif

Viser à ce que tous les établissements scolaires appliquent la loi du 10 janvier 1991 dès la rentrée scolaire 2003.

Public visé

Tous les élèves et tous les personnels, des écoles, des collèges et des lycées d'enseignement général, technique et professionnel.

Modalités

- Rappeler aux chefs d'établissement et aux corps d'inspection l'impératif du respect de la loi.
- Encourager les initiatives tendant à faire des écoles et des établissements scolaires des lieux non fumeurs.
- Favoriser l'information des jeunes et des personnels sur les conséquences du tabagisme.
- Agir sur les représentations sociales et culturelles de la consommation de tabac.
- Décourager l'initiation et favoriser le sevrage chez les jeunes consommateurs.
- Apporter une aide méthodologique aux établissements scolaires qui s'engagent dans la lutte contre le tabagisme.
- Mettre en place dans vingt-deux établissements scolaires pilotes des centres de ressources (infirmières) dès la rentrée 2003 (voir cahier des charges annexe 1.3).
- Assurer la formation spécifique des infirmières scolaires en premier lieu des établissements scolaires pilotes, notamment pour le soutien personnel à apporter aux fumeurs.
- Faciliter la diffusion de l'information et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac pour les jeunes et les adultes, et/ou orientation vers les services spécialisés.

Ces axes s'intègrent dans la stratégie générale de prévention, de dépistage et de prise en charge des consommations de substances psychoactives mise en place par le Gouvernement dans le cadre du plan quinquennal de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Annexe 1.3

Expérimentation dans 22 établissements scolaires pilotes

Objectif

Viser à ce que ces vingt-deux établissements scolaires pilotes deviennent des lieux non fumeurs.

Public visé

Tous les élèves et tous les personnels des établissements concernés

Conditions de mise en œuvre

- Appel à candidature auprès des lycées volontaires disposant d'une infirmerie et dotés d'un poste d'infirmier(ère) à temps plein.
- Implication du chef d'établissement, de l'infirmier(ère) scolaire et de la communauté éducative.
- Existence de ressources de proximité pour l'information et le sevrage tabagique.

Modalités

- Communication sur le projet pour impliquer l'ensemble des acteurs de la communauté (personnels, parents, élèves) et les partenaires et maintenir la dynamique tout au long de l'année, en s'appuyant sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.
- Formation spécifique des infirmier(ère)s de l'éducation nationale.
- Mise à disposition de testeurs de monoxyde de carbone dans les infirmeries et, à titre dérogatoire, de substituts nicotiques de dépannage. Des financements spécifiques sont prévus sur le budget du ministère chargé de la santé (chapitre 47-11).
- Développement d'un travail en réseau avec les partenaires locaux : centres d'information, consultation tabacologiques, centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances (CIRDD), comités départementaux d'éducation à la santé (CODES), médecin de ville ...

Évaluation

Cette politique d'expérimentation se déroulera dès l'année scolaire 2003-2004.

Elle sera évaluée sur la base d'indicateurs établis au niveau national et mis à la disposition des établissements scolaires au cours du 1er trimestre de l'année scolaire. La généralisation de l'action fera l'objet d'une planification rapide.

Lutte contre le tabac - Expérimentation 22 sites pilotes

La liste des 22 sites pilotes est au format PDF

Annexe 2 Convention

Le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Préambule

Le ministère chargé de l'éducation nationale conduit dans le cadre de sa mission éducative une politique de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention, en faveur des élèves.

Les axes essentiels de cette politique sont définis dans les textes suivants :

- La circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998, *Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*, rappelle les principes fondamentaux de la politique éducative en matière de prévention des conduites à risque, définit la politique de l'établissement scolaire dans ce domaine et invite à une généralisation des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).
- La circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998, *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*, définit la nature et les objectifs de l'éducation à la santé, les moyens et les méthodes de sa mise en œuvre et instaure des rencontres éducatives sur la santé au collège.
- La circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001, *Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves*.
- La circulaire n° 2002-098 du 25 avril 2002, *Politique de santé en faveur des élèves*, résume les trois principes qui guident la politique de santé à l'école : l'information et la participation des familles, l'implication de l'ensemble de la communauté éducative et le développement de partenariats avec les autres acteurs de santé publique.
- La circulaire n° 03-027 du 17 février 2003, *L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*, instaure trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité pour les trois niveaux de scolarité.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), établissement public créé par décret le 3 mai 2002, s'est substitué au Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Selon les termes de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il a pour missions :

- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire en tant que mission de service public ;
- de mettre en œuvre les programmes nationaux de prévention, pour le compte de l'État et de ses établissements publics.

Le directeur de l'enseignement scolaire siège au conseil d'administration de l'INPES.

Le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, représenté par le directeur de l'enseignement scolaire (DESCO), Monsieur Jean-Paul de Gaudemar et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, représenté par son directeur général, Monsieur Philippe Lamoureux

Constatant

La convergence de leurs missions et de leurs objectifs dans le domaine de la promotion de la santé des enfants et des adolescents, et afin de renforcer et de formaliser leur partenariat

Convient ce qui suit :

Article 1

La direction de l'enseignement scolaire (DESCO) et l'INPES conviennent de travailler ensemble dans le domaine de la prévention, de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé auprès des enfants et des adolescents scolarisés. Cette collaboration se traduit par l'élaboration concertée d'un programme de travail, la définition des opérations prioritaires à mener en commun et l'évaluation conjointe des résultats.

Article 2 - Actions en direction des enfants et des adolescents scolarisés

La DESCO et l'INPES mènent ensemble des actions de promotion de la santé en direction des enfants et des adolescents scolarisés. Ils conviennent notamment de concevoir, expérimenter et évaluer une programmation d'éducation à la santé de la maternelle au lycée, dont le descriptif figure ci-après.

Article 3 - Formation des personnels

L'INPES apporte son expertise, notamment sur les aspects méthodologiques de l'éducation à la santé, les formations des personnels que la DESCO organise ou auxquelles elle participe. Il peut contribuer à la conception et/ou la réalisation de ces formations.

Article 4 - Collaborations de proximité

L'INPES et la DESCO soutiennent les collaborations au niveau régional, académique et local entre les acteurs de santé publique (DDASS, DRASS, comités d'éducation pour la santé, assurance maladie, etc.) et les acteurs de l'éducation nationale (rectorats, inspections d'académies, écoles, établissements publics locaux d'enseignement, etc.).

Article 5 - Outils pédagogiques

L'INPES et la DESCO peuvent s'associer pour créer et/ou promouvoir des outils pédagogiques ou des documents d'information en éducation à la santé destinés au milieu scolaire, selon des modalités adaptées à chaque projet.

La DESCO et l'INPES travaillent ensemble sur les critères de validation des outils pédagogiques en éducation à la santé destinés au milieu scolaire, en associant en tant que de besoin les partenaires concernés.

L'INPES informera la DESCO sur le dispositif "pédagothèque" d'analyse des outils pédagogiques. L'INPES associera la DESCO et/ou les professionnels de l'éducation nationale à l'analyse des outils spécifiquement destinés au milieu scolaire.

Article 6 - Publications

La DESCO participe au comité de rédaction de la revue publiée par l'INPES : *La Santé de l'homme*. D'autres collaborations sur des publications peuvent être menées.

Article 7 - Diffusion

L'INPES et la DESCO définissent et mettent en œuvre une procédure pour la promotion et la diffusion des documents et outils pédagogiques en éducation à la santé auprès des personnels des écoles et des établissements scolaires de l'Education nationale : relais, modalités d'accompagnement de ces outils, mise à disposition des fichiers utiles...

Article 8 - Enquêtes et travaux de recherche

L'INPES et la DESCO peuvent mener ensemble des recherches ou des enquêtes dans le domaine de l'éducation à la santé. Ils peuvent également inciter et aider les acteurs locaux à mener des recherches-actions permettant notamment d'analyser la démarche éducative menée dans les écoles ou établissements scolaires sur les thèmes de santé.

Article 9 - Colloques, séminaires

L'INPES et la DESCO peuvent organiser conjointement des colloques, séminaires ou journées nationales de travail.

Article 10

En dehors même de leur programme commun de travail, la DESCO et l'INPES se tiennent réciproquement informés des initiatives qu'ils prennent en matière de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de la santé en milieu scolaire.

Article 11

Le directeur général de l'INPES et le directeur de l'enseignement scolaire se rencontrent au moins une fois par an pour s'entretenir des modalités de leur collaboration, de l'évaluation du programme de travail en cours et de la préparation de l'année suivante.

Article 12

La présente convention est établie pour une durée de trois ans à compter de sa signature. Elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle fait l'objet, pour chaque année civile, d'un avenant précisant le programme conjoint de travail entre la DESCO et l'INPES.

Fait à Paris, le 6 août 2003

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et par délégation

Le directeur de l'enseignement scolaire

Jean-Paul de GAUDEMAR

Le directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Philippe LAMOUREUX

Avenant : programme de travail 2003

Ce programme se réfère aux articles suivants de la convention :

Article 2 - Actions en direction des enfants et des adolescents scolarisés

Expérimentation d'une "programmation" d'éducation à la santé de la maternelle au lycée : conception, mise en œuvre et évaluation

Ce projet, prévu sur plusieurs années, est décrit en annexe.

Pour l'année 2003, l'INPES et la DESCO se donnent pour objectifs :

- de mettre en place le comité de pilotage national ;
- de constituer les groupes de travail (primaire, collège, lycée) ;
- d'élaborer la première trame de la programmation d'éducation à la santé se déroulant tout au long de la scolarité ;
- de déterminer les 2 ou 3 académies chargées de sélectionner les lieux dans lesquels se déroulera l'expérimentation.

Article 3 - Formation des personnels

Dispositif de formation d'adaptation à l'emploi du programme national de pilotage 2002-2003 : conseillers techniques de service médical, infirmier ou social

Cette formation a pour objectif de développer les compétences de conseil, d'encadrement et d'animation des conseillers techniques nouvellement nommés. Un premier module de formation a eu lieu du 25 au 29 novembre 2002 intitulé "Présentation des fonctions et responsabilités des conseillers techniques". L'INPES est intervenu le 29 novembre 2002, lors de la matinée consacrée à la "préparation du travail de l'intersession à effectuer par les stagiaires" et les 24 et 25 mars lors du deuxième et dernier module intitulé "approfondissement des connaissances et renforcement des compétences".

Article 5 - Outils pédagogiques

Conception de la mallette pédagogique "Léa et le feu"

En 2003, l'INPES a prévu de concevoir et d'éditer la quatrième mallette pédagogique de la collection Les chemins de la santé : "Léa et le feu". La DESCO participera au comité de pilotage de cette action et/ou aidera au choix des professionnels de terrain à associer à ce comité.

Conception d'une mallette pédagogique sur le thème de la nutrition

En 2003, l'INPES a prévu de concevoir une mallette pédagogique sur le thème de la nutrition, destinée aux classes de collèges. La DESCO participera au comité de pilotage de cette action et/ou aidera au choix des professionnels de terrain à associer à ce comité.

Élaboration et diffusion de fiches d'aide à l'action à partir d'ouvrages de littérature pour la jeunesse

En 2003, l'INPES débutera un nouveau projet ayant pour objectif de réaliser, à partir des ouvrages de littérature pour la jeunesse, des outils d'animation en éducation à la santé sur le thème de la santé mentale. Pour cela il est prévu de constituer un comité de lecture restreint. Celui-ci analysera les ouvrages de littérature pour la jeunesse puis rédigera des fiches décrivant chaque ouvrage de façon synthétique et proposant des pistes d'actions pour l'utiliser comme outil d'animation en éducation à la santé. La DESCO participera à ce comité de lecture et/ou aidera au choix des professionnels de terrain susceptibles d'y participer.

Conception d'un guide d'actions sur la promotion de la santé mentale

En 2003, l'INPES coordonnera la rédaction d'un guide d'actions sur la promotion de la santé mentale, destiné aux différents acteurs locaux des secteurs sociaux, éducatifs et sanitaires concernés par des actions de prévention ou promotion de la santé auprès des jeunes. Ce guide d'actions s'inscrit dans le prolongement d'un travail entrepris en 2002. Il présentera :

- un point conceptuel sur les connaissances théoriques relatives aux compétences psychosociales ;
- des exemples d'actions de terrain se référant à ce concept ;
- des critères d'évaluation.

