FICHE DE PROCEDURE	ENCADREMENT DES PRATIQUES EN MATIERE DE REMPLACEMENT TEMPORAIRE D'UN VEHICULE DE TRANSPORT SANITAIRE
DESTINATAIRES : TRANSPORTEURS SANITAIRES, CPAM	DATE DE CREATION : 27/09/2016 DATE DE DERNIERE MISE A JOUR : 29/03/2019

1. Références

Articles R.6314-5, R.6312-19, -22 et -23 du code de la santé publique relatifs aux obligations des sociétés de transport sanitaires privées dans le cadre de la garde départementale

Expérimentation 2015-2016 de l'encadrement des pratiques départementales en matière de remplacement temporaire de véhicule conformément au courrier du directeur général de l'ARS en date du 30 avril 2015

PV du sous-comité aux transports sanitaires de Corse-du-Sud en date du 7 juillet 2016

PV du sous-comité aux transports sanitaires de Haute-Corse en date du 18 octobre 2016

2. Objectifs

- Assurer la continuité de la garde départementale en permettant le recours à un véhicule de remplacement temporaire lorsqu'une ambulance (catégorie C, type A) est immobilisée
- Assurer la satisfaction des besoins sanitaires de la population en assurant une couverture continue du transport assis en VSL (catégorie D)
- Prendre en compte les réalités économiques des entreprises de transport sanitaire
- Favoriser le mode de transport VSL dès qu'il est possible, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé
- Encadrer strictement les pratiques de remplacement pour empêcher la mise en service de véhicules non autorisés

3. Véhicules pouvant faire l'objet d'un remplacement temporaire

ASSU, Ambulances ou VSL

4. Conditions auxquelles un remplacement temporaire peut être autorisé

1- **Le véhicule de remplacement doit avoir fait l'objet d'un contrôle préalable** à ce titre à l'ARS, permettant de garantir que le véhicule de remplacement est doté de la même manière que les véhicules qu'il va remplacer. L'attestation temporaire puis définitive de contrôle devra être conservée dans le véhicule.

2- **La durée du remplacement ne doit pas excéder 1 mois. Au-delà de 1 mois, le remplacement sera considéré comme définitif avec une sortie du véhicule remplacé du parc autorisé de l'entreprise.**

3- **Le motif de remplacement doit correspondre à une immobilisation temporaire du véhicule remplacé.**

4- **A cet effet, une déclaration préalable de remplacement doit être transmise à l'ARS au moins un jour avant, pour justifier du motif et de la durée de l'indisponibilité** et permettre à l'ARS d'informer la CPAM en temps réel.

5- Afin d'éviter toute incohérence entre la facturation et l'agrément du transporteur, la CPAM est informée en temps réel par l'ARS de chaque remplacement temporaire.

Attention, le véhicule de remplacement n'entre pas dans l'agrément du transporteur sanitaire et ne fait pas l'objet d'une autorisation de mise en service. Seule l'attestation de contrôle de l'ARS cumulée à la déclaration préalable de remplacement temporaire transmise et validée par l'ARS donnent l'autorisation au véhicule de remplacement de circuler sur des périodes ciblées.

5. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de cette procédure

Les **services de l'ARS** effectuent un suivi de l'ensemble des remplacements pour chaque transporteur et **contrôlent** les dates et les motifs de ceux-ci.

La CPAM est informée par l'ARS des remplacements temporaires autorisés.

Dans l'hypothèse où un transporteur ne respecterait pas les conditions énoncées dans la présente procédure:

- Il recevrait dans un premier temps un avertissement,
- En cas de récidive ou si le dysfonctionnement constitue une fraude manifeste, une sanction adaptée à l'irrégularité constatée serait soumise à l'avis du sous-comité et, le cas échéant, les administrations ou juridictions compétentes seraient saisies.

Le sous-comité sera consulté annuellement sur la poursuite de l'application de cette procédure, sur la base d'une analyse annuelle présentée par les services de l'ARS.

Le renouvellement se fera par tacite reconduction, sauf demande contraire de l'ARS en sous-comité, sur la base de constats de dysfonctionnements observés.

Annexe 1 : Fiche de déclaration

DECLARATION DE REMPLACEMENT TEMPORAIRE

Date :

Le véhicule de catégorie ☐ A immatriculé :
☐ C immatriculé :
☐ D immatriculé :

appartenant à la société
(n° d'agrément, signature et cachet de l'entreprise) :

est remplacé
du : / /
DATE DE FIN OBLIGATOIRE au : / /

Par le véhicule de catégorie ☐ A immatriculé :
☐ C immatriculé :
☐ D immatriculé :

appartenant à la société
(n° d'agrément, signature et cachet de l'entreprise) :

au motif de :
☐ problème mécanique/carrosserie
☐ entretien courant
☐ autres, précisez :

J'atteste que le véhicule de remplacement est bien doté des équipements, conformément à la législation en vigueur.

NB : toute demande de remplacement ne pourra excéder un mois, justificatif à l'appui ; au-delà de cette limite, le remplacement deviendra définitif.

Document à retourner :
2A par mél : ars-corse-dpsp2a@ars.sante.fr, ou par fax au 04 95 51 99 45
2B par mél : ars-corse-adelits2b@ars.sante.fr, ou par fax au 04 95 38 68 39

Cachet validation ARS :
Date