

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

DATE : 17/11/2022

REFERENCE : [CORRUSS] MARS N°2022-34

OBJET : ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES DE PATIENTS TRANSFÉRÉS

Pour action

☒ Établissements médico-sociaux

☒ Établissements hospitaliers

Pour information

☒ DGOS

☒ ARS

☒ SpF

☐ DGCS

☒ ARS de Zone

☒ ANSM

☐ Autre :

Mesdames, Messieurs,

Depuis quelques semaines, compte tenu de l'intensité de la circulation du virus respiratoire syncytial (VRS), des transferts de patients pédiatriques sont organisés aux échelles infra et inter-régionales afin d'assurer la meilleure prise en charge possible pour les patients.

Le présent message vise à préciser les modalités d'accompagnement des familles des enfants transférés mises en place à la demande du Ministre.

Le dispositif d'accompagnement à déployer s'appuie sur les mêmes principes que ceux qui ont prévalu dans le cadre des évacuations sanitaires (EVASAN) réalisées dans le cadre de l'épidémie de Covid depuis 2020 :

- L'établissement d'accueil, est, par défaut, celui qui se charge de réserver le transport et l'hébergement de la famille (ou de l'organiser à sa convenance, s'il dispose de logements, d'une « maison des familles », etc.).
- Les familles n'ont pas à faire d'avance de frais, sauf si elles ont déjà engagé des démarches, ou ne souhaitent pas utiliser les services proposés par les établissements, auquel cas elles se font rembourser par leur caisse d'affiliation.
- L'hébergement est également pris en charge pour la durée de leur déplacement dans la limite du nombre de nuits décrit ci-après.

Le dispositif s'applique à titre rétroactif aux transferts d'enfants déjà réalisés depuis début septembre et fonctionne également pour des transferts infrarégionaux si le patient a été évacué dans un autre département. Pour le cas spécifique des transferts entre départements de la région Ile-de-France, il pourra être tenu compte de la distance occasionnée par le transfert pour évaluer l'opportunité d'engager cet accompagnement.

La procédure est détaillée ci-dessous :

Etape 1 : départ du patient évacué - communication de l'établissement d'origine avec la famille

La famille du patient proposé pour un transfert est reçue au sein de l'établissement de santé de départ du patient, par exemple au niveau du service de soins ou au niveau de la direction des usagers. Elle est informée des modalités et des implications des transferts. Elle est aussi informée qu'un mécanisme d'accompagnement lui permet de voir pris en charge des allers-retours vers l'établissement où le patient est transféré et des nuits d'hôtel. La famille est également informée du service dans lequel le patient sera transféré et des moyens de communication avec le patient qui sont possibles (horaires de visites, n° de téléphone du service, communication via visioconférence, etc.).

Etape 2 : communication de l'établissement d'origine à l'établissement d'accueil

A l'issue de l'accord obtenu pour le transfert et l'entretien réalisé avec la famille du patient transféré, l'établissement de départ communique à l'établissement d'arrivée les coordonnées des familles et des personnes susceptibles de le solliciter pour bénéficier de visites et d'un accompagnement à la réservation de transports et d'hôtels.

Etape 3 : communication des informations par l'établissement d'origine à l'Agence Régionale de Santé dont il dépend

Afin de renseigner le suivi réalisé par les ARS, l'établissement d'origine communique, avec les données concernant le transfert, les coordonnées de la famille des patients évacués.

Etape 4 : par défaut, l'établissement de santé d'accueil réserve et paie pour le compte de la famille du patient le transport ainsi que l'hébergement, sauf si accord différent avec l'établissement d'origine, qui est alors en charge de la réservation et du paiement du transport et de l'hébergement

Un aller-retour désigne le trajet d'un proche du patient évacué dans un établissement d'une autre région ou d'un autre département, partant de sa résidence familiale sur le territoire national pour se rendre sur le lieu d'hospitalisation du patient.

L'établissement d'accueil du patient organise leur déplacement. Il choisit le moyen de transport au tarif le moins onéreux et le plus adapté à la nature du déplacement. De même, les modalités d'hébergement doivent demeurer dans les ordres de grandeur des barèmes usuels. Selon le souhait de la famille, le séjour peut être continu ou fractionné, avec :

- Au maximum 1 aller-retour pour 2 adultes de la famille par semaine d'hospitalisation,
- Au maximum 1 aller-retour par enfant mineur ou à charge de la famille par semaine d'hospitalisation,
- Au maximum 30 nuitées prises en charge (le décompte se faisant par hébergement et non par proche accueilli).

Pour le cas où une famille avancerait les frais pour le transport ou l'hébergement, notamment dans le cas où le transfert aurait eu lieu avant la publication de ces consignes, il convient de lui indiquer d'adresser la demande de remboursement à la caisse d'affiliation de la personne ayant avancé les frais.

Les frais d'assurance ou de réparation en cas d'accident ne sont pas pris en charge.

Etape 5 : l'établissement de santé d'accueil (ou d'origine) se fait rembourser dans le cadre de la convention CPAM

Il présente les factures de prestations hébergement/transport en indiquant les bénéficiaires et le patient évacué. La CPAM peut demander comme pièce justificative complémentaire à l'ARS d'origine du patient le tableau de suivi des EVASAN.

Nous vous remercions de votre mobilisation.

M. Franck VON LENNEP
Directeur de la Sécurité Sociale

Mme Marie DAUDE
Directrice Générale de l'Offre de Soins

SIGNE

SIGNE

Annexe 1 : Rappel sur les règles de prise en charge des transports retour des patients

Pour les patients nécessitant la poursuite de la prise en charge dans les services MCO ou SSR :

Le retour vers l'établissement d'origine ou tout établissement adapté à la prise en charge du patient sera assumé dans un premier temps par l'établissement d'accueil, selon les procédures applicables aux transports dont la responsabilité lui incombe habituellement.

Il se fait rembourser cette charge par sa caisse en lui adressant un relevé mensuel de ces prestations de transport. Il conserve les factures de ces prestations de transport.

Le transport est prescrit par l'établissement d'accueil et est exempté d'une demande d'accord préalable.

Les modalités de remboursement sont précisées dans le cadre d'une convention entre l'établissement et la caisse d'assurance maladie.

Pour les patients dont l'état de santé est compatible avec un retour direct à leur domicile :

Ces transports sont pris en charge par l'assurance maladie selon les règles de droit commun à l'exception de l'obligation de demande d'accord préalable.

Il convient donc de :

- Veiller à ce que la case « urgence » de la prescription médicale de transport soit cochée (formulaire S3138).
- Solliciter un transporteur pouvant réaliser ce transport dans les conditions requises par l'état de santé du patient et de s'assurer auprès de l'établissement de santé de la disponibilité des moyens (humains et matériels) nécessaires au bon déroulement du transfert.
- Veiller à ce que la caisse d'assurance maladie d'affiliation du patient soit informée afin qu'elle procède au paiement du transporteur dans les délais de paiement habituels.

Pour les patients décédés, la procédure de prise en charge est la suivante :

- L'établissement de santé où le patient est décédé prend en charge le transport funéraire jusqu'au lieu convenu avec la famille sur le territoire national. L'établissement d'accueil pourra rechercher une éventuelle couverture assurantielle « décès » (mutuelle, IP ou assureur) si cette dernière permet une meilleure prise en charge que celle proposée.
- Cette dépense exceptionnelle pourra être remboursée à l'établissement par l'Agence régionale de santé via le FIR au titre des dépenses exceptionnelles liées à la crise.