



Rapport

Rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre

Septembre 2010

Etabli par : **Didier Eyssartier**
Conseiller général des établissements de santé

De chaleureux remerciements à Loïc Geffroy et Elisabeth Fery-Lemonnier, conseillers généraux des établissements de santé, pour leur relecture attentive du projet de rapport

Synthèse

Le secteur du transport sanitaire terrestre a connu des tensions fortes en 2008 à la suite des hausses importantes des prix des carburants et de progressions inéluctables sur les années 2009 à 2012 des coûts salariaux consécutives à un jugement de la cour de justice des Communautés européennes dit « arrêt Dellas »¹. Les hausses tarifaires qui avaient antérieurement été négociées avec l'assurance-maladie et dont les derniers effets sont intervenus en 2009, ne couvraient en effet qu'une partie de ces coûts. Des aides financières temporaires ont alors été accordées aux ambulanciers pour les années 2008 et 2009. La baisse des prix des carburants au cours de l'année 2009 dans le contexte de la crise économique a également pu modérer les tensions.

La situation des transporteurs sanitaires n'est aujourd'hui pas assainie. Les aides temporaires devraient prochainement s'éteindre, les prix des carburants ont retrouvés leur valeurs d'avant crise et surtout les hausses des coûts salariaux vont peser de plus en plus fortement sur les comptes des entreprises cette année et les années suivantes. Ces éléments conjoncturels reflètent néanmoins des difficultés plus profondes que connaissent de nombreux professionnels de santé dans la période actuelle où la consommation de soins reste dynamique et où les capacités de financement s'épuisent.

Outre les aspects financiers, le positionnement du transport sanitaire privé est aujourd'hui bousculé dans ses fondements. En effet, dans le domaine du transport d'urgence notamment, le rôle des transporteurs sanitaires peut sembler remis en cause suite à la rédaction et la publication en 2009 de nouveaux référentiels. Ces nouveaux référentiels conduisent les ambulanciers à craindre la perte d'une part importante de ce marché au bénéfice des services d'incendie et de secours. Par ailleurs, les transports en taxi pris en charge par l'assurance-maladie deviennent majoritaires au sein du transport assis de patients au détriment des déplacements en véhicules sanitaires légers (VSL).

Les dépenses de transports de patients ne pèsent que 2,4% au sein des dépenses de ville. Elles n'ont pas représenté jusqu'à récemment un enjeu majeur. Néanmoins, elles apparaissent aujourd'hui plus dynamiques (+ 6 à 7% par an) que la majorité des autres dépenses et commencent à faire l'objet d'une attention toute particulière avec une volonté affichée par les pouvoirs publics de forte maîtrise. De nombreux facteurs peuvent néanmoins expliquer de telles progressions (dépenses très corrélées avec les dépenses de soins des patients en ALD qui sont aussi globalement dynamiques, vieillissement de la population, restructurations hospitalières, développement de l'hospitalisation de jour...). La demande de transport de patients pourrait donc continuer à prendre une part de plus en plus importante au cours des prochaines années.

Le travail sur le modèle économique du transport sanitaire terrestre qui nous a été demandé suppose, dans ce contexte, en premier lieu de s'accorder sur les missions des transporteurs sanitaires et le cadre d'organisation retenu pour effectuer ces missions. C'est alors seulement que les modalités de tarification des activités réalisées par les transporteurs sanitaires et l'ensemble des conditions économiques de réalisation des transports peuvent être proposées. Les modalités de tarification doivent alors permettre de favoriser le développement d'une offre privée de transports en adéquation avec les besoins (en nombre et en qualité) tout en maîtrisant le coût pour les pouvoirs publics et les patients voire, si possible, en le réduisant.

¹ L'arrêt Dellas a été rendu par la cour de justice des communautés européennes (CJCE) le 1^{er} décembre 2005.

Dans un contexte économique difficile, l'amélioration de la performance du système de transport sanitaire devient une exigence forte.

Or, le modèle de régulation actuel ne permet pas de s'assurer que toutes les dépenses de transports de patients aujourd'hui financées par l'assurance-maladie sont justifiées au regard des critères de remboursements actuels et qu'elles sont faites au juste coût. Le référentiel de prescription de transports pris en charge par l'assurance maladie est très récent (2006). Il fait peser une forte responsabilité sur les médecins quand au choix du meilleur moyen de transport (transport en commun, transport assis professionnalisé dit TAP, ou ambulance) et est en même temps certainement encore très mal connu des prescripteurs. Les médecins peuvent être par ailleurs contraints par l'offre de transport présente au moment où le transport apparaît nécessaire. On constate d'ailleurs des écarts importants de recours aux transports de patients pris en charge sur le territoire.

L'organisation actuelle pour la prise en charge des patients en matière de transport, les modes de financement et les tarifs conventionnels n'assurent pas ainsi une dépense optimisée. Un travail important de concertation a cependant été conduit au cours des années 2008 et 2009 dans le cadre notamment du comité des transports sanitaires pour rénover les modalités d'organisation. Ces travaux ont débouché sur la publication en 2009 d'un premier référentiel concernant le transport dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière et un deuxième référentiel relatif aux transports post-hospitaliers devrait être prochainement publié. Ces référentiels ne couvrent pas la totalité de l'activité des transporteurs sanitaires mais constituent des axes de progrès significatifs. Nous avons donc choisi de placer nos propositions en cohérence avec ceux-ci.

Nous avons de plus veillé à ne pas proposer de solutions qui risqueraient d'écarter des acteurs ou des entreprises en raison notamment de leur taille ou de nuire à la liberté d'entreprendre. Le secteur du transport sanitaire est en effet aujourd'hui constitué à la fois de relativement grosses entreprises avec des ambulanciers salariés et de très petites entreprises, voire d'entreprises individuelles. Il nous a donc semblé important de conserver cette coexistence, porteuse d'avenir pour de nombreux hommes et femmes. Le transport sanitaire est cependant intégré dans une chaîne de service au public qui nécessite une forte coordination entre les acteurs. Celle-ci est indispensable pour offrir des services de grande qualité aux patients et améliorer la performance du système. Cette coordination doit pouvoir fonctionner quelque soit la forme de l'entreprise de transport. Nous considérons qu'il relève des transporteurs sanitaires de s'organiser pour réponse à ce type de besoin. Ceci est aussi très présent dans les deux référentiels qui viennent d'être évoqués.