Pour réaliser ce guide d'actions, l'INPES constituera un comité de pilotage auquel la DESCO participera et/ou aidera au choix des professionnels susceptibles d'y participer.

Conception de documents sur les troubles du langage : une synthèse documentaire et un "guide-ressources"

Dans le cadre du plan de communication grand public sur les troubles du langage, l'INPES coordonnera la production de plusieurs documents, notamment une synthèse documentaire et un guide-ressources à destination des professionnels de santé et des personnels de l'éducation nationale. Pour réaliser ces documents, un comité de pilotage a été mis en place auquel la DESCO participe.

Conception d'un guide pédagogique sur l'éducation à la sexualité

Dans le cadre des documents d'accompagnement pédagogique annoncés dans la circulaire sur l'éducation à la sexualité à l'école, au collège et au lycée, la DESCO a prévu de concevoir dans la collection Repères un guide pour les équipes éducatives de collège et de lycée. Ce guide, qui s'adresse aux personnels d'enseignement, d'éducation, de santé et d'action sociale, a pour objectif d'aider à la mise en place des séances d'éducation à la sexualité. L'INPES participera au comité de pilotage ou au groupe de travail mis en place par la DESCO et/ou aidera au choix des professionnels de l'éducation pour la santé susceptibles d'y participer.

Article 7 - Diffusion

Définition d'une procédure

En 2003, l'INPES et la DESCO conviendront d'une procédure de travail pour assurer la promotion et la diffusion des documents et outils pédagogiques en éducation à la santé destinés au milieu scolaire.

Cette réflexion concernera notamment les documents suivants :

- Livret *La santé des jeunes scolarisés* à destination des personnels de l'éducation nationale. Ce livret présente les résultats du Baromètre santé 2000 qui concernent la santé des jeunes scolarisés. Il présente également des outils pédagogiques, des pistes d'actions et des expériences de terrain susceptibles d'aider les personnels de l'éducation nationale à développer l'éducation à la santé dans leur établissement.
- Mallette pédagogique *Protège ton dos* destinée aux enfants de cycle 3 à l'école primaire.
- Coffret *Badaboum et Garatoi* pour les enfants de cycle 2 à l'école primaire.
- Trois brochures d'information sur la nutrition destinées aux enfants (6-10 ans) et aux adolescents (11/14 ans et 15-18 ans) ainsi qu'un livret d'accompagnement de 4 pages destiné aux enseignants.
- Un cédérom *Fonds documentaire et pédagogique en éducation nutritionnelle* réunissant les références des ouvrages et des outils pédagogiques sur la nutrition ainsi qu'un dossier documentaire sur les représentations de l'alimentation et les comportements alimentaires. Ce cédérom pourra être diffusé aux enseignants souhaitant mener des actions d'éducation à la santé sur ce thème.
- Les mallettes pédagogiques de la collection "Les chemins de la santé".
- Brochure d'information sur la sexualité : *Questions d'ados* destinée aux lycéens.

Expérimentation d'une programmation d'éducation à la santé de la maternelle au lycée - conception, mise en œuvre, évaluation

Introduction

"Reconnue comme le lieu privilégié, mais non unique, d'éducation et de promotion de la santé en raison des interactions importantes entre la santé, la réussite scolaire et l'éducation, et aussi parce qu'elle permet d'atteindre la très grande majorité d'une classe d'âge"(1), l'école s'est vu confier par le ministère de l'éducation nationale un rôle essentiel en matière d'éducation pour la santé : "Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations", l'éducation pour la santé a pour objectifs "l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir, la maîtrise de méthodes de pensée et d'action, le développement d'attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité. Composante d'une éducation globale, l'éducation à la santé ne constitue pas une nouvelle discipline : elle se développe à travers les enseignements et la vie scolaire. Tous les personnels membres de la communauté éducative y prennent part, individuellement et collectivement, chacun selon la spécificité de ses missions"(2).

Si les directives du ministère de l'éducation nationale sont ainsi claires et ambitieuses, les activités mises en place sont encore de nature et de qualité variables : en effet, tous les niveaux existent, d'une séance ponctuelle d'information

jusqu'à une véritable programmation inscrite dans le projet d'établissement, associant l'ensemble des membres de la communauté éducative et intégrant un processus d'évaluation.

En s'appuyant sur les atouts existants, il est proposé de concevoir, d'expérimenter et d'évaluer, avec les professionnels de terrain, une programmation d'éducation à la santé de la maternelle au lycée. Les actions mises en œuvre seront adaptées à chaque cycle scolaire, menées dans la durée, par des équipes formées et soutenues au plan méthodologique. Elles s'appuieront sur les enseignements et la vie des établissements, et s'articuleront aux projets académiques et à la politique régionale de santé.

Dans un premier temps, à partir de l'analyse des textes officiels et d'expériences déjà menées, une programmation sera établie et des outils méthodologiques facilitant sa mise en œuvre seront conçus. Ce dispositif sera ensuite expérimenté dans plusieurs écoles, collèges et lycées, sur une durée de trois années scolaires. Après évaluation, des recommandations seront rédigées pour faciliter son éventuelle extension.

Les objectifs du projet

Objectif général

Élaborer et expérimenter une programmation d'éducation à la santé en milieu scolaire, de la maternelle au lycée.

Objectifs spécifiques

Concevoir, expérimenter et évaluer dans trois à cinq sites une programmation d'éducation à la santé de l'école maternelle au lycée(3), associant la communauté éducative et l'ensemble des partenaires.

- Articuler la programmation d'éducation à la santé avec le projet académique et avec les programmes régionaux et locaux de santé.
- Développer et organiser le partenariat au sein de la communauté éducative et avec les autres acteurs locaux de santé publique (institutionnels, professionnels, associatifs).
- Soutenir et renforcer les compétences de la communauté éducative en matière d'éducation à la santé (formation, soutien méthodologique...).
- Développer, chez les élèves, les compétences qui leur permettront de protéger et promouvoir leur santé en s'appuyant sur l'appropriation des connaissances, la maîtrise de méthodes de pensée et d'action, le développement d'attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie et la responsabilité (4).
- Identifier et construire les conditions et les outils nécessaires à l'extension de la programmation sur l'ensemble du territoire.
- Identifier les atouts et les freins à la mise en place de ce projet.
- Mettre à la disposition des membres de la communauté éducative un guide méthodologique et les outils pédagogiques nécessaires à la mise en œuvre de la programmation.
- Concevoir et organiser des modules de formation initiale et continue pour les professionnels de l'éducation nationale.

Phases de travail

1 - Conception de la programmation

Mettre en place un comité de pilotage national composé, dans un premier temps, de la Desco, de l'Inpes, de la DGS et de la Mildt(5). Ce comité assurera l'animation, la coordination et le suivi général du projet à ses différentes phases.

Élaborer, à partir des enseignements existants, des orientations fixées par le ministère de l'éducation nationale en matière d'éducation à la santé et des priorités de santé publique, la première trame d'une programmation d'éducation à la santé se déroulant tout au long de la scolarité, suivant une progression pédagogique et respectant les besoins des enfants et des adolescents à chaque étape de leur développement. À cette fin, il faudra préalablement :

- identifier la place de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires officiels, de la maternelle au lycée (filière générale, technologique et professionnelle) ;
- rassembler les informations disponibles sur les pratiques actuelles d'éducation à la santé en milieu scolaire (enquêtes, rapports d'activités, expériences innovantes...) et les attentes des différents membres de la communauté éducative dans ce domaine ;
- recenser et sélectionner les documents et outils pédagogiques d'éducation à la santé susceptibles d'être utilisés en milieu scolaire.

2 - Expérimentation dans trois à cinq sites

Lancer un appel à participation auprès des académies qui sélectionneront les écoles, collèges et lycées participant à la phase expérimentale.

Constituer un comité de pilotage local dans chaque bassin d'éducation. Ce comité devra :

- adapter aux spécificités locales, aux motivations et aux compétences des équipes éducatives participant au projet, la première trame de travail proposée par le comité de pilotage national ;
- accompagner les équipes éducatives participant au projet : organisation de formations, soutien méthodologique, soutien à la mise en place de partenariats... ;
- assurer l'animation, la coordination et le suivi du projet au niveau du bassin d'éducation ;
- désigner un représentant par bassin d'éducation pour participer aux échanges avec le comité de pilotage national ;
- engager, dans chaque site, la programmation d'éducation à la santé à plusieurs niveaux de classe pendant trois ans ;
- évaluer la programmation (processus et résultats). L'évaluation se déroulera en plusieurs étapes, permettant des ajustements en cours d'expérimentation ;
- identifier les facteurs facilitant ou freinant l'extension éventuelle de ce dispositif ;
- établir des recommandations pour la pérennisation du programme et son extension à d'autres sites.

(1) Inserm. Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Synthèse et recommandations. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 40 p.

(2) Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998 du ministère de l'éducation nationale.

(3) Dans la première phase, la programmation débutera conjointement dans les différents niveaux de classes.

(4) Voir la circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998, ministère de l'éducation nationale "Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège".

(5) Sa composition pourra secondairement s'élargir à d'autres services du ministère de l'éducation nationale (l'inspection générale notamment) et à des professionnels de terrain.

Calendrier prévisionnel des deux premières phases

2003

- Mise en place du comité de pilotage national.
- Organisation générale du projet.
- Recherche documentaire, recensement d'expériences et d'outils pédagogiques.
- Constitution de trois groupes de travail (primaire, collège, lycée) associant des représentants institutionnels et des professionnels de terrain.
- Élaboration du programme d'éducation à la santé pour chacun des trois niveaux (proposition d'une méthode de travail et d'outils pédagogiques).

Premier semestre 2004

- Appel à participation et sélection d'écoles, de collèges et de lycées qui expérimenteront les programmes proposés.
- Mise en place des comités de pilotage locaux.
- Séminaire de travail réunissant le comité de pilotage national, les trois groupes de travail nationaux et les comités de pilotage locaux.
- Adaptation et affinement du programme pour chaque site.
- Conception des méthodes et fabrication des outils d'évaluation.
- Choix et/ou fabrication des documents et des outils pédagogiques qui seront utilisés dans chaque bassin.

Septembre 2004 à juin 2007

- Mise en place d'une formation de base en éducation à la santé pour les équipes locales.
- Expérimentation du programme dans chaque site.
- Évaluation continue du processus et des résultats.

Deuxième semestre 2007

- Identification des facteurs favorisant ou freinant la généralisation du programme.
- Rédaction des recommandations.

Annexe 3

Suivi des problèmes de santé repérés chez les jeunes enfants - Protocole de mise en œuvre (*)

1 - À partir du bilan de santé systématique

Tous les enfants de grande section de maternelle ou de cours préparatoire sont examinés en présence des parents, par la mission de promotion de la santé en faveur des élèves (MPSFE) dans le cadre du bilan de santé systématique.

En cas de dépistage d'un trouble, la MPSFE transmet aux parents de l'enfant un "avis" lui indiquant la nécessité de consulter un professionnel de santé selon le problème dépisté.

La famille, ou le professionnel consulté doit avertir par "Retour", que l'enfant a bien été vu par le système de soins.

S'il n'y a pas de "Retour" après un délai variable qu'il faut déterminer selon la déficience dépistée, l'environnement et les possibilités logistiques, la MPSFE effectue un "Rappel" écrit ou oral à la famille lui indiquant la nécessité de consulter.

Si, après ce rappel, à n'y a toujours pas "Retour", il faut intervenir auprès de la famille.

2 - Intervention d'un médiateur

Un "ordre de mission" comprenant des données très succinctes sur l'enfant est alors transmis à ce que l'on pourrait appeler un "accompagnant santé".

Cette personne a une fonction précise : contacter la famille de l'enfant afin de vérifier les raisons du non "Retour" puis l'aider à accéder aux soins si nécessaire.

*Expérimentation menée dans les départements de l'Oise et de la Seine-Saint-Denis.

