

Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS n° 2007-330 du 24 août 2007 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses liées au transport de patients

24/08/2007

Ce texte a été abrogé par la circulaire n°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients

Consulter également la [circulaire n°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients](#)

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 321-1, L. 322-5, L. 162-2-1, L. 162-4-1, R. 322-10 et suivants ; Code de la santé publique, notamment les articles L. 6312-1 et suivants, R. 1211-3 et suivants ;

[Décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006](#), relatif à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale ;

Lettre réseau CNAMTS DDGOS n° 99/2006 du 11 août 2006 rappelant les conditions de prise en charge des frais de transport et les dispositions à prendre pour les assurés sociaux atteints de maladie rare.

Annexes : conditions de prise en charge et d'exécution destransports.

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à Mesdames et Messieurs les directeurs des missions régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'unions régionales des caisses d'assurance maladie, (pour mise en oeuvre) à Mesdames et 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) [pour information] à Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs de caisses d'assurance maladie (pour diffusion et mise en oeuvre).

La présente circulaire a pour objet l'explicitation et la mise en oeuvre du [Décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006](#), relatif à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés, ainsi que la clarification des différentes dispositions organisant la prise en charge du transport de patients par l'assurance maladie.

Elle vise à inscrire ce dispositif dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, notamment des prescriptions hospitalières effectuées en ville.

Le code de la sécurité sociale subordonne désormais la prise en charge des frais de transport à des conditions médico-administratives et au respect du référentiel médical de prescription des transports, arrêté le 23 décembre 2006 par le ministre chargé de la sécurité sociale. Ce référentiel définit les critères médicaux et de dépendance pour la prescription d'un transport en ambulance, d'un transport assis professionnalisé (TAP) ou d'un autre moyen. Il est désormais opposable à tous les prescripteurs, médecins libéraux et salariés, y compris hospitaliers. En conséquence notamment, le bénéfice d'une ALD n'ouvre pas droit automatiquement à une prescription de transport en ambulance ou en TAP : l'état de la personne doit le justifier.

La prise en charge du transport de patients est soumise à une prescription médicale préalable dans laquelle sont mentionnés les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit, selon les dispositions de l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale. A cet effet, deux nouveaux formulaires, de prescription simple et de prescription avec demande d'accord préalable (imprimés S3138c et S3139c), sont à la disposition des médecins. Cette prescription est soumise à un principe général d'économie, énoncé à l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale et précisé à l'article L. 322-5 du même code, selon lequel les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient.

Ces évolutions dans la prise en charge des transports de patients s'inscrivent dans la logique de maîtrise médicalisée des dépenses portée par les accords conventionnels passés entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux.
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdsscnamts-n-2007-330-du-24-aout-2007-relative-a-la-maitrise-medicalisee-des-depenses-liees-au-transport-de-patients/>

L'avenant 12 à la convention médicale a inscrit les transports sanitaires au titre des thèmes de maîtrise médicalisée pour 2006 et 2007, avec un objectif d'évolution des dépenses nul pour l'année 2007. A cette fin, une campagne d'information passant notamment par des rencontres entre les délégués d'assurance maladie et les prescripteurs libéraux a été initiée.

S'agissant des médecins exerçant en établissement de santé, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a permis à l'assurance maladie de négocier avec les fédérations représentatives des établissements de santé et le ministère de la santé, des accords d'amélioration des pratiques hospitalières. Certaines régions ont déjà négocié des accords et les autres sont invitées à s'engager. Par ailleurs, l'assurance maladie organise sur le terrain, en lien avec les ARH, des rencontres entre les médecins conseils et les équipes hospitalières, après contact avec les conférences médicales d'établissement, sur les principaux axes de maîtrise des prescriptions hospitalières réalisées en ville, dont les transports.

En outre, un encadrement particulier des forts prescripteurs sera mis en oeuvre par l'assurance maladie via la procédure de mise sous accord préalable prévue à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale. A cet effet, les médecins dont les prescriptions de transports sont les plus atypiques verront celles-ci, après passage devant la commission *ad hoc*, soumises à l'accord préalable du service médical, pour une période déterminée.