Nous avons examiné l'ensemble des segments d'activité des transporteurs sanitaires et, des évolutions sont proposées pour chacun d'eux. La recommandation principale concerne les transports programmables et les relations des transporteurs avec les établissements de santé. Elle résulte notamment du constat que les ambulanciers, compte tenu d'un manque global d'organisation des demandes de transports de patients, ne consacrent qu'environ 50% de leur temps à transporter des patients. Le reste du temps, ils sont soit inoccupés par manque de programmation et d'anticipation des demandes de transport soit immobilisés par les établissements de santé, en attente d'un patient. Cette recommandation est aussi liée au constat que très peu d'efforts sont de fait opérés pour que les patients, lorsqu'ils le peuvent, partagent un véhicules avec d'autre patients alors que cette solution est normalement moins couteuse pour l'assurance maladie mais également pour le patient et par ailleurs préserve d'avantage l'environnement (moindres émissions de CO₂). Ces éléments ont aussi été au cœur du projet de référentiel sur les transports post-hospitaliers déjà évoqué. Il importe donc de publié rapidement ce référentiel et de le mettre en œuvre mais plus globalement de développer un plan opérationnel de recherche d'efficience dans le secteur du transport de patients. Il s'agit notamment de mettre en place, au sein des établissements de santé, des plates-formes de gestion des demandes transports et d'accroître fortement le recours au transport partagé. Il

s'agit aussi de développer des démarches qualité pour réduire les événements indésirables (attentes trop longues des ambulanciers, véhicules en retard ou totalement absents...) en disposant d'une véritable traçabilité des demandes et des transports réalisés. Ce plan de recherche d'efficacité pourrait s'intégrer dans un volet « transport de patient » des programmes de gestion du risque qui doivent se mettre en place dans chaque région. Il a vocation notamment à augmenter la rentabilité des équipages et, ce faisant, on pourrait aboutir au constat que les tarifs des transports sanitaires, toutes autres choses égales par ailleurs, pourraient être réduits. Ceci est particulièrement vrai des tarifs des ambulances qui ont été jusqu'à récemment beaucoup trop favorisés par rapport aux tarifs des VSL. Par une meilleure anticipation des besoins de transport et une fiabilisation des réponses apportées par les transporteurs, ce plan pourrait aussi favoriser les établissements de santé en améliorant potentiellement la disponibilité des lits (moindre immobilisation de lits par des patients en attente d'un transport).

La deuxième recommandation est de revoir entièrement les conditions de réalisation du transport assis professionnalisé. La coexistence sur ce secteur des taxis et des VSL ne s'opère pas dans des conditions équitables (exigences de formations, modalité d'agrément des véhicules, tarification...). La tarification actuelle conduit d'ailleurs à un recours de plus en plus massif aux taxis qui ont désormais près de 50% du marché au niveau national. Or, cette évolution n'assure ni un meilleur service aux patients ni une meilleure maîtrise des coûts pour l'assurance-maladie. Il apparaît donc nécessaire de réussir à harmoniser totalement les conditions de réalisation et les tarifs. Par ailleurs, les véhicules utilisés dans le secteur médico-social pour les personnes à mobilité réduite devraient pouvoir également intervenir dans le transport de patients à l'occasion de soins (secteur santé). On constate d'ailleurs que les secteurs santé et médico-social ont instauré des conditions de transports très différentes pour des populations bénéficiaires assez proches. Au moment où l'on crée les agences régionales de santé (ARS), qui couvrent les deux secteurs, pour améliorer notamment la fluidité dans la prise en charge, il apparaît opportun de réfléchir à faire converger les prestations de transport proposées aux patients. En particulier l'interdiction qui est faite aujourd'hui aux VSL de transporter des personnes prises en charge dans le secteur médico-social n'apparaît plus justifiée.

Le troisième axe de progrès concerne les transports d'urgence. Il est tout d'abord important que le référentiel concernant les transports sanitaires dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière publié en 2009 soit mis en œuvre dans des délais rapprochés et notamment la mise en place des coordonateurs ambulanciers. Mais il apparaît aussi que les conditions financières associées à cette activité, et notamment le mode de financement de la garde ambulancière ou des carences ambulancières doivent être revues. Il est ainsi nécessaire de davantage responsabiliser les acteurs impliqués (ambulances volontaires pour effectuer les gardes, établissements de santé sièges de SAMU-centre 15) et de revoir les indemnités de garde versées. Compte-tenu de l'importance de cette activité pour la profession ambulancière en matière de motivation et de formation et des enjeux pour la population, il est indispensable que des évolutions interviennent à bref délais... Les ARS pourraient dans ce cadre être aussi responsabilisées en se voyant confier une enveloppe unique pour le financement de cette activité (garde ambulancière, carences ambulancières, transports d'urgences, voire une partie du coordonateur ambulancier).

Les ARS ont d'ailleurs un rôle important à jouer pour permettre une bonne régulation du secteur et rendre plus efficace cette activité. Des objectifs dans le domaine du transport de patients devraient leur être fixés annuellement. Ceux-ci pourraient concerner la maîtrise des dépenses, le recours au transport partagé ou l'amélioration des organisations locales, notamment concernant les demandes de transports des établissements. Les ARS pourraient alors inciter les différents acteurs par le biais de contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. S'il est évident que le transport sanitaire ne représente pas pour les ARS un enjeu financier important, il est cependant nécessaire que celles-ci s'organisent pour se donner les

moyens d'obtenir les progrès souhaités. Ainsi devraient-elles désigner en leur sein un référent régional sur le transport,

Mais il est aussi important qu'un effort conséquent soit fait pour pouvoir disposer dans chaque région (et au niveau national) des données indispensables au pilotage de cette politique. L'assurance-maladie, avec les transporteurs sanitaires, doit donc accélérer la dématérialisation de la facturation et des données associées. Les travaux à réaliser au niveau national sont aussi conséquents. Ils nécessitent de plus une forte coordination entre l'Etat et l'assurance-maladie. C'est pourquoi il est proposé qu'une mission légère, associant à la fois des agents de l'assurance-maladie et de l'Etat, soit constituée pour piloter l'ensemble des travaux proposés dans ce rapport. Cette mission pourrait être dirigée par une personnalité qui aurait une vision globale de la problématique, dépassant les clivages administratifs et qui pourrait être un interlocuteur permanent des différents acteurs (fédérations de transporteurs, fédérations hospitalières, ARS...).

Une fois que les ARS seront mieux armées pour conduire la régulation du secteur des transports, la régionalisation pourrait même être accentuée, au moins sous forme expérimentale, en confiant tous les outils de régulation à une région, y compris la tarification des transports sanitaires aujourd'hui négociée au niveau national. Ainsi, serait-il possible d'expérimenter la mise en place d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance-maladie (ORDAM) au moins sur le seul secteur du transport.