En effet :

- soit il s'agit d'un simple défaut de retour d'information, l'enfant ayant eu en fait accès aux soins (ou tout au moins en cours d'accès, par exemple prise de rendez-vous déjà effectuée...). Le médiateur va alors transmettre à la MPSFE les informations utiles au suivi ;
- soit l'enfant n'a pas eu accès aux soins pour diverses raisons que le médiateur va étudier avec la famille. Il va, non seulement déterminer les difficultés - réelles ou supposées - d'accès et/ou de recours aux soins, mais aussi tenter, avec les institutions, associations, ou toutes personnes utiles, y compris la MPSFE, de les résoudre afin que l'enfant soit réellement pris en charge.

Ce médiateur doit avoir toute compétence pour mettre la famille en confiance afin de préciser, avec elle, le problème évoqué.

Dans les expériences de ce type déjà menées dans l'Oise, le rôle de médiateur est tenu, soit par un personnel de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) (personnel administratif, travailleur social) soit par des volontaires associatifs.

Dans tous les cas, le médiateur a un rôle majeur. En effet, à côté de sa fonction de facilitateur d'accès aux soins, il possède certaines informations indispensables à l'analyse des difficultés et des obstacles rencontrés, au suivi des enfants mais aussi à l'évaluation de l'ensemble du dispositif.

Ces médiateurs, et l'institution à laquelle ils appartiennent, font partie intégrante du dispositif. En aucun cas, il ne doit y avoir d'un côté, le personnel de la MPSFE réduit aux fonctions de "dépistage-avis-rappel" et de l'autre, des médiateurs chargés de l'accès aux soins.

Il s'agit d'un ensemble cohérent de partenaires partageant exactement les mêmes objectifs, les mêmes méthodes et les mêmes critères d'évaluation.

Pour cela, deux outils sont requis :

- un comité de pilotage qui se réunit au moins deux fois par an ;
- un système d'information adapté aux exigences du programme.

3 - Le comité de pilotage

Sa fonction est d'assurer l'organisation, le suivi et l'évaluation des actions tout en maintenant le haut niveau de dialogue entre les différents partenaires. Il communique de façon claire et succincte avec l'ensemble des institutions et professionnels concernés dans la ville et le département. Il désigne la structure susceptible de gérer les fonds éventuellement mobilisables au renforcement de l'action (contrat ville...). Il négocie les conventions indispensables.

Le comité de pilotage se réunit au moins deux fois par an.

Il est coprésidé par l'inspecteur d'académie, directeur des services de l'éducation nationale et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et/ou par leur représentant, le médecin conseiller technique et le médecin inspecteur de santé publique. Il est composé des équipes de la MPSFE, du ou des médiateurs, d'un représentant de chaque partenaire de l'action : CPAM, conseil général, ville, associations, Conseil de l'ordre, professionnels de soins, centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)

Il peut proposer des actions spécifiques complémentaires visant à améliorer l'efficacité du dispositif

Par exemple :

- mobiliser les enfants, les familles et l'entourage socio-éducatif sur la nécessité de la prise en charge ;
- sensibiliser l'enfant et son entourage à l'adoption de comportements favorables à la santé.

Dans tous les cas, il recherche les opérateurs pertinents : comité régional d'éducation à la santé (CRES) ou comité départemental d'éducation à la santé (CDES)... et procède à l'évaluation des actions entreprises. Ces nouveaux opérateurs intègrent alors le comité de pilotage.

4 - Le système d'information

Les supports d'information et l'organisation du recueil d'information doivent permettre, sans qu'il y ait violation du secret médical :

- de préciser les caractéristiques (identité, sexe, adresse classe. école...) de chaque enfant ;
- d'assurer le suivi des pathologies détectées ;
- d'informer sur les mesures d'accompagnement mises en place pour l'accès aux soins de chaque problème de santé mais aussi d'éclairer sur les obstacles rencontrés par les familles.

En bref, le système d'information doit permettre d'évaluer régulièrement l'efficacité du dispositif global et des différentes étapes du processus. Il doit donc recueillir les données nécessaires et suffisantes, mais pas plus.

Les supports d'information à utiliser peuvent être divers : papier seul, papier et informatique, ou informatique seule.

Le choix du support doit tenir compte des habitudes et contraintes locales ainsi que du lieu du recueil informatique (transfert aller-retour des dossiers et supports papier).

Cependant, la nécessité absolue d'informatisation du projet n'est plus à démontrer. On ne peut suivre l'évolution d'une action de ce type en demandant aux équipes de comptabiliser à la main, pour plusieurs items et plusieurs fois par an des centaines, sinon des milliers de dossiers.

5 - Le support informatique

C'est l'utilisation du logiciel (MEDSI) : chaque équipe de la MPSFE a son ordinateur portable et saisit directement les données. Il faut alors non seulement vérifier les items du suivi et de l'activité des médiateurs, mais aussi prévoir la centralisation et l'analyse des données.

Les éléments suivants doivent apparaître clairement afin que la saisie et l'analyse informatique puissent avoir lieu :

- oui ou non y-a-t-il tel ou tel problème de santé ?
- est-il déjà pris en charge ?
- si déficience, non ou mal prise en charge, un avis a-t-il été transmis ?
- en cas d'avis, quel type de professionnel de santé est sollicité ?
- y a-t-il eu "Retour" ?
- y a-t-il eu besoin d'un Rappel ?
- type de prise en charge (facultatif) ?
- nécessité d'un suivi ?
- "ordre de mission" transmis au médiateur ?
- "retour" du médiateur ?
- actions mises en œuvre par le médiateur ?

6 - L'ordre de mission au médiateur

Afin de donner toute indication utile au médiateur, sans violer le secret médical, un "ordre de mission" est envisagé.

Celui-ci a plusieurs fonctions :

Côté recto

- préciser le nom et les coordonnées de l'enfant (et de sa famille) à contacter ;
- indiquer les professionnels de santé pour qui un "avis" a été donné ;
- concrétiser - seul document commun - les relations partenariales entre la MPSFE et le médiateur.

Côté verso

- le mode d'intervention du médiateur ;
- indiquer si l'enfant a déjà eu accès aux soins ;
- informer la MPSFE des aides spécifiques réalisées par le médiateur.

Cette difficulté, reprise à juste titre par plusieurs médecins, pourrait être levée de la façon suivante : lors du bilan systématique, le médecin scolaire, en donnant l'avis à la famille, la prévient d'emblée, qu'en cas de non-retour, un "médiateur" prendra contact avec elle afin de l'aider à surmonter des difficultés éventuelles. La mobilisation de ce "médiateur" peut d'ailleurs être immédiate si, au cours du bilan, une difficulté dans l'accès aux soins est manifeste (problème administratif ou financier). La famille sait, alors immédiatement qu'il y a partage, avec le médiateur, de l'information médicale.

7 - Suivi année après année ou à la demande

Quel que soit le temps de contact avec l'enfant durant lequel le repérage d'un trouble a été effectué, le dispositif doit être capable de mobiliser à nouveau le même circuit des partenaires et le même système d'information :

- nouvel enfant arrivant dans le dispositif ;
- nouveau trouble apparaissant en cours de scolarité ;
- examen à la demande des parents, des enseignants ;
- rupture dans la piste en charge d'une déficience (ex : l'enfant ne va plus à ses séances d'orthophonie).

Chaque équipe de centre médico- scolaire (CMS) s'organise avec ses partenaires afin de prendre en charge ces différents cas. Les supports d'information prévoient ces étapes. Le comité de pilotage valide.

8 - Bilan médical en CM2

Cet entretien médical, proposé dans l'Oise à tous les élèves de CM2, a un quadruple objectif :

- il permet de s'assurer que les prises en charge préconisées au préalable l'ont bien été. Cela permet de réorienter si besoin et de donner des éléments d'évaluation pour le dispositif général ;
- il repère de nouveaux troubles plus spécifiques de la pré-adolescence pouvant donner lieu à des avis adaptés ;
- il maintient et renforce le lien entre l'élève, sa famille et la santé scolaire ;
- il constitue un temps de parole adapté à l'écoute et au conseil.

Ces entretiens individuels peuvent déboucher sur la mise en place de programmes d'éducation pour la santé mais aussi sur la modification du dispositif général d'accompagnement.

Le comité de pilotage recherche les indicateurs pertinents d'évaluation de ces entretiens.

Annexe 4 Convention-cadre n° 2003/002

Entre Le ministère de la jeunesse de l'éducation nationale et de la recherche, direction de l'enseignement scolaire, représentée par Monsieur Jean-Paul de Gaudemar, localisé au 107, rue de Grenelle, 75007 Paris ci-après désigné par le "ministère" d'une part, et L'Institut national de la santé et de la recherche médicale, Établissement public scientifique et technologique, représenté par son directeur général, Monsieur Christian Brechot, localisé 101, rue de Tolbiac, 75654 Paris cedex 13 ci-après désigné par l'"Inserm" d'autre part Collectivement désignés ci-après les "parties"

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 - Domaine de collaboration

Le présent accord-cadre a pour objet de fixer les conditions générales de collaboration entre le ministère et l'Inserm pour faire progresser et valoriser les connaissances disponibles liées à l'enfance et à l'adolescence, et contribuer à leur mise à disposition auprès des acteurs du système éducatif.

Article 2 - Modalités de collaboration

2.1 Les thèmes susceptibles de faire l'objet d'actions conjointes seront examinés par les parties dans le cadre d'un comité de coordination. Ce comité qui se réunit au moins une fois par an, est composé :

- Pour l'Inserm :
 - du directeur général ou de son représentant ;
 - du directeur du Département animation et partenariats scientifiques ou de son représentant.
- Pour le ministère :
 - du directeur de l'enseignement scolaire ou de son représentant ;
 - du sous-directeur des établissements et de la vie scolaire ou de son représentant.

2.2 Chaque action conjointe envisagée dans le cadre du présent accord respectera les conditions suivantes :

- définition préalable concertée entre les parties du champ d'activité à promouvoir et des moyens susceptibles d'y contribuer ;
- établissement d'un avenant particulier pour chaque action retenue.

Article 3 - Contenu des avenants particuliers

Chaque avenant définira notamment :

- le domaine précis de collaboration et sa durée ;
- le montant des participations financières du ministère et de l'Inserm ;
- les dispositions ayant trait aux personnels affectés à ces collaborations.

Article 4 - Propriété des résultats

4.1 Les données fournies par le ministère restent sa propriété.

4.2 Les résultats, y compris méthodes, procédés et/ou savoir-faire, objets des avenants à la présente convention-cadre sont la propriété de l'Inserm.

4.3 Le ministère pourra utiliser les résultats des actions pour ses besoins propres.

Article 5 - Publication des résultats

5.1 Les parties conviennent que les résultats des actions donneront lieu à la rédaction de publications scientifiques effectuées sous la direction du responsable scientifique.

5.2 Tout résultat devra être soumis aux deux partenaires pour approbation avant publication. Toute publication devra mentionner que les actions ont été réalisées par l'Inserm à la demande du ministère.

Article 6 - Collaboration avec des tiers

Le ministère et l'Inserm se réservent la possibilité, pour toute action conjointe, d'associer un ou plusieurs partenaires à la mise en œuvre de cette action. Ceux-ci seront signataires de l'avenant particulier décrit à l'article 3.

Article 7 - Durée

La présente convention-cadre est conclue pour une durée de 3 ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 8 - Litiges

Les parties s'efforceront de régler à l'amiable, préalablement à toutes instances judiciaires, tout différend qui pourrait intervenir à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution des clauses du présent avenant. À défaut la contestation sera portée devant le tribunal compétent de Paris.

Fait à Paris, le 26 septembre 2003

En deux exemplaires originaux

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, et par délégation,

Le directeur de l'enseignement scolaire

Jean-Paul de GAUDEMAR

Pour l'institut national de la santé et de la recherche médicale

Le directeur général

Christian BRÉCHOT

Annexe 5 Protocole d'accord

Entre Le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche représenté par le directeur de l'enseignement scolaire (DESCO) et le directeur de la programmation et du développement (DPD), Le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité représenté par la directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le directeur général de la santé (DGS) et L'Institut de veille sanitaire (InVs) représenté par son directeur général collectivement désignés ci-après par les "parties". Il est convenu ce qui suit :

Article 1 - Objet du protocole d'accord

Le présent protocole d'accord est relatif à la réalisation d'un cycle triennal d'enquêtes sur l'état de santé des populations scolaires.

