

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
20/11/97

Origine :
DGR
ENSM

Réf. :

DGR n° 93/97 - ENSM n° 53/97

MMES ET MM les Directeurs

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES ET MM

. les Médecins Conseils Régionaux

. le Médecin Conseil Chef de Service de la Réunion

. les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux
(pour attribution)

Plan de classement :

| | | | | | |
|-----|------|--|--|--|--|
| 259 | 2520 | | | | |
|-----|------|--|--|--|--|

Objet :

PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)
DANS LE CADRE DE L'AIDE MEDICALE ETAT (AME)

Pièces jointes :

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

DPAS/ Danielle JAFFLIN - ENSM/Didier LAPORTE

01.42.79.32.06

01.42.79.32.94

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical**

20/11/97

MMES ET MM les Directeurs

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Origine :
DGR . des Caisses Générales de Sécurité Sociale
ENSM

MMES ET MM

. les Médecins Conseils Régionaux

. le Médecin Conseil Chef de Service de la Réunion

. les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux
(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 93/97 - ENSM n° 53/97

Objet : Prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans le cadre de l'Aide Médicale Etat.

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
de la Gestion du Risque

Jean-Paul PHELIPPEAU

Le Médecin Conseil
National

Hubert ALLEMAND

P.J.

**MINISTERE DU TRAVAIL
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

REPUBLIQUE FRANCAISE

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

Fax : 01.44.36.97.22

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

11. 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.

12. 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

21. 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