Comme cela a déjà été indiqué, nos propositions d'évolution du modèle économique ne modifient pas fondamentalement les organisations actuelles. A moyen terme néanmoins, lorsque des progrès notables d'organisation et d'optimisation de la dépense auront été réalisés, on pourrait imaginer de responsabiliser davantage les principaux prescripteurs que sont les établissements de santé en leur confiant le financement de l'ensemble des transports en lien avec l'établissement. Dans cette approche, le coût des transports serait inclus dans les tarifs hospitaliers ou dans leur dotation. Une telle organisation pourrait s'avérer payante à moyen ou à long terme. Une telle réflexion mériterait d'être reprise d'ici quelques années. A court terme, pour alimenter les débats futurs, des expérimentations de responsabilisation financière complète des établissements pourraient être menées sur des secteurs bien ciblés comme par exemple les centres de dialyse.

Même si nos recommandations perturbent peu les organisations actuelles, elles peuvent conduire à modifier de manière significative le modèle économique actuel. Pour qu'elles puissent être acceptées de tous, et compte-tenu des nombreux points qui soulèvent encore des discussions entre les acteurs, une large concertation apparaît nécessaire. Cette concertation doit notamment permettre la redéfinition du transport assis professionnalisé. Cette concertation doit également aboutir à la définition de nouvelles modalités de tarifications associées aux évolutions d'organisations qui apparaissent nécessaires pour assurer des prestations de transport et un service aux patients de qualité. Il faut par ailleurs dans ce cadre parvenir à une plus forte responsabilisation, y compris financière, des acteurs.

Enfin le modèle économique des transports sanitaires doit pouvoir se baser sur un référentiel de prescription accepté par tous et véritablement respecté. La proposition, inscrite dans le rapport, d'évaluer le respect de ce référentiel et de mener une réflexion pour l'ajuster éventuellement au regard des besoins de santé qui doivent être couverts aujourd'hui par la solidarité nationale apparaît à ce titre importante. Ce n'est qu'à ce prix que la redéfinition du modèle économique permettra de faire émerger des tarifs qui rémunéreront de manière juste et équilibré les prestations de transports effectuées.

Un des enjeux est également de réussir à prendre en compte les nouveaux besoins ou ceux couverts de manière très insatisfaisante. Dans ce cadre une réflexion doit être menée pour mieux prendre en compte les personnes souffrant de handicaps particuliers et permettre des

tarifications adaptées des transports spécifiques. Cette réflexion doit non seulement s'intéresser à ce qui peut être pris en charge par l'assurance-maladie mais également ce qui pourrait être pris en charge par les assurances-complémentaires et notamment la CMU complémentaire (ce qui peut permettre de limiter la prise en charge collective aux personnes à faibles revenus).

Table des matières

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 0. Principales propositions de la mission..... | 11 |
| 1. Présentation de la problématique..... | 13 |
| 2. Quelques constats sur l'économie actuelle du secteur | 15 |
| 2.1. <i>Un potentiel d'activité très important.....</i> | <i>16</i> |
| 2.1.1. L'évolution des dépenses sur la période récente | 16 |
| 2.1.2. Des facteurs de progression importants..... | 20 |
| 2.2. <i>Une offre de transport sanitaire potentiellement fragilisée</i> | <i>23</i> |
| 2.2.1. La démographie des entreprises de transport sanitaire | 23 |
| 2.2.2. L'état de santé des entreprises du secteur..... | 25 |
| 2.2.3. Une professionnalisation accrue..... | 28 |
| 2.3. <i>Une régulation du secteur encore à développer.....</i> | <i>29</i> |
| 2.3.1. La situation courante | 29 |
| 2.3.2. Une volonté affichée de maîtrise des prescriptions et des conditions de prise en charge .. | 30 |
| 3. Les pistes pour une rénovation du modèle économique du transport sanitaire terrestre ?. | 34 |
| 3.1. <i>Une évolution indispensable du modèle économique sur les urgences pré-hospitalières</i> | <i>35</i> |
| 3.1.1. Un système de garde ambulancière peu efficient | 35 |
| 3.1.2. Définir finement les secteurs et périodes de gardes | 37 |
| 3.1.3. Revoir le modèle de financement de la garde ambulancière | 37 |
| 3.1.4. Une enveloppe globale à la disposition des ARS..... | 39 |
| 3.2. <i>Pour les transports non-urgents, un besoin de recherche d'efficience collective et de rééquilibrage des tarifs.....</i> | <i>40</i> |
| 3.2.1. Un constat : un faible intérêt à agir des acteurs | 40 |
| 3.2.2. Une relative non organisation des transports conduisant à des temps d'attentes importants .. | 42 |
| 3.2.3. Face à ces constats, des modes d'organisation et de financement nouveaux des transports sanitaires pourraient être envisagés | 43 |
| 3.2.4. Une amélioration de l'organisation des transports, porteuses d'économies, doit pouvoir être obtenue par une responsabilisation effective des acteurs | 45 |
| 3.2.5. Des efforts importants doivent être engagés pour développer à grande échelle le transport partagé | 47 |
| 3.2.6. L'efficience globale du système peut être affectée par des pratiques non vertueuses dans le cadre des transports financés directement par les établissements | 49 |
| 3.2.7. Des tarifs de transports sanitaires qui sont encore largement ajustables..... | 51 |
| 3.3. <i>Un modèle à réinventer sur le transport assis professionnalisé</i> | <i>53</i> |
| 3.3.1. Deux prestataires, le VSL et le taxi, avec des conditions économiques de fonctionnement qui diffèrent sensiblement | 53 |
| 3.3.2. Quelles évolutions possibles pour le transport assis professionnalisé ? | 56 |
| 3.3.3. Pour des prestations analogues, les écarts dans les conditions de réalisation d'un transport assis (tarification, formation...) devraient être gommés..... | 58 |
| 3.4. <i>Un élargissement à opérer vers le secteur médico-social des interventions des transporteurs sanitaires, voire vers d'autres secteurs</i> | <i>61</i> |
| 3.4.1. Une redéfinition en cours des besoins de transport au sein du secteur médico-social | 61 |
| 3.4.2. Le système dans son ensemble gagnerait à une présence identifiée des transporteurs sanitaires sur le secteur médico-social et la redéfinition de certaines prestations de transport de malades | 62 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4. Une mobilisation des acteurs et en particulier des acteurs publics apparait désormais nécessaire pour la réussite d'un tel projet | 63 |
| 4.1. <i>L'équilibre économique du transport sanitaire n'est pas aujourd'hui assuré.....</i> | 63 |
| 4.2. <i>La mise en place des préconisations de ce rapport nécessite une forte collaboration des différents services de l'Etat concernés et de l'assurance-maladie.....</i> | 63 |
| 4.3. <i>La création des ARS doit faciliter la régulation du secteur du transport des patients au sein du secteur sanitaire mais aussi pour le secteur médico-social</i> | 64 |
| 5. Annexes | 67 |

0. Principales propositions de la mission

Proposition n°1 : Revoir le mode de financement des transports dans le cadre des urgences pré-hospitalières pour permettre une bonne application des référentiels publiés en 2009 sur le sujet (révision des indemnités de garde, responsabilisation financière des transporteurs en cas de non réponse, regroupement au niveau de l'ARS de l'ensemble des crédits dédiés au transport d'urgence au sein d'une seule enveloppe..., voir détail partie 3.1).