Article 2 - Conduite des enquêtes

Les enquêtes définies à l'article 1 sont effectuées à l'initiative conjointe du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, coréalisateur de ces enquêtes, qui associe à titre de partenaire l'Institut de veille sanitaire. Les rôles et les droits de chacune des parties font l'objet des articles 3 à 7 du présent protocole d'accord.

Un comité de projet est constitué, composé de représentants des parties : DESCO, DPD, DREES, DGS, InVs, et de représentants d'autres institutions ou experts en tant que de besoin. Le comité de projet détermine les thématiques et les protocoles scientifiques des enquêtes et réalise le suivi de leur réalisation, conformément aux articles suivants. Le comité, qui veillera à l'éthique et au bon déroulement de l'enquête, se réunira chaque fois que nécessaire et à l'initiative de l'une ou l'autre des parties.

Article 3 - Modalités d'exécution/responsabilité scientifique/rôles et droits des parties

Les parties s'engagent à fournir les moyens nécessaires pour d'une part, mener à bien l'organisation du projet et l'accompagnement du dispositif mis en place et, d'autre part, pour assurer l'utilisation des résultats obtenus.

3.1 Production des données

Les enquêtes successives seront réalisées par les deux ministères coréalisateur, avec l'appui technique du comité de projet, dans le cadre de leurs compétences propres inhérentes à leurs missions spécifiques.

- La DREES est chargée de réaliser le matériel d'enquête, le diffuser, le collecter et de saisir les données.
- La DPD procède au tirage des échantillons.
- La DESCO détermine la faisabilité des enquêtes, compte tenu d'une part de leur déroulement au regard des exigences de la scolarité à ce moment, d'autre part des programmes d'activité des personnels de santé de l'éducation nationale auxquels elle confiera le recueil des données.

La constitution et la validation des fichiers sont réalisées par la DREES avec l'appui technique du comité de projet.

3.2 Déroulement de la collecte

L'organisation administrative des enquêtes auprès des écoles et des établissements publics locaux d'enseignement est mise en place sous l'autorité et la responsabilité du recteur et de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale.

3.3 Garanties entourant le déroulement de l'enquête

Les enquêtes seront réalisées, après avis du conseil national de l'information statistique (application des dispositions du décret n° 84-628 du 17 juillet 1984) et selon les conditions de confidentialité conformes aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et, en tant que de besoin, soumises au Comité consultatif pour la protection des personnes soumises à la recherche biomédicale (CCPPRB), dans le respect des formalités prévues.

En particulier, une lettre rappelant les principaux objectifs de l'enquête concernée, ainsi que les modalités de passation, sera remise aux parents quelques jours avant le déroulement de l'enquête. Ils pourront faire part au directeur d'école ou au chef d'établissement d'un éventuel refus.

Article 4 - Analyse des données et publication des résultats

Chaque enquête fait l'objet d'une première publication de nature générale rédigée par les deux ministères coréalisateur de l'enquête et publiée dans les supports de ces deux ministères dans un délai maximum de six mois après consolidation des fichiers. Cette publication fera mention des différents intervenants ayant participé à la réalisation de l'enquête. Le comité de projet sera tenu au courant du contenu de cette étude avant publication, pour information.

Suite à cette première publication, le comité de projet aura la responsabilité de l'analyse des données par les différents participants au comité de projet. Dans ce cadre, il devra veiller à une bonne harmonisation des travaux pour éviter des redondances éventuelles. En ce sens, les publications spécifiques à chacune des parties feront l'objet d'une information préalable du comité de projet. Selon l'opportunité, il pourra s'agir de publications communes ou non, dans le respect des règles habituelles de publication propres à chaque support.

De façon générale, l'origine des données sera systématiquement mentionnée dans les publications. Les tableaux de résultats mentionneront à la fois à titre de source les deux ministères coréalisateur et le fichier dont est issue l'exploitation statistique ou l'étude.

Article 5 - Propriété de l'enquête et modalités de transferts de données

Les ministères de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et des affaires sociales, du travail et de la solidarité bénéficient d'une protection du contenu de la base au titre de leur droit de producteurs de bases de données, s'exerçant sans préjudice de la protection résultant du droit d'auteur ou d'un autre droit sur la base de données publiques ou un de ses éléments constitutifs.

En application des articles L. 1413-2 et L. 1413-3 du code de la santé publique, la DREES remet à l'Institut de veille sanitaire une copie de l'ensemble des données dans un délai maximum de six mois après la consolidation des fichiers afin que celui-ci puisse exercer ses missions.

Dans l'optique d'une pleine valorisation du travail de collecte des données réalisé, le principe général sera de favoriser l'accès aux fichiers d'enquêtes, en premier lieu pour les participants au comité de projet. Les transferts de données seront organisés dans le respect des dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, notamment de son titre V relatif au traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soins ou de prévention.

Les demandes d'accès aux données de l'enquête par des équipes de recherche extérieures sont faites auprès de la DREES et seront examinées par le comité de projet. Celui-ci donne un avis sur cette demande aux directeurs de la DPD, de la DESCO et de la DREES, pour accord. Les demandes doivent comprendre une présentation de l'objectif de l'étude, le plan d'analyse des données ainsi que l'avis de la CNIL lorsque les données demandées sont indirectement nominatives. La mise à disposition des données ne doit pas nécessiter un traitement de la part de la DREES. Les données ainsi transmises ne peuvent pas être cédées à un tiers et ne peuvent pas être commercialisées.

Les bénéficiaires de ces transferts s'engageront à respecter les dispositions relatives au secret statistique et à la confidentialité contenues dans la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.

Article 6 - Durée du protocole d'accord

Le présent protocole d'accord prend effet à la date de signature par les différentes parties pour une période couvrant un cycle triennal. À l'issue de cette période, l'application de ce protocole d'accord sera évaluée, afin de procéder à son adaptation, si nécessaire.

Il sera ensuite renouvelé, par tacite reconduction, pour des périodes équivalentes. Il pourra être dénoncé par chacune des parties, après un préavis d'une durée suffisante pour permettre la conclusion de la dernière enquête en cours.

Article 7 - Régime de l'accord/Litiges

Les parties s'efforceront de résoudre à l'amiable tout différend qui pourrait intervenir à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution de clauses du présent protocole d'accord.

Fait à Paris, en 1 exemplaire original, le 14 janvier 2003

Le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche

Direction de l'enseignement scolaire

Jean-Paul de GAUDEMAR

Direction de la programmation et du développement

Jean-Richard CYTERMANN

Le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité,

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Mireille ELBAUM

L'Institut de veille sanitaire

Gilles BRUCKER

Annexe 6 Convention

Entre Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, ci-après désigné MJENR Le ministre délégué à l'enseignement scolaire et Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ci-après désigné MSFPH

Préambule

Dans le cadre d'un partenariat, initié par la direction de l'enseignement scolaire du ministère chargé de l'éducation nationale et la direction générale de la santé du ministère chargé de la santé, un dispositif de formation des enseignants aux premiers gestes de secours a permis d'élaborer et de mettre en œuvre le programme "Apprendre à porter secours" à l'école primaire (note de service DE-DLC n° 97-151 du 10 juillet 1997, circulaire DGS du 25 juillet 1997).

À partir d'une initiative originale conduite dans le département de la Somme, un dispositif de formation, à destination des enseignants du premier degré, a été développé. Ce dispositif leur permet d'enseigner aux élèves des gestes simples qui peuvent sauver une vie. Il s'intègre dans le projet interdisciplinaire de chaque classe et soutient, tout au long des trois cycles, un enseignement progressif établi en fonction du développement psychomoteur et de la construction par l'enfant de son autonomie.

Pour aider les formateurs, la direction de l'enseignement scolaire et le SAMU/CESU-80, au titre de l'ANCESU/SAMU de France, ont réalisé une brochure pédagogique "Apprendre à porter secours". Cet outil de référence permet de mettre en œuvre les modalités de formation des enseignants du premier degré.

Le ministre délégué à l'enseignement scolaire, dans sa communication en conseil des ministres du 26 février 2003 sur "La santé des jeunes en milieu scolaire", préconise la généralisation du dispositif "Apprendre à porter secours" à l'ensemble des élèves de l'école primaire et l'extension progressive d'une formation aux premiers secours pour les élèves du collège, jusqu'à l'obtention de l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS).

C'est pourquoi il a paru nécessaire de formaliser le cadre du partenariat Éducation nationale - Santé en matière de formation de formateurs et d'enseignants et notamment de préciser les modalités d'intervention des SAMU-CESU auprès des équipes ressources de formateurs dans chaque académie ou département.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 - La présente convention fixe le cadre du partenariat établi entre le MSFPH et le MJENR afin de répondre, d'une part, à un objectif de santé publique et d'autre part à un objectif d'apprentissage scolaire. Il s'agit de :

- rendre plus efficace le premier maillon de la chaîne des secours, en permettant à tout citoyen d'effectuer une alerte et de pratiquer des gestes simples face à une situation d'urgence médicale avant la prise en charge par les secours spécialisés ;
- développer, chez les élèves, des comportements citoyens et de solidarité et faire acquérir des savoirs et savoir-faire dans la gestion de situations d'incidents ou d'accidents de santé, en prenant appui sur les programmes d'enseignement.

Afin de réaliser ces objectifs, il convient de mettre en place des stratégies académiques ou départementales permettant la constitution des équipes ressources définies à l'article 2, la généralisation de la formation des enseignants du premier degré, la possibilité de création de comités de pilotage académiques ou départementaux et la déclinaison de conventions au niveau local.

Article 2 - Le développement des formations de formateurs au programme "Apprendre à porter secours" nécessite de constituer des équipes ressources académiques ou départementales composées d'infirmières, de médecins scolaires, de membres des équipes de circonscription du premier degré et de personnels de SAMU/CESU. Les personnels de SAMU/CESU, territorialement compétents, apportent le conseil technique dans le domaine des soins d'urgence.

Ces équipes ressources sont chargées de former les enseignants du premier degré selon un référentiel national en annexe 6.1 (formation de base pour les enseignants). Ceux-ci dispenseront, à leurs élèves, un enseignement leur permettant de reconnaître une situation d'urgence et d'y répondre en attendant les secours spécialisés suivant le tableau référencé en annexe 6.2 (compétences à acquérir par les élèves).

Ces deux annexes définissent les objectifs et les contenus d'une formation de base pour les enseignants du premier degré de 6 heures minimum réparties en 3 heures pour les gestes techniques et 3 heures pour les modalités pédagogiques.

Article 3 - Un comité de pilotage national est constitué par les représentants des deux ministères signataires de cette convention. Il définit la formation "Apprendre à porter secours" en prenant appui sur les références scientifiques et pédagogiques nationales et internationales pour la formation aux premiers secours et les orientations et modalités pédagogiques des programmes scolaires du niveau concerné.

Article 4 - Les ministères signataires élaborent et diffusent des outils pédagogiques nationaux supports de la formation de formateurs en prenant en compte l'évolution de la formation aux premiers secours et des programmes scolaires. Ces outils, de formes diverses, sont adaptés en fonction des besoins identifiés : brochures, affiches, supports multimédia, site internet.

Article 5 - Le comité de pilotage national peut proposer l'organisation de journées nationales d'études ou de formation.

Des travaux de recherche pourront être envisagés.

Article 6 - Le comité de pilotage national suit la mise en œuvre des formations "Apprendre à porter secours" dans les académies et les départements et envisage les évolutions nécessaires. La DESCO et la DHOS établissent, conjointement, un bilan annuel.

Article 7 - Au niveau académique ou départemental, des conventions signées par les représentants de l'éducation nationale et de la santé le fonctionnement des équipes ressources et établiront les modalités d'organisation de la formation "Apprendre à porter secours" pour les enseignants du premier degré en référence aux annexes 6.1 et 6.2, incluant le cas échéant d'autres partenaires. Elles définiront également les conditions de financement de ces formations.