Si, malgré la mise en oeuvre de cette procédure, un nombre important de transports était indûment mis à la charge de l'assurance maladie, soit que le médecin ne respecte pas les modalités de prescription liées à sa situation (qui lui seront précisées par l'assurance maladie), soit que la réalisation des transports concernés intervienne régulièrement avant l'avis du service médical, la responsabilité du prescripteur pourrait être engagée au titre de l'article 1382 du code civil et/ou une récupération des indus réalisée au titre de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

A noter que la mise en place du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) prévue pour le 4^e trimestre 2007, permettra à terme de faciliter l'application de la procédure de mise sous accord préalable aux praticiens salariés grâce à leur identification individuelle.

Il convient enfin de souligner que la prescription de transport est médicale et engage la responsabilité du praticien. L'attention des médecins, notamment ceux exerçant dans les établissements antérieurement en dotation globale, devra être attirée sur le soin qu'ils doivent porter à l'usage personnel de leurs ordonnanciers ainsi qu'au libre arbitre dont ils ne doivent jamais se départir dans l'élaboration de leur prescription.

Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisations sont invités à construire, en liaison avec l'assurance maladie, des indicateurs de suivi relatifs au niveau de prescription de transports par établissement, ainsi qu'à la répartition entre les différents modes de transports prescrits.

Cet indicateur pourra ultérieurement être intégré par voie d'avenant dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, prévus aux articles L. 6114-1 et suivants du code de la santé publique. Il fera également l'objet d'une remontée consolidée annuelle au ministère chargé de la santé, afin de permettre un suivi national des dépenses de transports prescrits en milieu hospitalier.

A N N E X E - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE ET D'EXÉCUTION DES TRANSPORTS

1. Les conditions de prise en charge des frais de transport de patients

1.1. Conditions médico-administratives de prise en charge des frais de transport

Les conditions de prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie sont énumérées à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale et rappelées dans la notice de présentation des nouveaux formulaires de prescription :

- transports liés à une hospitalisation ;
 - transports par ambulance justifiés par l'état du patient, dans les conditions prévues par l'arrêté du 23 décembre 2006 ;
 - transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée (ALD) ;
 - transports liés aux traitements et examens pour des assurés ou des ayants droit victimes d'un accident du travail ou souffrant d'une maladie professionnelle (AT/MP), dans les conditions prévues à l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale ;
 - transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres ;
 - transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres.

En outre, peuvent faire l'objet d'une prise en charge, les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant droit qui se trouve dans l'obligation de se déplacer pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale :

- pour se rendre à la convocation d'une consultation médicale d'appareillage ou pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- pour répondre à une convocation du contrôle médical ;
- pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R. 143-34 du code de la sécurité sociale ;
- pour se rendre à la consultation d'un médecin expert désigné en application des articles R. 141-1 du code de la sécurité sociale.

1.2. Accord préalable du contrôle médical des caisses

La prise en charge de certains transports particulièrement coûteux nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses, dans les cas suivants :

Les transports vers un lieu distant de plus de 150 km ;

- les transports en série (le nombre de transports prescrit pour un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de deux mois et chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km) ;
- les transports en avion ou bateau de ligne. Dans ce cas, le prescripteur précise la condition médico-administrative de prise en charge.

Le prescripteur doit alors utiliser le formulaire spécifique (imprimé S3139c).

Lors de l'examen de la demande d'accord préalable, le médecin conseil peut être amené à modifier le mode de transport prescrit.

1.3. Transports liés à l'hospitalisation

La notion de transports liés à une hospitalisation s'entend strictement au sens du transport correspondant à l'entrée et à la sortie du séjour hospitalier, qu'il s'agisse d'une hospitalisation complète ou partielle (cf. arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 16 février 1995, CPAM du Cher C/ Rabot, arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 17 janvier 2007, DRASS Champagne Ardenne C/ CPAM de l'Aube).