Proposition n°2 : Mettre en place un plan opérationnel de recherche d'efficience dans le secteur des transports de patients intégrant un volet établissements de santé (plate-forme de gestion des demande de transports, transport partagé...), un volet ARS (contractualisation avec les établissements et les transporteurs...) et un volet national (publication référentiel, contractualisation avec les régions..., voir détail partie 3.2).

Proposition n°3 : Redéfinir la ou les prestations de transport assis professionnalisé et les conditions de réalisation, en particulier les véhicules (transport sanitaire, taxi, TPMR...) aptes à les réaliser. Cette redéfinition doit s'opérer dans le cadre d'une large concertation. Pour les transports assis réalisés à la fois par les taxis et les VSL, harmoniser complètement les conditions de réalisation et les conditions tarifaires. Pour ces transports, les véhicules utilisés dans le cadre du transport de personnes à mobilité réduite (TPMR) devraient pouvoir également intervenir. A l'inverse, les véhicules sanitaires légers devraient être autorisés à développer une partie de leur activité en dehors du secteur sanitaire (en particulier pour le transport de personnes prises en charge dans le secteur médico-social ou dépendantes).

Proposition n°4 : Rééquilibrer les tarifications entre VSL et ambulances et développer des tarifications adaptées pour les transports spécifiques.

Proposition n°5 : Désigner au sein de chaque ARS un référent régional en matière de transports de patients pour les secteurs sanitaires et médico-social. Constituer une mission légère Etat – assurance-maladie de pilotage national pour la mise en œuvre des recommandations. Accélérer la dématérialisation des données dans le domaine du transport de patients pour permettre aux ARS de disposer des données nécessaires au pilotage régional de cette politique

Proposition n°6 : Expérimenter la fixation d'un objectif régional concernant l'ensemble des dépenses de transport de patients en transférant à cette région la compétence de tarification des prestations de transport sanitaire.

Proposition n°7 : Evaluer (par enquête ?) le respect du référentiel de prescription et le retoucher si nécessaire de manière largement concertée avec l'ensemble des acteurs pour assurer sa pleine acceptabilité et compréhension par tous. Il s'agit également d'ouvrir une discussion sur ce qui relève de l'assurance de base et des assurances complémentaires.

Proposition n°8 : Réfléchir à moyen terme sur les transports qui doivent être pris en charge directement par les établissements de santé (de manière homogène entre établissements publics et privés). Des expérimentations de responsabilisation financière complète des établissements pourraient dès à présent être tentées sur des secteurs bien ciblés comme par exemple les centres de dialyse.

1. Présentation de la problématique

Par lettre en date du 24 novembre 2008, la ministre de la santé et des sports a demandé à Jean-Claude Mallet et moi-même de conduire une mission de réflexion et de concertation en vue de rénover le modèle économique du transport sanitaire terrestre. Il s'agissait de proposer un nouveau modèle économique du transport sanitaire terrestre, en concertation avec l'ensemble des acteurs, dans le contexte de recherche de redressement des comptes de la branche maladie tout en assurant une qualité de prise en charge des patients au moins égale et l'efficacité et la pérennité du système. Il s'agissait également de tenir compte de l'évolution vers un cadre régional du pilotage du secteur.

Un premier rapport sur les transports sanitaires avait été produit en avril 2008 par messieurs G. Dumont et J.-C. Mallet, conseillers généraux des établissements de santé². Celui-ci brosse un tableau complet sur le transport sanitaire et émettait un certain nombre de propositions dont la mise en œuvre pouvait néanmoins nécessiter quelques travaux complémentaires. Ces recommandations concernaient :

- la nécessité d'une régulation régionale, celle-ci étant opérée avant la constitution des ARS dans un cadre départemental,
- l'harmonisation de la répartition des moyens sur le territoire en fonction des besoins,
- l'amélioration de la définition des prestations remboursées et la révision de la tarification,
- le renforcement de la médicalisation des prescriptions et la rénovation du cadre de prescription,
- l'amélioration de la traçabilité des prestations facturées et le renforcement des contrôles,
- le besoin de renégocier la garde ambulancière afin d'améliorer la qualité du service rendu aux assurés sociaux.

Au cours de l'année 2008, les transporteurs ont connu une situation économique difficile du fait de la flambée des prix des carburants mais également de surcoûts attendus concernant la rémunération des ambulanciers salariés suite à un jugement de la cour de justice des Communautés européennes (arrêt Dellas, CJCE, 1^{er} décembre 2005). Les transporteurs sanitaires voyaient aussi leur positionnement ébranlé par les travaux concernant l'urgence sanitaire au cours desquels le rôle des transporteurs sanitaires semblait remis en cause (par rapport à celui des pompiers). Enfin, leur activité de transport assis était « attaquée » par des prises de part de marché fortes des taxis. L'inquiétude était d'autant plus grande que les tarifs des VSL étaient jugés très bas.

Un protocole entre les principales fédérations de transporteurs sanitaires et la ministre de la santé a été signé en juin 2008 pour essayer de remédier à l'ensemble de ces problèmes. Ce protocole concerne :

² « Rapport sur les transports sanitaires », Gérard Dumont - Jean-Claude Mallet, Avril 2008. Ce rapport, bien que connu des principaux acteurs au niveau national (fédérations de transport sanitaire, fédérations hospitalières, administrations) n'a jamais été rendu public.

- l'engagement du lancement d'une mission à l'automne 2008 pour « redéfinir le modèle économique dans une perspective d'amélioration du dispositif pour l'avenir » et dont les principales conclusions sont présentées dans ce rapport,
- l'ouverture de négociations avec la CNAMTS pour 2010 et 2011 (le dernier avenant conventionnel date du 14 mars 2008),
- l'engagement par le ministère de la santé de prendre, dès l'été 2008, des mesures « permettant de prendre en compte l'évolution de la charge de transporteurs sanitaires pour les années 2008 et 2009 » (l'engagement a été « respecté » avec le dégrèvement de la taxe professionnelle porté à 75% dès 2008). Par ailleurs un moratoire sans pénalité est instauré pour les entreprises en difficulté sur les dettes sociales et fiscales sur simple demande auprès des services concernés,
- une exonération de la taxe professionnelle qui est portée de 50 à 75 % pour les années 2009 à 2011,
- la participation des transporteurs sanitaires au conseil national de l'urgence et de la permanence des soins hospitalière.