Pour la formation initiale, les équipes sont invitées à établir des contacts locaux avec les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) pour inciter à la mise en œuvre de cette formation. En ce qui concerne la formation continue, cette formation sera inscrite dans les dispositifs académiques ou départementaux de formation.

Les partenaires s'engagent à assurer les recyclages nécessaires pour permettre la mise en œuvre du programme tel que défini aux annexes 6.1 et 6.2.

Les SAMU-CESU peuvent participer à la formation continue, dans le domaine des soins d'urgence pour les personnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves.

Les partenaires peuvent constituer un comité de pilotage académique ou départemental garant de l'application de la formation nationale telle que définie aux annexes 6.1 et 6.2.

Elles peuvent prévoir la réalisation de documents pédagogiques spécifiques qui respecteront la finalité de cette formation et les contenus des annexes 6.1 et 6.2.

Elles préciseront les modalités de pilotage et de suivi des formations et prévoiront un bilan annuel qui sera transmis à la DESCO selon une grille nationale de recueil. Elles établiront également les modalités selon lesquelles les SAMU/CESU feront apparaître les actions réalisées en partenariat dans le cadre de leur bilan d'activité annuel.

Article 8 - Cette convention a une durée de validité d'une année, à dater de la signature et pourra être ensuite renouvelée par tacite reconduction sauf dénonciation par un des signataires dans le délai de deux mois avant son échéance. Elle peut être modifiée, par avenant, à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Fait à Paris, le 26 septembre 2003

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, et par délégation, Le directeur de l'enseignement scolaire Jean Paul de GAUDEMAR

Pour le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et par délégation, Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Édouard COUTY.

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement

Création du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté et ses missions

NOR: MENE0501954D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L. 401-1, L. 421-1 à L. 421-8 et L. 421-16 ;

Vu le code pénal ;

Vu la loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école ;

Vu le décret n° 85-924 du 30 août 1985 modifié relatif aux établissements publics locaux d'enseignement ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'éducation en date du 8 juillet 2005 ;

Le Conseil d'Etat (section de l'intérieur) entendu,

Décète :

[article 1 à 19]

Article 20

Après l'article 30-2, sont ajoutés deux articles 30-3 et 30-4 ainsi rédigés :

« Art. 30-3. - **Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté** réunit, sous la présidence du chef d'établissement, les personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement et des représentants des personnels enseignants, des parents et des élèves, désignés par le chef d'établissement sur proposition des membres du conseil d'administration appartenant à leurs catégories respectives, ainsi que les représentants de la commune et de la collectivité de rattachement au sein de ce conseil. En fonction des sujets traités, il peut associer à ses travaux toute personne dont il estime l'avis utile.

« Art. 30-4. - Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté exerce les missions suivantes :

« 1° Il contribue à l'éducation à la citoyenneté ;

« 2° Il prépare le plan de prévention de la violence ;

« 3° Il propose des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion ;

« 4° **Il définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.**

« Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est réuni à l'initiative du chef d'établissement ou à la demande du conseil d'administration. »

CIRCULAIRE N°2006-197 DU 30-11-2006 PROTECTION DU MILIEU SCOLAIRE

Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)
NOR : MENE0602019C / RLR : 552-4 ; 505-7 / MEN / DGESCO B3-1

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux chefs d'établissement.

La loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école réaffirme le rôle fondamental de l'école dans l'acquisition des savoirs et des compétences indispensables, ainsi que dans la transmission des valeurs de la République.

Elle renforce le pilotage de l'établissement scolaire, notamment en :

- redéfinissant les objectifs et le contenu du projet d'établissement (code de l'éducation, article L. 401-1) ;
- permettant au conseil d'administration de déléguer certaines de ses compétences à la commission permanente, afin de pouvoir se recentrer sur ses missions essentielles (code de l'éducation, article L. 421-4) ;
- favorisant la mise en place d'une politique partenariale au niveau des bassins de formation (code de l'éducation, article L. 421-7).

Cette évolution vise à simplifier, à rendre plus cohérente et plus opérationnelle la politique éducative et les partenariats noués par l'éducation nationale.

Dans ce cadre, le décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux EPLE inscrit le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré et l'intègre à la politique globale de réussite de tous les élèves : ses missions sont redéfinies, sa composition clairement précisée, la contribution des partenaires organisée en fonction des problématiques éducatives à traiter.

1 - Les missions

L'évolution de la société, la volonté de mieux faire partager les valeurs de solidarité, de respect mutuel et de laïcité nécessitent que soit résolument mise en place, poursuivie, ou renforcée une véritable éducation à la citoyenneté de tous les élèves, mobilisant l'ensemble des acteurs de la communauté scolaire.

Cette exigence se traduit clairement dans les quatre missions définies à l'article 30-4 du décret du 30 août 1985 modifié. Ainsi le CESC :

- contribue à l'éducation à la citoyenneté ;
- prépare le plan de prévention de la violence ;
- propose des actions pour aider les parents en difficultés et lutter contre l'exclusion ;
- définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.

Le CESC constitue pour ces missions une instance de réflexion, d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé, intégré au projet d'établissement. Cette démarche globale et fédératrice permet de donner plus de cohérence et de lisibilité à la politique de l'établissement.

Ainsi, la dynamique du CESC vient renforcer efficacement le rôle éducatif de chaque collège, lycée, EREA.

2 - Les domaines concernés

L'acquisition des compétences sociales et civiques, déclinée à tous les niveaux de la scolarité dans le cadre des contenus disciplinaires, constitue l'un des piliers du Socle commun de connaissances et de compétences défini dans le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006.

Le CESC doit ainsi viser à mieux préparer les élèves à l'apprentissage de la vie en société, à la construction d'attitudes et de comportements responsables vis-à-vis de soi, des autres et de l'environnement. Il est une instance qui fédère des démarches et différents types d'actions, coordonne leurs apports spécifiques et complémentaires pour une approche transversale de la citoyenneté. Il assure la préparation de leur mise en œuvre et la construction des partenariats nécessaires. Le CESC permet de mettre en cohérence différents dispositifs, visant tous un même objectif : préparer les élèves à agir, à vivre ensemble, dans le respect de l'égalité entre les femmes et les hommes (1), à opérer des choix et à exercer leur citoyenneté.

C'est dans cette continuité éducative que doit être engagée une démarche permettant aux élèves de développer des comportements de responsabilité individuelle et sociale. Ainsi seront appréhendés, de manière globale, les parcours civiques (2), la formation aux premiers secours (3), l'éducation à la sécurité routière (4), à l'environnement pour un développement durable (5), à la défense (6) et l'éducation à la sécurité et aux risques (7). Afin de contribuer le plus efficacement possible à la construction de la citoyenneté des élèves, ces modalités d'action devront s'articuler avec les enseignements et les différents prolongements de la vie scolaire : association sportive, foyer socio-éducatif, maison des lycéens...

2.1 Prévention de la violence

Conformément aux dispositions prévues dans la circulaire n° 2006-125 du 16 août 2006 relative à la prévention et la lutte contre la violence en milieu scolaire, le CESC prépare, dans chaque établissement scolaire, un plan de prévention de la violence qui est ensuite adopté par le conseil d'administration. Il assure l'interface entre l'établissement scolaire et les dispositifs locaux existants en matière de sécurité et de coopération pour la prévention et la lutte contre la délinquance, notamment les conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD).

Le CESC concourt à l'élaboration du diagnostic de sécurité (8), qui vise à fournir les éléments d'information et de réflexion dans l'établissement scolaire pour prévenir des situations de violence, assurer le suivi des événements et organiser, le cas échéant, l'appui et l'aide aux victimes.

À partir de ce constat, le CESC propose la stratégie à mettre en œuvre, les actions à engager au sein de l'établissement et les modalités d'évaluation.

Les actions éducatives visant à prévenir les atteintes à l'intégrité physique et à la dignité de la personne, qu'elles soient liées à la protection de l'enfance, aux actes à caractère raciste ou antisémite (9), aux comportements sexistes et homophobes, aux violences sexuelles (10) ou encore aux pratiques de bizutage (11) doivent y trouver toute leur place.

Le CESC assure l'interface entre l'établissement scolaire et les dispositifs locaux existants en matière de sécurité et de coopération pour la prévention et la lutte contre la délinquance, notamment les conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), selon les dispositions prévues dans la circulaire n° 2006-125 du 16 août 2006 relative à la prévention et la lutte contre la violence en milieu scolaire.

2.2 Aide aux parents en difficultés et lutte contre l'exclusion

Le renforcement du rôle des parents dans l'école est affirmé dans le décret n° 2006-935 du 28 juillet 2006. C'est dans ce cadre, qu'à partir de problématiques identifiées le CESC doit être en capacité, sans pour autant traiter de situations individuelles, de proposer aux parents des actions à même de les conforter dans leur rôle éducatif et leur permettre de mieux faire face aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer avec la scolarité de leurs enfants (12).

Les différents domaines d'action peuvent être les suivants : accueil des familles notamment lors de la première inscription, sensibilisation à l'assiduité, essentielle à la réussite scolaire et aux enjeux des enseignements, information sur l'importance d'une bonne hygiène de vie, accompagnement des parents pour une meilleure compréhension du système éducatif (règlement intérieur, lecture des bulletins, parcours scolaires, principe de la laïcité...), éventuellement, organisation de cours d'alphabétisation...

Ces actions s'inscrivent nécessairement dans une démarche partenariale, en lien avec les fédérations de parents d'élèves et s'appuient, en tant que de besoin, sur les différents dispositifs existants, notamment dans le cadre de la politique de la ville ou des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP).

Lorsque l'établissement se situe dans le champ de l'éducation prioritaire (13), ces actions s'articulent nécessairement avec le projet de réseau et sont inscrites dans le "contrat ambition réussite" ou le contrat "d'objectifs scolaires". Leur mise en cohérence est de la responsabilité du chef d'établissement, à la fois président du CESC et membre du comité exécutif du réseau "ambition réussite" ou du réseau "de réussite scolaire".

2.3 Éducation à la santé et à la sexualité, et prévention des conduites à risques

Dans chaque établissement scolaire, le CESC définit un programme d'éducation à la santé (14), à la sexualité (15) et de prévention des conduites à risques (16), notamment des conduites addictives.

Les activités éducatives définies par le CESC doivent être adaptées en premier lieu aux attentes et aux besoins des élèves et plus largement aux enjeux actuels de santé publique et aux enjeux de société. Elles ont pour objectifs communs, la prévention, la responsabilité, le respect mutuel et la formation des jeunes à la vie sociale, qui rejoignent les objectifs de l'éducation à la citoyenneté. Elles visent à développer le plus tôt possible chez les élèves une réflexion destinée à favoriser l'adoption de comportements responsables au plan individuel et collectif.

Le CESC veillera tout particulièrement au développement de ces comportements responsables en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles dont le sida, et réfléchira, dans les lycées, à la manière pertinente d'installer un distributeur de préservatifs dans l'enceinte de l'établissement. Une circulaire qui précisera les caractéristiques de ces distributeurs sera prochainement diffusée.

Une attention particulière devra également être portée au respect de l'application de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin, et aux dispositions inscrites dans le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif à compter du 1er février 2007.

3 - La méthodologie

Dans un premier temps, le CESC s'appuie sur un diagnostic éducatif élaboré par l'équipe de direction qui comprend le chef d'établissement, son ou ses adjoints et le gestionnaire. Ce diagnostic prend en compte :

- les données éducatives recueillies par des instances telles que le conseil pédagogique, les conseils de classes, la commission hygiène et sécurité (CHS) ;
- les besoins et les attentes des élèves exprimés notamment dans les conseils des délégués pour la vie lycéenne (CVL) ;
- les indicateurs et les observations fournis par les professeurs, les personnels d'éducation, de surveillance, d'orientation, de santé et sociaux, les personnels administratifs, techniques, ouvriers et de service ;
- les informations données par les représentants des parents d'élèves, ou les partenaires extérieurs locaux : collectivités territoriales, police, gendarmerie, justice, associations... ;
- le relevé de conclusions du diagnostic de sécurité en milieu scolaire.