Il est précisé que le simple déplacement vers un établissement de santé n'emporte pas qualification d'hospitalisation. La prescription de soins pré ou post-opératoires ou de consultations pré-anesthésiques n'est pas en elle-même une condition médico-administrative justifiant la prise en charge des frais de transports par l'assurance maladie.

En ce qui concerne les consultations externes dans les établissements de santé, celles-ci ne correspondent pas à des hospitalisations au sens de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale. En revanche, les transports relatifs à ces consultations peuvent être prescrits et pris en charge s'ils répondent à un autre critère médico-administratif précisé au même article.

Présomption d'hospitalisation :

Lorsque la prescription d'hospitalisation n'est pas suivie d'effet (par exemple, lorsque l'établissement ne peut recevoir le patient ou lorsque le médecin hospitalier estime que son état nécessite des soins sans hospitalisation), le transport est remboursable dès lors que l'hospitalisation a été prescrite *a priori*.

1.4. Transports prescrits a posteriori

La prescription est en principe préalable au transport.

Par exception, en cas d'appel du SAMU centre 15, condition particulière d'exécution du transport, un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient s'est rendu établit a posteriori la prescription médicale de transport.

En cas de convocation dans un établissement hospitalier, la prescription de transport peut être établie par le médecin hospitalier le jour même du déplacement pour lequel le patient a été convoqué, dans la mesure où cette prescription répond à une condition médico-administrative de prise en charge, définie à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, il convient que le médecin inscrive sur la prescription « convoqué par nos soins ».

1.5. Transports « primaires » et « secondaires »

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdsscnamts-n-2007-330-du-24-aout-2007-relative-a-la-maitrise-medicali-see-des-depenses-liees-au-transport-de-patients/>

La prise en charge des frais de transports par l'assurance maladie diffère selon qu'il s'agit de transports primaires ou secondaires.

Les transports primaires correspondent aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé. Hormis les transports effectués par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), qui sont pris en charge par le biais du financement de la structure siège du SMUR, les transports primaires sont pris en charge selon les modalités définies par les articles R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale, explicitées dans la présente circulaire d'application.

Les transports secondaires, ou inter-établissements, sont financés par l'établissement d'origine dans le cas des transferts provisoires (pour les établissements antérieurement en dotation globale), c'est-à-dire avec un retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures. Dans le cas de transferts d'une durée supérieure à 48 heures ou de transferts définitifs, un trajet simple est prescrit et pris en charge selon les conditions de droit commun prévues aux articles R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

1.6. Transports multiples :

transports itératifs et transports en série

En cas de déplacements répétés, le prescripteur peut utiliser une seule prescription, en précisant le caractère itératif des transports et leur nombre.

Dans l'hypothèse où ces transports dépassent une distance (aller) de 50 km et une fréquence de 4 trajets (aller-retour) en 2 mois pour un même traitement, ces transports sont qualifiés de transports en série et la prise en charge par l'assurance maladie est soumise à l'accord préalable du contrôle médical des caisses.

En cas de prescription de transports multiples, le prescripteur doit être attentif à la nécessité d'adapter le mode de transport prescrit à l'évolution de l'état du patient au cours du traitement, dans le respect des dispositions du référentiel de prescription de l'arrêté du 23 décembre 2006, intégré dans les notices des formulaires de prescription. Le médecin peut ainsi être amené à annuler ou remplacer sa prescription initiale en cours de traitement.

1.7. Distance prise en charge

La prise en charge des frais de transport est régie par le principe général d'économie énoncé à l'article L. 322-5 du code de sécurité sociale, selon lequel les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient. L'article R. 322-10-5 du code de la sécurité sociale précise que le remboursement des frais de transport est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du patient (pas nécessairement son domicile) de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche. C'est la règle dite de l'établissement le plus proche (EPP).