Par ailleurs, un comité des transports sanitaires a été instauré en juillet 2008. Ce comité tripartite, associant Transporteurs sanitaires – SAMU – DHOS/DSS/CNAMTS, comprend aussi les représentants de toutes les fédérations et les conférences de directeurs d'établissements et de présidents de CME. Il a vocation à conduire les réflexions sur le transport sanitaire, notamment l'implication et le champ d'action du métier de transporteur sanitaire dans le traitement de l'urgence pré-hospitalière mais aussi dans l'organisation de la permanence des soins ambulatoire, l'accès aux soins de premier recours, et enfin dans le cadre des transports programmés et plus généralement dans toute la composante hospitalière du transport. Ce comité n'est cependant pas le lieu de négociation conventionnelle. Ce comité a déjà permis la production d'un premier référentiel « SAMU-Transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière » et publié en juin 2009. Un second projet de référentiel concernant les transports sanitaires post-hospitaliers a également été préparé par ce comité au cours de l'année 2009. Il devrait prochainement voir le jour.

Travailler sur le modèle économique du transport sanitaire terrestre, comme cela nous a été demandé, suppose en premier lieu de s'accorder au préalable sur les missions des transporteurs sanitaires et sur le cadre d'organisation retenu pour effectuer ces missions. C'est alors seulement que peuvent être réfléchies les modalités de tarification des activités réalisées par les transporteurs sanitaires et l'ensemble des conditions économiques de réalisation des transports (contraintes réglementaires sur les acteurs, leviers de reponsabilisation, ...). Les modalités de tarification doivent permettre de favoriser le développement d'une offre privée de transports en adéquation avec les besoins (en nombre et en qualité) tout en maîtrisant le coût pour les pouvoirs publics et les patients voire, si possible, en le réduisant.

C'est pourquoi les travaux du comité des transports sanitaires sont apparus primordiaux pour la réalisation de la mission. Il est même apparu assez difficile de rendre un rapport sur le modèle économique avant que les travaux du comité ne soient suffisamment avancés. C'est apparu d'autant plus difficile qu'il m'a aussi été demandé de présider le comité au cours du second semestre 2009. La rédaction du rapport a ainsi été retardée au début de l'année 2010.

Après avoir entendu tous les acteurs (fédérations hospitalières, fédérations de transporteurs sanitaires, fédérations de taxis, administrations, assurance-maladie...), nous avons passé du temps à écouter les acteurs de terrain, en particuliers les transporteurs sanitaires, et à se rendre compte par quelques déplacements des conditions réelles de réalisation des transports sanitaires terrestres aujourd'hui.

Les travaux du comité des transports sanitaires, de par leur caractère collectif, associant les acteurs de la chaîne du soin dans laquelle s'inscrivent les transports sanitaires, mais également résultant d'un esprit très constructif de chacun des membres, forment une base importante pour la redéfinition du modèle économique. Ils permettent en particulier de redéfinir la place des transporteurs sanitaires dans le domaine de l'urgence. Ils doivent à notre sens néanmoins être complétés sur le domaine des transports non urgents.

Il semble y avoir une forme de défiance collective sur la qualité, voir la légitimité des dépenses de transports aujourd'hui prises en charge par l'assurance-maladie. La progression des dépenses de transports remboursées est souvent présentée comme trop importante. Nous revenons donc dans le rapport sur la progression passée et actuelle de ces dépenses pour essayer d'en comprendre les ressorts. L'évolution du modèle économique doit par ailleurs passer par des actions et des organisations qui vont permettre de gommer l'ensemble des défiances et critiques concernant le système actuel : prescriptions non-conformes au référentiel de prescription, transports liés à de forts effets d'offres (les deux sujets étant reliés), qualités de prestations très insuffisantes, réponses des transporteurs très hétérogènes, fraudes importantes...Ce n'est qu'à cette condition qu'il sera possible de construire un modèle de tarification prenant mieux en compte les coûts supportés par les entreprises. Nous avons donc conduit nos réflexions et construit nos propositions en vue d'essayer de rétablir la confiance entre tous les acteurs.

Bien qu'un certain nombre de concertations ait été opéré, cela a certainement encore été insuffisant. Le rapport s'attache donc à définir des pistes qui sont parfois davantage des pistes de réflexions ou d'orientations que des solutions clé en main. Certaines évolutions proposées nécessitent en effet un temps important de concertation avec de très nombreux acteurs : professionnels de santé, transporteurs, usagers et pouvoirs publics...

Enfin, nous avons choisi de ne pas trop aborder le sujet des entreprises de transports sanitaires elles-mêmes. Nous n'en avons pas réellement la compétence d'ailleurs. Nous avons simplement veillé à ne pas proposer de solutions qui risqueraient d'écarter des acteurs ou des entreprises en raison notamment de leur taille, afin de ne pas nuire à la liberté d'entreprendre. Le secteur du transport sanitaire est en effet aujourd'hui constitué à la fois de relativement grosses entreprises avec des ambulanciers salariés et de très petites entreprises, voire d'entreprises individuelles. Il nous a donc semblé important de conserver cette coexistence, porteuse d'avenir pour de nombreux hommes et femmes. Le transport sanitaire est cependant intégré dans une chaîne de service au public qui nécessite une forte coordination entre les acteurs. Celle-ci est indispensable pour offrir des services de grande qualité aux patients et améliorer la performance du système. Cette coordination doit pouvoir fonctionner quelque soit la forme de l'entreprise de transport. Nous considérons qu'il relève des transporteurs sanitaires de s'organiser pour répondre à ce type de besoin.

2. Quelques constats sur l'économie actuelle du secteur

Il ne s'agit pas ici de reprendre des travaux déjà conduits pour dresser des constats déjà posés par d'autre (rapport Dumont – Mallet notamment) mais plutôt de rassembler quelques éléments sur le transport de patients, et en particulier le transport terrestre, pour permettre à chacun d'avoir en quelques pages une appréhension des enjeux du secteur. C'est d'autant plus nécessaire que le rapport Dumont – Mallet auquel il est fait souvent référence, car déjà centré sur le sujet du transport de patients, n'a jamais été publié bien que connu de la plupart des acteurs. Les approches retenues dans cette présentation permettent de montrer finalement ce que nous avons nous-même compris du secteur et qui a eu une influence importante sur les

propositions d'évolution du modèle économique qui constituent le cœur de la deuxième partie de ce rapport.