L'ensemble de ces indicateurs comporte des données par sexe, de manière à apporter des réponses pertinentes à la situation des filles et des garçons dans l'établissement scolaire (17).

Il conviendra, dans le cadre du partage d'informations qu'implique ce diagnostic, d'être particulièrement attentif au respect des règles liées au secret professionnel.

Dans un second temps, le CESC analyse ce diagnostic éducatif, le met en perspective, d'une part, avec le contexte local, en termes d'environnement et de ressources, et d'autre part, avec les orientations académiques et nationales.

Dès lors, c'est à partir du diagnostic partagé et des objectifs spécifiques retenus, que le CESC met en place un programme d'actions cohérentes, qui s'inscrivent dans la durée et dans le parcours des élèves. Il fédère toutes les actions menées au sein de l'établissement, ainsi que celles des partenaires. Il vise à établir des liens entre ces actions, le contenu des enseignements et la vie scolaire. Ce programme est intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration. Il doit faire l'objet d'un débat au conseil de la vie lycéenne.

Pour que ces actions s'inscrivent au mieux dans la dynamique de l'établissement et puissent avoir un réel impact, la plus grande place sera faite à une participation active de tous les membres de la communauté éducative. Il importe en particulier de solliciter la participation des élèves afin de développer leur autonomie, leur prise d'initiative et leur responsabilisation pour une réelle éducation à la citoyenneté. De même, l'information de tous les parents sera entreprise très en amont des actions programmées.

En fonction des besoins, le CESC peut envisager un plan de formation des personnels ou une formation locale pour mener à bien son projet.

4 - La composition du CESC

Le CESC, présidé par le chef d'établissement, s'inscrit dans le pilotage de l'établissement. Il comprend :

- les personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement ;
- des représentants des personnels enseignants, des parents et des élèves désignés par le chef d'établissement sur proposition des membres du conseil d'administration appartenant à leurs catégories respectives ;
- les représentants de la commune et de la collectivité de rattachement au sein de ce conseil.

Le chef d'établissement veillera à une composition équilibrée du CESC afin d'en garantir un fonctionnement efficace. Le nombre total des membres ainsi que celui des représentants de chaque catégorie de personnels représentés est validé par le conseil d'administration.

Par ailleurs, compte tenu de la nature des problématiques traitées, le CESC peut associer à ses travaux les partenaires susceptibles de contribuer utilement à la politique éducative et de prévention de l'établissement, en particulier le correspondant police ou gendarmerie- sécurité de l'école, dans le respect des compétences et des rôles de chacun.

Le CESC est réuni régulièrement à l'initiative du chef d'établissement ou à la demande du conseil d'administration.

5 - L'organisation et le pilotage

Le CESC est un dispositif propre à chaque établissement scolaire avec un pilotage adapté au plus près des réalités du terrain. Les recteurs et les inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale doivent prendre toute mesure utile pour que les CESC bénéficient des impulsions, relais, coordinations, et formations leur permettant d'assurer pleinement leurs missions.

L'établissement

La volonté et l'engagement du chef d'établissement sont déterminants pour la mise en œuvre et la dynamique du CESC. En liaison avec les membres du CESC, le chef d'établissement assure le pilotage, le suivi et l'évaluation des actions programmées. Il pourra déléguer la mise en œuvre de la programmation à différents chefs de projet, travaillant dans le cadre de groupes de projet et rendant compte périodiquement de l'état d'avancement des actions. Ce suivi permettra, si nécessaire, de les infléchir ou de les réajuster.

Une communication interne dynamique et structurée est essentielle pour la réussite des projets. Elle permet de sensibiliser tous les membres de la communauté éducative et facilite ainsi les complémentarités. La lisibilité pour tous de l'ensemble des actions engagées permettra de les mutualiser et d'en optimiser les effets. Un bilan annuel de la programmation des actions sera présenté au conseil d'administration et fera l'objet d'une évaluation.

Le bassin

La mise en réseau des CESC garantit la cohérence et la nécessaire continuité d'une action éducative efficace sur un territoire de la maternelle au lycée, sans pour autant remettre en question les priorités définies dans le cadre de l'établissement à partir du diagnostic éducatif.

Elle doit donc être privilégiée particulièrement dans l'éducation prioritaire et dans les zones rurales, à l'échelon d'un bassin de formation qui peut réunir par exemple un collège et les écoles primaires de son bassin de recrutement, ou encore un collège et un lycée.

Ce niveau d'organisation territorial présente en outre l'intérêt de faciliter la mise en place de formations communes rapidement opérationnelles. Pour une plus grande efficacité, ces formations seront prioritairement organisées sur site.

Le département

L'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, relaie et impulse la politique académique concernant la mise en œuvre des CESC du département.

Il anime et coordonne le réseau des CESC au niveau des bassins de formation et associe les inspecteurs de l'éducation nationale pour la mise en réseau avec les écoles primaires.

Il s'appuie sur le dispositif des CESC dans le cadre des partenariats qu'il est amené à établir au niveau départemental. Il désigne les personnes ressources en charge de la coordination au niveau départemental, lesquelles sont associées au groupe de pilotage académique.

L'académie

Dans la politique académique conduite par le recteur, le CESC s'inscrit dans le programme "Vie de l'élève" établi en application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), et dans lequel prennent place l'éducation à la citoyenneté et la lutte contre la violence. Un groupe de pilotage rassemble les personnes ressources compétentes sur les différentes thématiques traitées par le CESC. Les représentants désignés par les inspecteurs d'académie y sont associés. Ce groupe de pilotage anime et coordonne le réseau des CESC. Il établit un bilan annuel d'activités. En outre, la présence du recteur ou de son représentant au sein du Groupement régional de santé publique (GRSP) permet d'articuler les actions liées à la santé des élèves avec celles engagées dans le cadre du programme régional de santé publique (PRSP).

Je vous prie de bien vouloir vous assurer de la mise en place opérationnelle des CESC dans votre académie. Les missions qui leur sont dévolues concernent désormais la vie scolaire dans son ensemble et impliquent la communauté éducative ainsi que ses partenaires. Dès lors, tout doit être mis en œuvre pour que cette instance contribue efficacement au pilotage de chaque établissement scolaire du second degré et y apporte cohérence et lisibilité à la politique éducative.

Cette circulaire annule et remplace la circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998, relative à la prévention des conduites à risques et au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Pour le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et par délégation, Le directeur général de l'enseignement scolaire Roland DEBBASCH

Annexe

(1) Convention interministérielle du 25 février 2000, relative à la promotion de l'égalité des filles et des garçons, des femmes et des hommes dans le système éducatif, renouvelée en mars 2006.

(2) Note de service n° 2004-205 du 12 novembre 2004 relative à l'éducation à la citoyenneté : parcours civiques.

(3) Décret n° 2006-41 du 11 janvier 2006 relatif à la sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, à la formation aux premiers secours et à l'enseignement des règles générales de sécurité ; circulaire d'application en date du 24 mai 2006.

(4) Décret n° 93-204 du 12 février 1993 relatif à l'enseignement des règles de sécurité routière et délivrance du brevet de sécurité routière (en cours d'actualisation). Circulaire n° 2006-0054 du 6 avril 2006 relative à l'organisation des épreuves de sécurité routière.

(5) Circulaire n° 2004-110 en date du 8 juillet 2004 relative à la généralisation de l'éducation à l'environnement pour un développement durable.

- (6) Circulaires n° 98-120 du 12 juin 1998 et n° 99-147 du 4 octobre 1999 relatives aux classes relais.
- (7) Circulaire n° 2002-119 du 29 mai 2002 relative à l'élaboration d'un plan particulier de mise en sûreté face aux risques majeurs.
- (8) Guide d'aide au diagnostic de sécurité en milieu scolaire : outil mis à disposition des établissements scolaires et de leurs partenaires de proximité. Protocole d'accord éducation nationale/ intérieur en date du 4 octobre 2004.
- (9) Circulaire n° 2004-163 du 13 septembre 2004 relative aux mesures visant à prévenir, signaler les actes à caractère raciste ou antisémite en milieu scolaire et sanctionner les infractions.
- (10) Circulaires n° 97-175 du 26 août 1997 relative aux instructions concernant les violences sexuelles, et n° 2001-044 du 15 mars 2001 relative à la lutte contre les violences sexuelles.
- (11) Circulaire n° 97-199 du 12 septembre 1998 et suivantes relatives aux instructions concernant le bizutage.
- (12) Décret n° 2006-935 du 28 juillet 2006 relatif aux parents d'élèves, aux associations de parents d'élèves, et aux représentants de parents d'élèves, et modifiant le code de l'éducation.
- (13) Circulaire n° 2006-058 du 30 mars 2006 fixant les principes et modalités de la politique de l'éducation prioritaire.
- (14) Circulaire n° 2003-210 du 1er décembre 2003, relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation ; circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves.
- (15) Code de l'éducation, article L. 312-16 et circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.
- (16) Code de l'éducation, article L. 312-18 - Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008.
- (17) Circulaire du 8 mars 2000 relative à l'adaptation de l'appareil statistique de l'État pour améliorer la connaissance de la situation respective des femmes et des hommes.

Circulaire du 11 Décembre 2006
sur l'installation des distributeurs automatiques de préservatifs
dans les lycées d'enseignement général et technologique
et les lycées professionnels

NOR : MENE0603070C

RLR : 505-7

CIRCULAIRE N°2006-204 DU 11-12-2006

MEN

DGESCO B3-1

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux proviseuses et proviseurs

L'épidémie de sida demeure un enjeu majeur de santé individuelle et de santé publique. La prévention, en particulier auprès des jeunes, est l'action la plus importante et la plus efficace pour enrayer ce fléau.

Le Président de la République a demandé que "la lutte contre le sida soit le grand effort de la Nation". En effet, la politique nationale de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles impose des mesures énergiques.

Dans ce cadre, l'engagement des lycées doit être exemplaire. C'est pourquoi, il est nécessaire de renforcer l'accès des élèves aux moyens de protection en programmant, dans les lycées, l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs aisément accessibles et maintenus en bon état de marche et d'approvisionnement.

Il est indispensable d'inscrire cette mesure dans un cadre pédagogique et éducatif qui prenne appui sur les enseignements et les séances d'éducation à la sexualité (circulaire n° 2003-027 du 17 novembre 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées). À cet égard, je vous rappelle le rôle de l'instance opérationnelle de prévention de l'établissement que constitue le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). L'une de ses missions est de mettre en œuvre un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques. Dès lors, il constitue le lieu le plus approprié pour mobiliser l'ensemble de la communauté éducative, en particulier les parents d'élèves et les lycéens eux-mêmes, et pour construire les partenariats les plus efficaces avec les associations et les institutions compétentes à proximité de l'établissement scolaire.

C'est ainsi que le CESC de chaque lycée doit proposer rapidement au conseil d'administration un plan global d'actions de prévention dans lequel l'installation d'un distributeur de préservatifs s'inscrit naturellement.

L'installation de tels distributeurs doit, en effet, faire l'objet d'un accord du conseil d'administration, conformément à l'article 16 du décret n° 85-924 du 30 août 1985.

En conséquence, la procédure veut que cette mesure soit inscrite à l'ordre du jour du conseil d'administration qui suit la réunion du CESC et que tous les membres de ce conseil disposent des éléments d'information pertinents démontrant l'urgence d'un renforcement de l'action de prévention à destination des jeunes. Les principales données à prendre en compte sont mises en ligne sur le site : <http://eduscol.education.fr/sida> Les autorités académiques sont invitées à veiller à leur diffusion auprès des établissements.

Enfin, le CESC devra procéder à une évaluation quantitative et qualitative du dispositif afin d'en rendre compte au Conseil d'administration.

Afin de vous apporter toute l'aide dont vous aurez besoin pour assurer la mise en œuvre de ces instructions dans les meilleures conditions d'efficacité et de rapidité, je vous informe que des fiches techniques seront prochainement mises en ligne sur le site Eduscol. Dès la publication de la présente circulaire, vous voudrez bien faire connaître aux chefs d'établissement les coordonnées de la personne que vous aurez chargée de répondre aux interrogations qui pourraient être soulevées.

