

l'autre parent se trouve momentanément hospitalisé ou en période de congés payés, maladie, congés de maternité ou d'adoption, période de perception de l'allocation de remplacement pour maternité ou en arrêt de travail dû à un accident du travail (cf. § 1-3 de la circulaire).

Les situations ci-dessus mentionnées, à l'exclusion de toute autre, étant liées à l'activité professionnelle, elles doivent être considérées comme telles et permettre l'ouverture du droit à l'allocation de garde d'enfant à domicile dès lors que les autres conditions d'octroi de l'aide sont remplies, notamment de revenu minimal et que l'intéressé déclare ne pas avoir cessé son activité professionnelle.

Il appartient aux caisses d'allocations familiales et de mutualité sociale agricole de demander aux personnes concernées toutes pièces requises attestant la réalité de la situation.

Je vous saurais gré de bien vouloir procéder à la mise en œuvre de ces dispositions dans les meilleurs délais et de me faire connaître les difficultés que leur application pourrait susciter.

Le directeur de la sécurité sociale,
M. LAGRAVE

SP 4 456

D.R.D. 1921

Direction A

Direction générale de la santé
Sous-direction de la veille sanitaire
Bureau VS 2

Direction de la sécurité sociale
Bureau AM 3

Direction des hôpitaux

Circulaire DGS/VS 2-DSS/AM 3-DH n° 93-32 du 26 mars 1993 relative au dépistage et au traitement de certaines maladies sexuellement transmissibles, dans les centres de planification ou d'éducation familiale

NOR : SANP9310143E

(Non parue au *Journal officiel*)

Références :

Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 ;
Décret n° 92-784 du 6 août 1992.

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire, le ministre des affaires sociales et de l'intégration à 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]).

Dans le cadre des missions de P.M.I. et en application du décret n° 92-784 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale (C.P.F.), il vous appartient de prendre toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre, sur le terrain, de la nouvelle mission dévolue aux C.P.F.

Les C.P.F. peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive, assurer le dépistage et le traitement des chlamydioses, des gonococcies et des vaginites aiguës ; pour cela, ils doivent assurer des fonctions :

- d'accueil et d'information ;
- d'examen médical ;
- de prélèvements ;
- de prescription de dépistage et de thérapeutique adéquate ;
- d'orientation.

MASSV 93/17

Ils n'ont, en aucun cas, vocation à assurer le suivi des récidives, voire celui des complications, présentées par les consultants.

En outre, les modalités de la nouvelle activité de dépistage de l'infection par le V.I.H. ont été précisées par la circulaire relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du V.I.H. (circulaire D.G.S.-division sida n° 9 du 29 janvier 1993).

L'objet de cette circulaire est de préciser le cadre et les conditions de fonctionnement de l'extension à certaines maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) du champ d'activité des consultations médicales assurées par les C.P.F. dans le cadre de leur mission principale de planification familiale.

1. Généralités

1.1. L'objectif

L'objectif poursuivi est de parer à une situation d'urgence, de renforcer le système sanitaire actuel relatif à la lutte contre les M.S.T. et à la prévention des stérilités induites par celles-ci.

L'ensemble des C.P.F. (un peu plus d'un millier) est confronté à de nombreux cas de personnes porteuses de M.S.T. qui, pour des raisons économiques, sociologiques et psychologiques, se refusent à fréquenter les structures spécialisées ou les cabinets des médecins libéraux, généralistes et gynécologues.

Il convient de mener une action en faveur de ces personnes qui échappent, de fait, au système de prévention et de soins et qui auront, à terme, à subir les conséquences individuelles et financières de ces maladies que les organismes de protection sont amenés, au bout du compte, à prendre à leur charge.

1.2. Les modalités

Compte tenu des observations épidémiologiques les plus récentes et de la spécificité des populations concernées, il est nécessaire de promouvoir le dépistage et le traitement de maladies qui, à tous égards (prévalence et complications septiques notamment) posent des problèmes de santé publique : la chlamydie, la gonococcie, les vaginites aiguës.

Le Gouvernement a exclu jusqu'à présent toute politique de dépistage systématique ou obligatoire pour lui préférer une politique de responsabilisation basée sur l'information d'une part, le dépistage volontaire d'autre part.

2. Le fonctionnement

2.1. La gratuité et l'anonymat

La gratuité du dépistage et du traitement doit être assurée pour toutes les personnes qui ne seraient pas couvertes par un système d'assurance maladie et pour les mineurs qui en font la demande. L'identité des intéressés ne pourra en aucun cas être enregistrée ni communiquée à quiconque.