2.1. Un potentiel d'activité très important

2.1.1. L'évolution des dépenses sur la période récente

Les dépenses de transport de patients³ représentaient près de 3,4 Mds d'euros en 2008. Sur cette somme, 3,2 Mds € sont pris en charge par l'assurance-maladie, la CMU-C ou l'Etat. 120 millions sont financés via les assurances complémentaires privées (mutuelles santé,...) et 80 millions sont payés par les patients. Les dépenses de transports de patients représentent 2,4% de l'ensemble des dépenses de soins et biens médicaux prises en charge via des financements publics⁴. Pour le seul régime général, cela a représenté en 2008 environ 53 millions d'actes (pour un coût de transports de 2,6 Mds €)⁵. Ces sommes n'intègrent cependant pas les dépenses de transport de patients directement prises en charge par les établissements de santé soit par recours à des prestataires externes (entre 200 et 280 M € en 2008 pour les seuls établissements publics⁶) soit au travers des moyens de transports dont disposent ces établissements (pas de données disponibles⁷).

Les dépenses de transport sanitaire ont progressé entre 8% et 10% par an entre 1998 et 2006. Sur les toutes dernières années cependant (2007 et suivantes) la progression des dépenses s'est sensiblement ralentie quel que soit le mode de transport (ambulance, VSL...). Elle ne ressort ainsi plus qu'autour de 5 à 6%. La progression de ces dépenses reste cependant supérieure à celle globale des dépenses de soins de ville⁸.

Évolution des remboursements de dépenses de transport de malades, régime général

| Evolutions (en %) | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| Ambulances | 9,8 | 11,9 | 12,2 | 15,5 | 13,2 | 13,1 |
| VSL | 8,1 | 7,0 | 5,6 | 3,0 | 2,1 | 0,2 |
| Autres ⁹ | 7,8 | 9,6 | 8,1 | 13,2 | 15,5 | 13,7 |
| TOTAL | 8,6 | 9,3 | 8,4 | 9,8 | 9,5 | 8,6 |

Source : Cnamts, rapport sur les transports sanitaires, Gérard Dumont et Jean-Claude Malet, conseillers généraux des établissements de santé.

³ Pour une définition du transport de patients ou du transport sanitaire, voire annexe 3.

⁴ Source : comptes de la santé 2008.

⁵ Source : CNAMTS

⁶ Source : Comptes des hôpitaux publics, base DGFIP, calculs DGOS. La fourchette est liée au fait que la nomenclature comptable a changé en 2006 et qu'il n'est pas certain que les établissements l'utilisent parfaitement. La fourchette correspond donc pour la version basse aux sommes inscrites sur le compte 6245 (transport d'usagers) et, pour la version haute, à la totalité des sommes inscrites au compte 624 (transports de biens, d'usagers et transports collectifs de personnel) hors transports collectifs du personnel (6247).

⁷ Ces dépenses sont éclatées au sein des comptes des établissements de santé entre des dépenses de personnels, des comptes de charge (entretien, combustible...) et des comptes d'investissement).

⁸ 2,8% en 2006, 4,9% en 2007, 2,7% en 2008 et 2,3% en 2009.

⁹ Y compris taxis.

Évolution des dépenses de transport de malades remboursables¹⁰, régime général

| Évolutions (en %) | Total | Ambulances | VSL | Taxi | Autres | VSL + Ambulances | TAP ¹¹ : VSL + Taxi |
|-------------------|-------|------------|------|------|--------|------------------|--------------------------------|
| 2006 | 8,7 | 9,3 | 1,9 | 15,2 | 8,5 | 6,4 | 8,1 |
| 2007 | 6,1 | 5,8 | 0,7 | 12,0 | 5,8 | 3,8 | 6,4 |
| 2008 | 4,6 | 4,4 | -2,6 | 11,0 | 6,7 | 1,8 | 4,6 |
| 2009 | 6,7 | 7,5 | 1,9 | 9,3 | 5,8 | 5,5 | 6,1 |

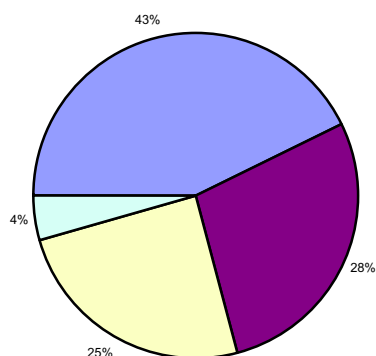
Source : Eco santé pour les années 2006 et 2007, tableau des résultats du régime général pour les années 2008 et 2009. La colonne « Autres » comprend les remboursements de frais de transports en commun et individuels et le coût pour l'assurance-maladie des contrats de bonne pratique avec les transporteurs sanitaires.

¹⁰ À la différence des dépenses remboursées, les dépenses remboursables intègrent le ticket modérateur et les franchises, l'utilisation de cette présentation permet d'effacer les effets de la montée en charge des franchises sur les années 2008 et 2009.

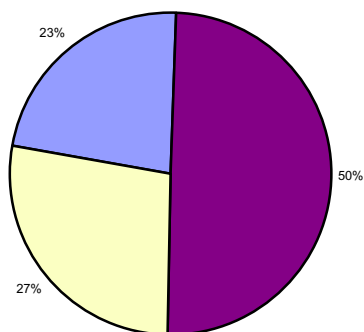
¹¹ Transport assis professionnalisé.

Graphique 1 : répartition des dépenses et des actes entre modes de transport

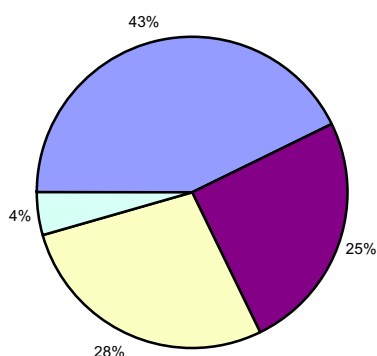
Dépenses remboursables, 2005



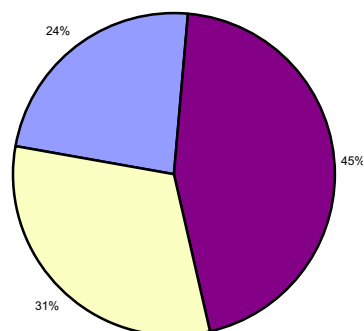
Nombre d'actes, 2005



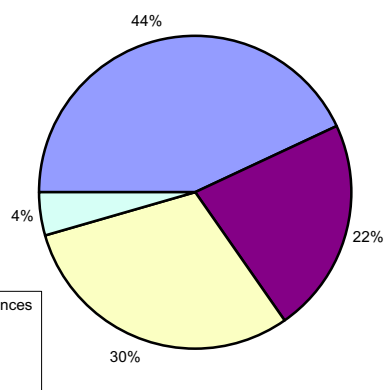
Dépenses remboursables, 2007



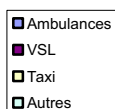
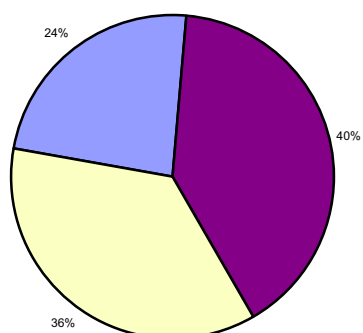
Nombre d'actes, 2007