Le suivi de la mise en œuvre de ce dispositif est assuré par l'inspection générale de l'éducation nationale (groupe Établissements et vie scolaire). Un état des lieux sera effectué par la direction générale de l'enseignement scolaire à partir des données demandées aux académies via le site Dialogue, en mars et en juin 2007.

Il permettra de vérifier que tous les établissements auront mis en place une politique de prévention effective et pris toutes les dispositions propres à garantir un accès facile des élèves aux préservatifs. Vous pourrez ainsi me rendre compte régulièrement des progrès accomplis en la matière dans votre académie.

Je sais pouvoir compter sur vous dans cette démarche importante d'éducation et de santé publique et vous remercie de votre plein engagement.

Pour le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et par délégation,
Le directeur général de l'enseignement scolaire
Roland DEBBASCH

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Circulaire n° 2008-153 du 14 Novembre 2008
Journée mondiale de lutte contre le Sida : 1er décembre 2008

NOR : MENE0800905C
RLR : 505-7
circulaire n° 2008-153 du 14-11-2008
MEN - DGESCO B3-1

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'Éducation nationale ; aux chefs d'établissement

Le concept d'une Journée mondiale consacrée à la lutte contre le sida est né en 1988, lors du Sommet des ministres de la santé sur les programmes de prévention du sida. Depuis, même si les efforts déployés pour contrer l'épidémie ont eu des résultats positifs, le dernier rapport de l'ONUSIDA indique néanmoins que celle-ci n'est encore jugulée dans aucune des régions du monde. Aussi les pouvoirs publics ont-ils toujours pour mission de réaffirmer le rôle central de la prévention et de l'éducation.

C'est pourquoi, dans le cadre de la politique nationale de prévention du V.I.H., l'École demeure un relais décisif. De nombreuses dispositions ont été prises pour accompagner et soutenir l'effort de prévention dans les établissements scolaires. Il importe de poursuivre, renforcer et pérenniser les actions engagées pour générer chez les élèves une véritable culture de la responsabilité, individuelle et collective, mais aussi une culture de la solidarité.

La généralisation des distributeurs de préservatifs dans les lycées s'inscrit dans ce dispositif. En effet, un effort sans précédent consenti par le ministère de l'Éducation nationale a permis en 2008 d'équiper l'ensemble des lycées d'un, voire de deux distributeurs de préservatifs. Il convient de veiller à ce que ces appareils soient maintenus en bon état de marche et d'approvisionnement.

De même, dans chaque lycée un espace d'affichage dédié doit impérativement préciser les horaires d'ouverture des infirmeries, les numéros verts, les coordonnées des structures locales d'information et de conseil ainsi que des centres de dépistage anonyme et gratuit (C.D.A.G.).

Une affiche, éditée et diffusée par l'institut national de prévention et d'éducation à la santé (I.N.P.E.S.), sera adressée aux lycées. Ciblée sur la prévention et rappelant les numéros de Sida Info Service, elle devra figurer dans cet espace d'affichage.

Je rappelle par ailleurs le rôle de l'instance opérationnelle que constitue le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (C.E.S.C.), qui a en particulier pour mission de programmer un plan global de prévention et construire les partenariats utiles. Les actions, engagées dès la classe de troisième, doivent prendre appui aussi bien sur les enseignements, notamment ceux de sciences de la vie et de la terre, les séances d'éducation à la sexualité que sur toute action éducative. Leur mise en œuvre privilégiera :

- une information claire, adaptée et actualisée de l'épidémie, ses modes de transmission et les moyens de prévention existants ;
- une approche permettant d'aborder de nombreux thèmes complémentaires tels que l'estime de soi, le respect d'autrui, la prise de risques, les relations interpersonnelles, la confiance, les discriminations.

Dans les lycées, il est essentiel que les élèves soient mobilisés par l'intermédiaire notamment de leurs délégués à la vie lycéenne. À cet effet une information sera disponible sur le site : <http://www.vie-lyceenne.education.fr/>

Enfin, à l'occasion de cette Journée mondiale de lutte contre le sida, pour sa quatrième édition de l'opération « Pour la vie », Sidaction, dans un partenariat renouvelé avec le ministère de l'Éducation nationale et France 5, édite sous forme d'un D.V.D. trois messages vidéo diffusés dans les lycées et dans les collèges pour les élèves des classes de 3ème, en complément des outils existants. Ces vidéos, qui présentent trois situations concrètes liées à une prise de risques, peuvent servir de support aux actions d'information et de prévention organisées dans les établissements scolaires le 1er décembre prochain.

L'ensemble des outils édités par Sidaction depuis 2005 constitue désormais une importante ressource documentaire d'information et de prévention du V.I.H./sida. Elle offre aux équipes éducatives un appui utile pour préparer et animer des actions adaptées à l'âge et aux questionnements des élèves. Ces documents peuvent être téléchargés sur le site de Sidaction : http://www.sidaction.org/ewb_pages/p/pour-la-vie.php

Je vous remercie des efforts qui ont déjà été engagés. Ils doivent résolument être poursuivis afin que l'École contribue efficacement à la lutte contre le sida.

Pour le ministre de l'Éducation nationale et par délégation,
Le directeur général de l'enseignement scolaire Jean-Louis Nembrini

Enseignements primaire et secondaire
Orientation
Politique éducative de santé dans les territoires académiques
NOR : MENE1132801C
circulaire n° 2011-216 du 2-12-2011
MEN - DGESCO B3-1

Extrait : Annexe - Objectif 3

Généraliser l'éducation à la sexualité, faciliter l'accès à la contraception et maintenir un bon niveau d'information sur le VIH/sida et les principales IST

Objectif 3.1 : Généraliser l'éducation à la sexualité en incitant les EPLE à l'inscrire dans le projet d'établissement

Inscrite dans le code de l'éducation, l'éducation à la sexualité est intégrée dans les compétences sociales et civiques du socle commun de connaissances et de compétences. Pour améliorer et renforcer chez les élèves une véritable culture de la responsabilité individuelle et collective, les trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être résolument mises en œuvre. Conçue comme une composante de la construction de la personne, elle intègre, en particulier, l'apprentissage du respect mutuel, l'égalité entre les garçons et les filles et l'acceptation des différences. D'autres thématiques peuvent également être abordées comme par exemple les violences faites aux femmes, en cohérence avec le plan de lutte interministériel traitant de cette problématique (parmi les thèmes innovants du futur plan figurent notamment les mariages forcés, les mutilations sexuelles et la prostitution).

Elle apporte des informations concrètes sur l'accès à la contraception, la prévention des grossesses non désirées, les IST et le VIH/sida, en cohérence avec la campagne nationale annuelle d'information sur la contraception et le plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014, coordonnés par le ministère chargé de la santé.

Cette éducation à la sexualité est mise en œuvre de façon concertée par les personnels formés des établissements scolaires avec l'aide de différents acteurs : centres de planification ou d'éducation familiale, centres régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, associations régionales de lutte contre le sida, centre régional d'information et de prévention du sida (Crips), et toutes les autres structures associatives agréées. Elle doit également être mise en œuvre lors des passages à l'infirmerie dans les établissements du second degré, car ils constituent un moment privilégié pour évoquer ces questions relatives à l'intime dans une relation individuelle protégée par le secret professionnel.

Au sein de l'ARS, le travail de la commission de coordination des politiques publiques relative à la prévention permet de recenser les besoins en formation, notamment dans ce domaine.

Objectifs opérationnels/mise en œuvre

- Poursuivre la programmation de l'éducation à la sexualité dans le cadre du CESC.
- Recenser les besoins et les ressources en formation afin d'adapter une offre de formation pertinente.
- Renforcer les formations de formateurs académiques de façon à ce que chaque académie dispose d'une équipe de formateurs.
- Développer, dans le cadre des plans académiques et des plans départementaux, la formation des équipes transdisciplinaires qui, dans les écoles et les EPLE mettent en place l'éducation à la sexualité.
- Développer et renforcer des formations associant personnels de l'éducation nationale et partenaires de l'institution scolaire afin de générer une culture et une éthique communes autour des concepts, méthodes et outils en éducation à la sexualité. Leur rapprochement déjà engagé par certaines académies est facilité par les ARS et favorise la constitution de réseaux régionaux rassemblant ces différents acteurs.

Ressources

- Guide ressources, pour l'école primaire, dont le contenu est ancré dans les programmes d'enseignement. Ce guide est mis à disposition des équipes de circonscription et des formateurs d'enseignants du premier degré et mis en ligne sur le site Éduscol début 2012.
 - [Guide du formateur](#) en éducation à la sexualité pour le second degré.
 - [Guide d'intervention pour les collèges et les lycées](#) L'éducation à la sexualité.
 - Brochure interministérielle (éducation nationale et cohésion sociale) Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir.
- Les partenaires signataires de conventions (Inpes, MGEN, Planning familial) mettent à disposition, sur leurs sites respectifs, des documents divers, conçus en fonction des situations multiples.

Cadre législatif et réglementaire

- Code de l'éducation : articles [L. 121-1](#) et [L. 312-16](#).
- Code de l'éducation : articles [R. 421-46](#) et [R. 421-47](#).
- Code de l'éducation, articles [D. 122-1](#), [D. 122-2](#) et [D. 122-3](#) : socle commun de connaissances et de compétences (compétence 6 : compétences sociales et civiques).
- [Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003](#) relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.
- [Circulaire n° 2006-204 du 11 décembre 2006](#) relative à l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels.

Indicateurs

National

- Proportion d'EPL de l'académie ayant mis en œuvre un programme d'éducation à la sexualité comportant les trois séances prévues la loi :
 - . collèges
 - . lycées

Établissement

Nombre d'élèves ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la sexualité.

Objectif 3.2 : Faciliter l'accès à la contraception

Des formations continues en matière de contraception sont organisées dans le cadre de partenariats locaux pour les infirmières et les médecins. Ces formations portent sur :

- l'actualisation des connaissances ;
- les modalités de renouvellement d'ordonnance de contraception ;
- les modalités d'accès à la contraception d'urgence.

À cet effet, elles comportent des modules communs et des séquences adaptées à chaque exercice professionnel. La mise en place du dispositif « Pass santé contraception » doit reposer sur un partenariat étroit entre les académies et les collectivités territoriales. Cette collaboration est une condition de sa réussite. Il a pour ambition d'apporter une réponse globale aux difficultés d'accès pour les jeunes mineurs à une contraception gratuite, anonyme et de proximité. Conçu sous forme de chéquier avec des coupons, il donne accès à une première contraception gratuite et anonyme pour les jeunes en classe de seconde ou niveau équivalent pour les jeunes en lycée professionnel, CFA ou en formation sanitaire ou sociale. La remise du « Pass santé contraception » repose sur les professionnels de santé de l'éducation nationale, notamment les infirmières, qui jouent un rôle clé dans la mise en œuvre du dispositif qui s'inscrit dans une logique globale d'éducation à la sexualité.

Un partenariat entre le ministère de l'éducation nationale et le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) fait l'objet d'une convention nationale.

Objectifs opérationnels/modalités de mise en œuvre

Niveau académique

- Encourager, dans toutes les zones où cela est possible, une orientation, par l'infirmière, des élèves vers les dispositifs extérieurs de prise en charge, notamment en direction des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), particulièrement adaptés au public jeune (plus de 1 000 centres existent).

- Développer les partenariats locaux et la mise en réseau des acteurs œuvrant dans ce champ.

Niveau des EPLE

- Veiller à apporter une information précise aux élèves :

- . sur les modalités pratiques d'accès à la contraception anonyme et gratuite pour les mineures dans les centres de planification et d'éducation familiale,
- . sur la possibilité d'accéder à une contraception d'urgence (non soumise à prescription obligatoire), dans les EPLE.

Les séances d'éducation à la sexualité, les cours de sciences de la vie et de la Terre, les passages à l'infirmier, entre autres, constituent des occasions d'apporter des informations qui peuvent faire l'objet d'une diffusion plus large, dans le cadre du plan santé de l'établissement.