Une dérogation est toutefois prévue, en ce qui concerne les déplacements pour hospitalisation au sens de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale et inférieurs à une distance de 150 km, pour lesquels le remboursement est effectué sur la base de la distance effectivement parcourue.

Les modalités de prise en charge de la distance parcourue sont exposées dans le tableau ci-dessous :

	DISTANCE INFÉRIEURE À 150 KM	DISTANCE SUPÉRIEURE À 150 KM : demande d'accord préalable			
		Accord	Accord partiel	Refus	
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Remboursement sur la base de la distance parcourue	Remboursement sur la base de la distance parcourue	EPP ou remboursement sur la base de la distance parcourue (selon l'accord partiel)	Pas de prise en charge
Hospitalisation (au sens R. 322-10 du code de la sécurité sociale)	Remboursement sur la base de la distance parcourue	Remboursement sur la base de la distance parcourue	EPP ou remboursement sur la base de la distance parcourue (selon l'accord partiel)	Pas de prise en charge	
Hors hospitalisation	EPP				

1.8. Prise en charge des transports internationaux

Les conditions de prise en charge des frais de transports transfrontaliers, impliquant des assurés d'un régime étranger ou, à l'étranger, les assurés d'un régime français sont explicitées dans le guide de prise en charge des transports dans le

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdsscnamts-n-2007-330-du-24-aout-2007-relative-a-la-maitrise-medicali-see-des-depenses-liees-au-transport-de-patients/>

cadre des accords internationaux de sécurité sociale, en cours d'élaboration par les services de l'assurance maladie.

1.9 *Accompagnant*

Les frais de transport en commun exposés par une personne accompagnant un assuré ou un ayant droit peuvent être pris en charge dans deux hypothèses (art. R. 322-10-7 du code de la sécurité sociale) :

- l'état de santé de l'assuré ou de l'ayant droit nécessite l'assistance d'un tiers ;
- l'assuré ou l'ayant droit est un mineur de moins de seize ans.

1.10. *ALD*

Sont pris en charge les frais des transports prescrits pour des soins directement en rapport avec une affection de longue durée (ALD), au sens de l'article L. 324.1 du code de la sécurité sociale. Le mode de transport est prescrit en fonction de l'état du patient, dans le respect du référentiel défini dans l'arrêté du 23 décembre 2006.

Le bénéfice de l'ALD ne donne donc pas droit systématiquement à un transport en ambulance, VSL ou taxis. La prescription d'un transport en ambulance ou d'un TAP est soumise, comme pour les patients qui ne sont pas affectés d'une ALD, à l'examen individuel par le médecin prescripteur, en fonction de la personne, du respect des conditions médicales précisées dans le référentiel (déficience ou incapacité).

1.11. *AT/MP*

Sont pris en charge les frais de transport de la victime à sa résidence ou à l'établissement hospitalier, et, d'une façon générale, tous les transports nécessités par les soins ou traitements consécutifs à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle (AT/MP) (art. L. 431-1 du code de la sécurité sociale). Le mode de transport est prescrit en fonction de l'état du patient, dans le respect du référentiel défini dans l'arrêté du 23 décembre 2006.

1.12. *Maladies rares*

La prise en charge des maladies rares peut nécessiter le recours à des centres de référence ou de compétence labellisés, le plus souvent à vocation nationale, qui sont fréquemment éloignés du domicile des patients. L'attention du réseau des caisses d'assurance maladie a été attirée sur ce sujet par la lettre réseau LR-DDGOS-99/2006 du 11 août 2006. La liste des centres de référence labellisés peut être consultée sur le site www.sante.gouv.fr.

La notice des formulaires de prescription simple et avec accord préalable prévoit la mention, dans la rubrique « éléments d'ordre médical » des formulaires, de l'orientation vers un centre de référence dédié dans le cas d'une maladie rare.

Les demandes d'accord préalable concernant un déplacement vers un tel centre feront l'objet d'un examen simplifié par le contrôle médical des caisses, portant sur les seuls abus manifestes.