Dépenses remboursables, 2009



Nombre d'actes, 2009



Si on s'intéresse à ces mêmes progressions selon le mode de transport (allongé en ambulance ou assis en VSL ou taxi), on s'aperçoit qu'elles sont relativement semblables. En revanche, au sein du transport assis, les taxis représentent une part de plus en plus importante du marché avec une progression des prestations remboursées à deux chiffres. Fin 2009, les dépenses de

taxis sont désormais supérieures de 35% à celles de VSL. A titre de comparaison, en 2005 les dépenses de taxis étaient encore 12% inférieures aux dépenses de VSL. Ces écarts en matière de remboursements par l'assurance-maladie ne se retrouvent cependant pas complètement si on raisonne en nombre d'actes compte tenu des écarts de tarification mais également des prestations réalisées (longueur effective des trajets notamment). En nombre d'actes, les prestations VSL apparaissent encore à la fin de l'année 2009 plus importantes (20,6 millions d'actes pour les transports en VSL contre 18,5 millions en taxi soit + 12%).

Si on regarde la progression de ces mêmes dépenses par régions (voir annexe 5), on constate une certaine homogénéité d'évolution pour l'agrégat « ensemble des dépenses ». Seule la Corse connaît une progression moyenne sur les années 2006 et 2007 inférieure à 5% (pour une progression France entière de 7,5%). A l'autre extrême, seules les dépenses de transport des départements d'outre-mer évoluent à plus de 10%. Sous cette apparente homogénéité, existent néanmoins des écarts importants de situation selon les régions. La composition de la dépense est en effet fortement variable d'une région à l'autre (voir annexe 5). Ainsi, alors que la proportion de dépenses de transports d'ambulance est au niveau national d'environ 43%, cette part varie de 30% ou moins (Bretagne, Centre, Bourgogne, Auvergne) à plus de 60% (Ile-de-France), ces répartitions apparaissant relativement stables dans le temps. Par ailleurs la part des taxis dans le transports assis professionnalisé (TAP) s'étage de 15% (donnée 2005, Nord-Pas-de-Calais) à plus de 68% (PACA, Corse). La progression des dépenses de taxi sur la période 2005-2007, qui mène à une augmentation de la part de marché des taxis dans toutes les régions, conduit également à un resserrement des écarts entre les régions, la région Nord-Pas-de-Calais restant néanmoins relativement atypique.

Les deux tiers des dépenses de transports sont aujourd'hui prescrites par des professionnels des établissements de santé. Et la moitié des dépenses (51%) proviennent des établissements de type MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Cette répartition est la même quel que soit le mode de transport prescrit. En revanche les prescripteurs en établissement semblent contribuer davantage à la croissance des dépenses que la part qu'ils représentent dans les dépenses (ils contribuent à 70% à la croissance alors qu'ils ne représentent que 62% des dépenses, données CNAMTS 2008 - 2009)¹².

L'ensemble des évolutions ici présentées est impacté par les revalorisations tarifaires négociées dans le cadre conventionnel (pour ce qui est des tarifs ambulances et VSL) ou par la progression des tarifs préfectoraux en ce qui concerne les taxis¹³. Ainsi des revalorisations sont intervenues pour les transporteurs sanitaires au 1^{er} août 2005 (+4%), au 1^{er} août 2006 (+2%), au 15 septembre 2008 (+3,9%) et au 1^{er} juin 2009 (+3,3% environ). Seules les évolutions 2008 (ambulances et VSL) sont peu affectées par ces revalorisations. En 2009, on peut estimer que les hausses tarifaires ont un impact sur les évolutions d'environ 3,9 points de pourcentage¹⁴. La progression des dépenses 2010 devrait également être dynamisée, mais dans une moindre mesure, par les revalorisations de tarifs opérées 2009 et prévues en 2010 (juillet)¹⁵. Pour ce qui est des taxis, les tarifs des courses progressent de 2,5 à 3% chaque année, les évolutions générales étant fixées par le ministre de l'économie. Les revalorisations se sont ainsi élevées à 3,1% en mars 2008, 3,2% en janvier 2009. Elle n'a été néanmoins que de 1,2% en janvier 2010.

La hausse des dépenses de taxis en 2009 subit peut-être par ailleurs un effet modérateur sur les données en valeur du fait de la mise en œuvre des conventions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹⁶ (LFSS) entre les organismes de sécurité sociale

¹² Source CNAMTS.

¹³ Pour une présentation des modes de tarifications des transports sanitaires ou des taxis, voir annexe 4.

¹⁴ Source : note de conjoncture de la CNAMTS de mars 2010.

¹⁵ Cette hausse de tarifs pourrait ne pas avoir lieu, l'avenant conventionnel (n°5) évoquant cette revalorisation ne la rend néanmoins pas automatique.

¹⁶ Article L.322-5 du code de la sécurité sociale.

et les entreprises de taxi et qui prévoient une remise, avec un niveau minimum dans certains cas et pouvant atteindre jusqu'à 15%, par rapport aux tarifs fixés par les préfets. Ces conventions ont été normalement signées au niveau de chaque département au plus tard en début d'année 2009.

Pour compléter l'analyse, le tableau ci-après présente l'évolution de la consommation de transport de malades en valeur¹⁷ et en volume telle qu'elle ressort des comptes nationaux de la santé.

Évolution de la consommation de transports de malades

| Evolutions (en %) | 1995-2000 | 2000-2005 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-------------------|-----------|-----------|------|------|------|------|
| Valeur | 5,0 | 8,4 | 7,0 | 9,2 | 5,2 | 4,5 |
| Prix | 1,8 | 1,9 | 1,9 | 3,2 | 1,3 | 1,0 |
| Volume | 3,1 | 6,3 | 4,9 | 5,8 | 3,9 | 3,5 |

Source : Comptes nationaux de la santé 2007 et 2008.