2.2. Le fonctionnement

Pour les personnes susceptibles de bénéficier de l'anonymat, un numéro de code leur sera remis à l'accueil. Le même numéro devra figurer sur la fiche épidémiologique constituée à l'accueil et sur l'en-semble des prélèvements. Aucun élément permettant l'identification ne devra figurer sur la fiche épidémiologique établie pour le relevé de l'activité médicale du centre.

Si la situation de la personne nécessite une orientation vers un autre service médical ou social, il appartiendra à la personne de décider si elle désire qu'une lettre d'accompagnement soit remise, les renseignements qui pourraient y figurer étant de toute façon couverts par le secret médical dans les conditions habituelles.

2.3. Les prélèvements

Il vous appartient de :

- vérifier que le ou les laboratoire(s) pressenti(s) par la consultation pour effectuer des examens sont bien équipés pour le faire ;
- mettre en place, en fonction des caractéristiques du terrain, les modalités de collaboration les plus propices à assurer la fiabilité des examens ;
- vérifier que ce laboratoire est bien inscrit au contrôle de qualité du Laboratoire national de la santé.

2.4. Les résultats

Les résultats seront toujours remis en main propre dans les locaux de la consultation.

Si le résultat est positif, le patient doit bénéficier d'une nouvelle consultation avec un médecin qui prescrira la thérapeutique adaptée. Si le résultat est négatif, les conseils préventifs seront renouvelés.

3. Les modalités de mise en place

3.1. Les C.P.F. qui assureront dorénavant la prise en charge de M.S.T. devront privilégier :

- a) L'accessibilité géographique, l'éventail des horaires d'ouvertures (le soir, le mercredi, le samedi) ;
- b) La motivation et l'expérience de l'équipe ; sa motivation en particulier à s'engager dans une démarche d'accueil, d'écoute, de conseil, d'information est importante ; l'expérience, le savoir-faire sont aussi à prendre en compte ;
- c) La proximité d'un laboratoire en mesure de faire les examens biologiques nécessaires.

3.2. Les C.P.F. désireux d'organiser cette activité devront en faire la déclaration suivant les dispositions de l'article 9 du décret du 6 août 1992 au préfet qui en informe le président du conseil général. Ce peut être l'occasion d'organiser une réunion des médecins des centres de planification ou d'éducation familiale avec le médecin-inspecteur de santé publique de la D.D.A.S.S.

3.3. Par ailleurs, ce même article donne au préfet le pouvoir de suspendre, après mise en demeure, cette activité du C.P.F. dans l'hypothèse où les conditions réglementaires ne seraient pas respectées.

4. Les modalités de prise en charge financière des prestations délivrées gratuitement

4.1. Conformément aux dispositions de la loi, précisées par l'article 13 du décret du 6 août 1992, les dépenses afférentes à cette activité de dépistage et de traitement, assurée gratuitement dans les cas cités au 2.1 de cette circulaire, sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie à concurrence de 70 p. 100 et par l'Etat à concurrence de 30 p. 100.

Ces dépenses sont prises en charge en fonction du nombre d'actes effectués et sur la base 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 du code de la sécurité sociale.

4.2. Les modalités de paiement par les organismes d'assurance maladie

Le paiement des C.P.F. se fera tous les trimestres, sur présentation d'états justificatifs faisant valoir d'une part le nombre et le type d'actes effectués, d'autre part les frais pharmaceutiques, à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend le C.P.F.

4.3. Les modalités de paiement par l'Etat

Les sommes correspondant à la participation de l'Etat aux dépenses résultant du dépistage et du traitement anonyme et gratuit de la chlamydia, de la gonococccie et des vaginites aiguës sont inscrites sur le chapitre 47-14, article 80, du budget du ministère de la santé et de l'action humanitaire.

Il s'agit de crédits déconcentrés. La dotation de cet article ne recouvre que la participation de l'Etat, soit 30 p. 100 de la dépense totale.

Les C.P.F. qui disposent de la personnalité morale et de l'autorité gestionnaire et qui auront étendu leurs activités au dépistage et au traitement de la chlamydia, de la gonococccie et des vaginites aiguës devront à la fin de chaque trimestre (1) faire parvenir au préfet un état justificatif de leurs dépenses.

Le préfet devra retransmettre, dans les huit jours, les informations à l'administration centrale, sous la forme du tableau joint en annexe.