1.13. *Transports de personnes handicapées et de personnes âgées dépendantes*

Le transport sanitaire, au sens des articles R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale, concerne exclusivement le transport de malades vers des structures de soins (et le trajet retour correspondant).

La prise en charge des frais de transport de personnes adultes handicapées ou des personnes âgées dépendantes, pour recevoir des soins ou subir des examens appropriés à leur état de santé, suit les règles de droit commun du transport de malades, énoncées aux articles R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

2. **Les conditions d'exécution du transport de patients**

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale précise que les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient. Le médecin prescripteur choisit le moyen de transport approprié dans le respect du référentiel de prescription médicalisée dont le contenu est rappelé ci-dessous.

2.1. *Choix du moyen de transport*

La prescription d'un transport en ambulance est justifiée lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou incapacité nécessitant :

- un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise ;
- un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène ;

- un transport avec brancardage ou portage ;
- un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

La prescription d'un TAP est justifiée pour l'assuré ou l'ayant droit présentant au moins :

- une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- une déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ;
- une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.

Un TAP peut également être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Les transports en commun terrestres ou les moyens de transport individuels peuvent être prescrits dans les cas ne relevant pas des conditions décrites ci-dessus.

Les conditions et moyens de prise en charge des transports sont résumés dans le tableau ci-dessous :

L'ASSURANCE MALADIE prend-elle en charge les frais de transport ?		MODE DE TRANSPORT, CHOISI PAR LE PRESCRIPTEUR EN FONCTION DE L'ÉTAT DU PATIENT		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Ambulance	TAP	Transport en commun/ Transport individuel
Hospitalisation (au sens R. 322-10 du code de la sécurité sociale)		Oui	Oui	Oui
Hors hospitalisation		Oui	Non	Non
Transports en série ou de plus de 150 km		Oui (accord préalable)	Oui (accord préalable)	Oui (accord préalable)
ALD	Hospitalisation	Oui	Oui	Oui
	Hors Hospitalisation	Oui	Oui si lien avec ALD	Oui si lien avec ALD
AT/MP	Hospitalisation	Oui	Oui	Oui
	Hors Hospitalisation	Oui	Oui si lien avec AT/MP	Oui si lien avec AT/MP

2.2. Obligations des transporteurs

La prise en charge d'un transport de patients comprend les prestations suivantes :

<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	AMBULANCE	TAP	
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	VSL	Taxi
Mise à disposition du véhicule (et de l'équipement)	X	X	X
Fourniture et lavage de la literie	X		
Fourniture d'oxygène	X		
Désinfection	X	X	X
Prise en charge du patient au lieu où il se trouve	X	X	X

Transport du patient jusqu'au lieu de destination	X	X	X
Brancardage et portage au départ et à l'arrivée (étages compris)	X		

L'aide au déplacement qui doit être fournie par le conducteur d'un véhicule de TAP, au sens du référentiel défini dans l'arrêté du 23 décembre 2006, correspond à l'accompagnement du patient depuis son domicile, ou tout autre lieu de prise en charge, jusqu'à la structure de soin prescrite.

2.3. *Passage en établissement*

Conformément aux dispositions prévues dans la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, l'équipage et le véhicule de transport sanitaires ne peuvent être immobilisés plus de quinze minutes. Le passage en établissement doit être organisé de façon à ne pas dépasser ce délai, notamment en veillant à l'articulation avec le service de transport interne à l'établissement.

2.4. *Transports simultanés*

En application de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, le transport simultané de plusieurs patients en ambulance est interdit. En revanche, les VSL sont habilités à transporter jusqu'à trois patients par véhicule. Dans le cas d'un transport simultané de personnes, chaque patient fait l'objet d'une facture individuelle. Quel que soit le parcours réalisé en commun, les tarifs sont abattus de 25 % pour deux patients présents dans le même véhicule, de 40 % pour trois patients.

Source : Bulletin officiel n°2007/9 du 15 octobre 2007