Ressources

- Brochures éditées par l'Inpes, disponibles dans les infirmeries des lycées :

- . [Questions d'ados](#) - Brochure - Inpes, recueil de réponses aux questions les plus souvent posées par les adolescents sur le thème de l'amour, de la sexualité, de la prévention des risques (IST, sida, grossesses non désirées, etc.).
- . [Choisir sa contraception](#), brochure d'information pratique présentant les différents moyens de contraception, leur coût, les lieux où se les procurer.

Cadre législatif et réglementaire

- Code de la santé publique : [article L. 5134-1](#) conditions de prescription, de délivrance et d'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

- Code de la santé publique : [articles D. 5134-5](#) à D. 5134-10 protocole d'administration d'une contraception d'urgence dans les établissements d'enseignement du second degré.

- Code de l'éducation : [article D. 541-10](#) protocole d'administration d'une contraception d'urgence dans les établissements d'enseignement du second degré.

- Code de la santé publique : [article L. 4311-1](#) renouvellement d'une prescription de médicaments contraceptifs oraux par les infirmiers et l'arrêté du 25 mai 2010 fixe la liste des médicaments concernés.

- Circulaire n° 2006-204 du 11 décembre 2006 relative à l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels.

- [Lettre d'information juridique n° 128](#) page 36, publiée en octobre 2008 précisant les responsabilités des personnels de l'éducation nationale lors d'une autorisation de sortie accordée par le chef d'établissement à des élèves mineurs dans des circonstances exceptionnelles d'urgence ou leur accompagnement, durant le temps scolaire, afin d'effectuer les démarches pour recourir à une interruption volontaire de grossesse.

Indicateurs de suivi

Proportion de filles des EPLE ayant bénéficié d'une contraception d'urgence délivrée par l'infirmière de l'établissement par rapport à celles qui l'ont demandée :

- collèges
- LEGT (élèves mineures)
- LP (élèves mineures)
- EREA (élèves mineures)
- LEGT (élèves majeures)
- LP (élèves majeures)
- EREA (élèves majeures)

Proportion de filles ayant demandé le renouvellement de l'ordonnance de contraception (attente de la sortie du décret).

Objectif 3.3 : Maintenir un bon niveau d'information des élèves sur le VIH/sida et les principales IST

L'information des élèves sur le VIH/sida et les principales IST, leur mode de transmission, le dépistage (anonyme et gratuit dans les systèmes de soins), et notamment l'intérêt de leur dépistage précoce, ainsi que sur la prévention et les traitements disponibles, reste primordiale.

Objectifs opérationnels/modalités de mise en œuvre

- Intégrer dans les séances d'éducation à la sexualité et/ou les actions de prévention une information actualisée et adaptée sur le VIH sida et les IST
- Assurer la maintenance et l'approvisionnement des distributeurs de préservatifs
- Poursuivre la mise à disposition de préservatifs dans les infirmeries.

Ressources

- [Le livre des infections sexuellement transmissibles](#) (IST), édité par l'Inpes, qui fait le point sur les principales IST dont le VIH/sida sera diffusé dans les infirmeries des lycées
- Pour la vie, supports de prévention multimédias diffusés dans les établissements scolaires dans le cadre du partenariat avec l'association Sidaction : DVD, CD-Rom, site internet Le sida et les jeunes : <http://www.curiosphere.tv/sida/>
- VIH Pocket films, composé d'un DVD-Rom et d'un livret pédagogique, initié par Sidaction et le Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) Ile-de-France et diffusé depuis le 1er décembre 2010 dans les collèges et les lycées.
- Site ciblé sur les jeunes et la santé sexuelle, animé par l'Inpes : <http://www.onsexprime.fr/>

Cadre réglementaire

- [Circulaire n° 2006-204 du 11 décembre 2006](#) relative à l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels.
- Circulaire annuelle relative à la [Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida](#) du 1er décembre.

Indicateur

Proportion de lycées ne disposant pas d'au moins un distributeur automatique de préservatifs.

Convention cadre Partenariat entre le ministère de l'éducation nationale et l'association « Le Planning familial »

NOR : MENE1300218X
convention du 11-4-2013
MEN - DGESCO B3-1

Le ministère de l'Éducation nationale représenté par le directeur général de l'enseignement scolaire, ci-après désigné « la DGESCO », 107 rue de Grenelle, 75007 Paris, d'une part,
et
L'association « Le Planning Familial » représentée par la présidente de l'association ci-après désigné l'association PF 4 square Saint-Irénée, 75 011 Paris d'autre part,

Vu les dispositions du code de l'éducation, notamment les articles :

- L. 121-1 relatif à la mission d'information des écoles, collèges et lycées sur les violences et une éducation à la sexualité ;
- L. 312-16 et L. 312-17-1 relatifs à l'éducation à la santé et à la sexualité ;
- R. 421-46 et R. 421-47 relatifs au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ;
- D. 122-1 et son annexe, relatif au socle commun de connaissances, de compétences et de culture ;
- D. 541-10 relatif à la contraception d'urgence ;

Vu la circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003, relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ; Vu la circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006, relative au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ;

Vu la circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011, relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques

Considérant que :

Le ministère de l'éducation nationale a pour mission de permettre aux élèves d'acquérir les compétences qui leur seront indispensables tout au long de la vie, au-delà de leur scolarité, pour poursuivre leur formation, construire leur avenir personnel et professionnel, réussir leur vie en société et exercer librement leur citoyenneté. Pour que les élèves puissent faire des choix éclairés et responsables, l'École met en œuvre une politique éducative de santé qui leur permet d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique, d'être capables de faire des choix responsables, d'être autonomes. L'éducation à la santé fait partie du socle commun de connaissances et de compétences. Elle s'appuie sur les enseignements, les actions éducatives et la vie scolaire. Elle est prise en charge par les équipes éducatives. Elle associe les parents et les partenaires de l'éducation nationale.

L'éducation à la santé s'appuie sur une démarche globale et positive, structurée autour de thématiques prioritaires : l'éducation à la sexualité, la prévention des conduites addictives, la formation aux premiers secours, l'éducation nutritionnelle, la prévention des souffrances psychiques et du mal-être.

Elle est formalisée dans le projet d'école et le projet d'établissement. Dans les EPLE, le comité d'éducation à la santé et la citoyenneté la met en œuvre.

L'association «Le Planning Familial» conformément à son objet statutaire a pour mission :

- d'assurer, en partenariat avec les personnels de l'éducation nationale des séances d'information et d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires, plus particulièrement les lycées et les collèges, et dans les lieux d'accueil des jeunes de l'enseignement agricole, qui s'inscrivent dans un processus éducatif global, ancré à la fois dans les enseignements et dans la vie quotidienne des établissements scolaires ;
- de développer au sein des établissements scolaires des programmes de prévention des violences sexistes et sexuelles en travaillant la problématique des rapports filles - garçons en partenariat avec les équipes éducatives, les personnels sociaux et de santé et plus largement les personnels impliqués au sein des établissements scolaires ;
- d'accueillir et informer le public, et en particulier les jeunes, sur les thèmes de la sexualité, de la contraception, de l'interruption volontaire de grossesse, sur les infections sexuellement transmissibles (IST) en relais des interventions en milieu scolaire ;
- de proposer des consultations gynécologiques, prescriptions de contraceptifs, orientation, entretien et suivi au sujet de l'interruption volontaire de grossesse et de la prévention des IST ;
- de proposer des formations sur les questions de genre et de sexualité, aux professionnels du milieu sanitaire, social, et éducatif ;
- de favoriser l'accès à l'information par :
 - . un site web destiné aux jeunes, au personnel paramédical et aux chercheurs,
 - . la réponse téléphonique (plateformes régionales) sur les questions de sexualité et de contraception,
 - . des outils tels que dépliants, affiches, vidéos, dossiers documentaires, expositions fixes et itinérantes, organisation de colloques,
 - . la production de dossiers thématiques pouvant servir de support aux éducateurs,
 - . un centre de documentation ;
- de développer la sensibilisation concernant la sexualité, les jeunes, les droits des femmes et de la famille, au niveau du réseau des acteurs (coordination inter-associative) mais aussi des décideurs (collectivités territoriales, parlementaires, ministères) ;
- de participer aux instances nationales, conseil supérieur de l'information sexuelle (CSIS), commission des naissances, Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP), Conseil national de la vie associative (Cnva), etc. pour échanger avec les autres réseaux sur les questions concernant notre champ d'intervention ;

- d'assurer une mission d'observation des besoins et des freins à l'accès à l'information et aux structures de santé dans les champs de la sexualité et des violences en particulier concernant les jeunes qui sont le public largement prioritaire de l'intervention de notre association ; il est convenu ce qui suit :

Article 1 - Objet de la convention

Par la présente convention, les deux parties s'engagent, en cohérence avec les objectifs des politiques publiques mentionnés ci-dessus, dans la construction de projets. Ces derniers porteront tant sur l'éducation à la sexualité, l'amélioration de l'information en matière d'accès à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) que sur la lutte contre les stéréotypes de genre, les comportements sexistes et homophobes. Ces projets participent de la construction de la personne, intégrant en particulier l'apprentissage du respect mutuel, l'égalité entre les sexes et l'acceptation des différences.

Article 2 - Les engagements des partenaires

Par la présente convention cadre, les parties s'engagent, en cohérence avec les objectifs des politiques publiques mentionnées au préambule dans la construction de projets d'éducation à la sexualité et dans l'amélioration de l'accès à l'information dans ce domaine.

Pour cela, il est envisagé plusieurs types d'actions :

1. Les fédérations régionales et/ou associations départementales du PF, peuvent participer à titre consultatif, en fonction des thématiques abordées aux :

- dispositifs académiques de pilotage mis en place pour développer les projets mentionnés à l'article 1

- comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) au sein des établissements d'enseignement scolaire

2. La construction d'une culture et d'une éthique communes pour les interventions en milieu scolaire. Pour ce faire :

- Le Planning familial peut participer aux formations destinées à l'ensemble des acteurs intervenant en éducation à la sexualité organisées au niveau départemental ou régional notamment par les agences régionales de santé (ARS)

- Le Planning familial, organisme de formation, peut participer à l'organisation et/ou à l'animation de modules dans le cadre de formations organisées au niveau départemental ou régional via les plans de formation mis en place par les académies et/ou en partenariat avec les ARS.

3. Renforcer le travail en réseau sur les territoires, en lien avec l'éducation nationale, pour affiner l'analyse des besoins et faciliter la connaissance et l'accessibilité, en particulier dans les zones rurales, aux lieux ressources en matière d'information et d'accueil sur la sexualité, la contraception, l'IVG et la prévention des IST.

Article 3 - Suivi et évaluation de la convention cadre

Le principe est arrêté de tenir au moins une réunion annuelle (dont une en fin d'année scolaire) de suivi de la convention entre le ministère de l'éducation nationale et l'association du Planning familial à l'initiative de l'association pour :

- s'informer mutuellement des nouvelles orientations ;

- présenter le bilan et l'évaluation des actions menées conjointement, bilan réalisé par l'association.

Article 4 - Durée, renouvellement, résiliation et révision de la convention

La présente convention est conclue pour trois ans.

La conclusion éventuelle d'une nouvelle convention sera subordonnée à l'évaluation prévue à l'article ci-dessus. La présente convention pourra être résiliée :

- sans motif particulier, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 30 jours avant la date de

reconduction tacite,

- à tout autre moment, en cas de désaccord entre les parties, après avoir constaté l'impossibilité de mettre un terme au dit désaccord, la convention pourra être résiliée de plein droit par l'une ou l'autre partie, à l'expiration d'un délai de quinze jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure.

À tout moment les parties pourront décider d'une révision de la présente convention. Dans ce cadre, elles pourront introduire de nouvelles dispositions, modifier ou supprimer des dispositions existantes par avenant à la présente convention.

Fait à Paris, le 11 avril 2013

Pour le ministère de l'éducation nationale et par délégation,
Le directeur général de l'enseignement scolaire,
Jean Paul Delahaye

Le Planning Familial, La présidente,
Carine Favier