Ces états doivent correspondre aux actes effectués au cours du trimestre écoulé, à l'exclusion de ceux ayant fait l'objet d'un précédent envoi à l'administration.

(1) Soit au 15 avril, 15 juillet, 15 octobre, 15 janvier, respectivement pour les 1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e trimestres de chaque année.

MASSV 93/17

40

5. Surveillance épidémiologique

5.1 Une fiche de recueil récapitulatif des données individuelles anonymes fera l'objet d'un prochain arrêté ministériel. Elle sera remplie par le directeur du centre qui devra le transmettre au préfet (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) chaque trimestre, à charge pour ce dernier de la communiquer à l'administration centrale du ministère chargé de la santé (direction générale de la santé, bureau des maladies transmissibles).

5.2. Vos services doivent, en tout état de cause, suivre la mise en place de cette nouvelle mesure, et assurer une bonne coordination avec les autres structures participant à la lutte contre les M.S.T. dans votre département.

Pour le ministre et par délégation :
Pour le directeur général de la santé :
Le chef de service
adjoint au directeur général de la santé,
L. DESSAINT

Pour le ministre et par délégation :
Pour le directeur des hôpitaux
et par délégation :
Le chef de service
P. GAUTHIER

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
M. LAGRAVE

Pour le contrôleur financier :
n° 201-348
L'adjoint au contrôleur financier,
B. BOUQUET

41

MASSV 93/17

ANNEXE

Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales sous couvert de Monsieur le préfet du département à Monsieur le ministre de la santé et de l'action humanitaire (direction générale de la santé, bureau des affaires générales et financières).

Objet : remboursement des frais de dépistage ou de traitement anonyme et gratuit de la chlamydia, de la gonococcie et des vaginites aiguës dans les centres de planification familiale.

... trimestre 19..

J'arrête le montant des dépenses à engager dans le département de au titre du remboursement de la part revenant à l'Etat des dépenses de dépistage et de traitement anonyme et gratuit à la somme de, ventilé comme suit :

NATURE DES FRAIS	NOMBRE d'actes	TARIF UNITAIRE conventionnel	MONTANT TOTAL	PAR ETAT (30 %)
Prélèvements				
Examens de laboratoire				
Frais pharmaceutiques				
Total				

Nota. - En cas de changement de tarif au cours du trimestre considéré, préciser la répartition des différents actes selon les différents tarifs.

Fait à, le

Visa :

Direction de la sécurité sociale

Circulaire DSS/AM 1 n° 93-34 du 26 mars 1993 relative au relèvement des tarifs des établissements de soins privés régis par les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale

NOR : SFSS9310137C

(Non parue au *Journal officiel*)

Références :

- Articles L. 162-22-2, L. 162-22-3 et L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale, issus des lois n° 91-738 du 31 juillet 1991 et n° 91-1406 du 31 décembre 1991 (*Journal officiel* des 1^{er} août 1991 et 4 janvier 1992) ;
- Convention nationale de l'hospitalisation privée signée le 11 mai 1992, approuvée par arrêté du 19 juin 1992 (*Journal officiel* du 7 juillet 1992) ;
- Accord tripartite signé le 14 décembre 1992 (*Journal officiel* du 27 janvier 1992) ;
- Accord entre l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements de santé privés, signé le 26 janvier 1993 (*Journal officiel* du 29 janvier 1993) ;
- Annexe pour 1993 à la convention nationale de l'hospitalisation privée signée le 17 janvier 1993 et approuvée par arrêté du 28 janvier 1993 (*Journal officiel* du 10 février 1993).

Textes abrogés :

- Circulaire n° DS/AM1 n° 92-32 du 17 mars 1992 ;
- Circulaire n° DSS/AM1 n° 92-44 du 30 avril 1992.

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction régionale des Antilles-Guyane) ; Monsieur le préfet de la Réunion (direction départementale de la sécurité sociale).

Conformément à l'accord intervenu le 26 janvier 1993 entre le ministre des affaires sociales et de l'intégration, les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements de soins privés régis par l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, une première revalorisation des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré prend effet au 1^{er} février 1993 pour les complémentements afférents aux frais de salle d'opération (F.S.O.) et un deuxième relèvement des tarifs des établissements ou services de psychiatrie, de chirurgie, de médecine, de gynécologie-obstétrique et de moyen séjour prend effet au 1^{er} avril 1993.