2.1.2. Des facteurs de progression importants

Le ralentissement observé des dépenses de transports reste modeste et le dynamisme de ces dépenses demeure significativement supérieur à celui des autres formes de dépenses de santé (à l'exception des indemnités journalières).

De nombreux facteurs concourent à l'augmentation de ce type de dépenses. Sur les 3,3 millions de personnes affiliées au régime général (soit 7% des affiliés) qui ont bénéficié d'une prise en charge d'au moins un transport en 2008, 61% (2 millions) étaient des patients en ALD. Si on regarde la composition actuelle des dépenses de transports sanitaires, 82% des dépenses de transport concernent des patients en ALD¹⁸ (si on prend l'ensemble des dépenses de soins de ville la proportion des dépenses correspondant à des patients en ALD est en revanche de l'ordre de 58 %). Or, la progression globale des dépenses de soins de ville des patients en ALD est beaucoup plus importante que celle des patients « non - ALD ». Ainsi, d'après la commission des comptes de la sécurité sociale, la progression des dépenses ALD a été en moyenne sur la période 2003 - 2007 de 9,4% contre 1,9% pour les dépenses non ALD. Cet écart de progression s'explique pour une bonne part par la seule croissance de l'effectif des personnes en ALD d'après une étude de la CNAMTS sur la période 1994 - 2004¹⁹. D'après la CNAMTS, la croissance des effectifs des assurés en ALD résulte du vieillissement de la population pour ¼ et de l'augmentation de la prévalence des maladies ALD à tous âges pour ¾²⁰.

En matière de transport 5 ALD représentent l'essentiel des dépenses : le cancer (35% des dépenses de transport remboursées en 2006), le diabète (15%), la dialyse (11%), les affections psychiatriques (15%) et l'hypertension artérielle (HTA) (10%). Cela s'explique par les modalités de traitement actuel de ces pathologies qui nécessitent dans de nombreux cas des déplacements répétés, voire réguliers pour la réalisation de soins (dans les conditions reconnues par le référentiel de prescription de transport). Ainsi, 29% des patients en ALD cancer bénéficient de remboursement de transports. Cette proportion est de 17% pour l'ALD diabète, 23% pour les affections psychiatriques, 20% pour l'ALD HTA et même de 44% pour les dialysés (voir annexe 7). Il se trouve par ailleurs que ces mêmes ALD correspondent en grande

¹⁷ Quel que soit le financeur (sécurité social, mais également assurances et mutuelles, ménages et Etat) et y compris départements d'outre-mer, données en date de soin. Ces données n'intègrent pas, comme les données précédentes, les dépenses de transports directement prises en charges par les établissements de santé qui sont comptabilisées, dans les comptes de la santé, au sein des dépenses de soins hospitaliers.

¹⁸ Dépenses 2009, source CNAMTS.

¹⁹ Point de repère n°3, CNAMTS - octobre 2006.

²⁰ Source : rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, juillet 2007.

partie aux affections de longue durée qui connaissent les progressions les plus importantes de leur population sur les années récentes.

La pression démographique devrait se poursuivre au cours des prochaines années avec un impact sur les dépenses de transports sanitaires compte-tenu de la poursuite du vieillissement de la population (les patients de plus de 60 ans représentent aujourd'hui 56% de l'ensemble des montants remboursés) et de la croissance attendue du taux de patients en ALD qui pourrait passer de 14% en 2006 à 18,7% en 2015 voir à plus de 25% en 2025²¹.

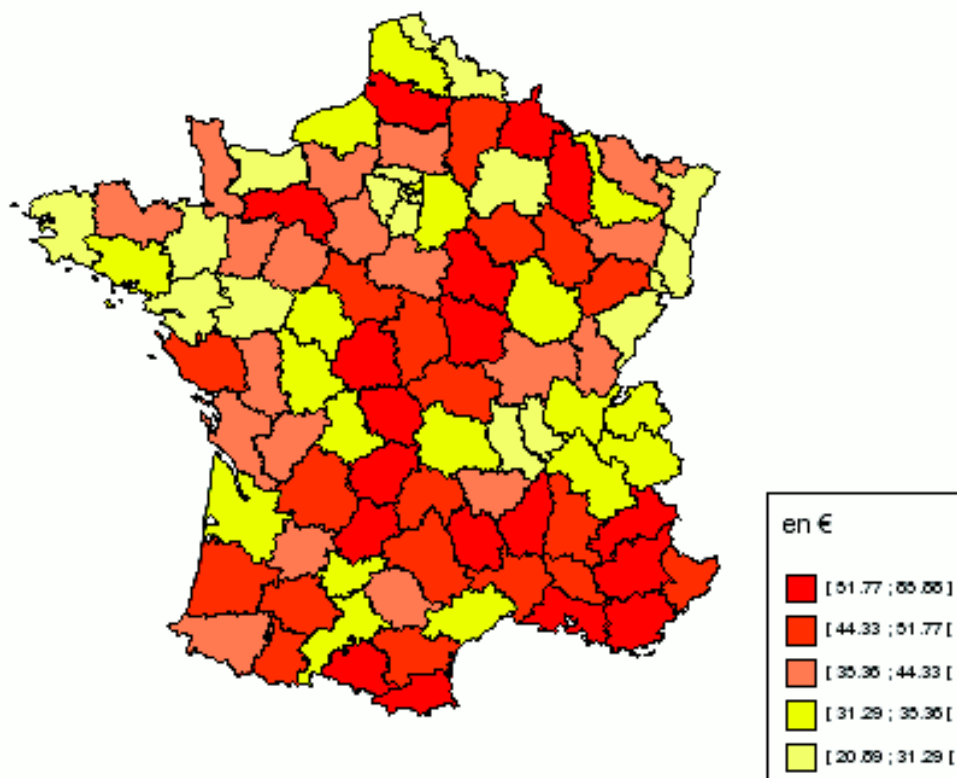
D'autres facteurs jouent également dans le même sens : les restructurations hospitalières concentrant les actes techniques les plus lourds sur un nombre plus restreint de plateaux techniques ou la progression des hospitalisations de jours (par rapport aux hospitalisations complètes). Une étude de la DREES à l'horizon 2030²² montre que le vieillissement ne conduit pas nécessairement à une augmentation des taux globaux d'hospitalisation, en revanche la part des séjours effectués en ambulatoire (séjour de moins de 24 heures) pourrait passer de 35 % aujourd'hui à plus de 55%, ce qui correspond à un doublement d'ici 2030 des venues en ambulatoire à l'hôpital. Une telle déformation de la structure des hospitalisations risque ainsi d'être associée à une augmentation importante des demandes transports sanitaires.

Enfin, il semble important d'évoquer la grande hétérogénéité du recours aux transports sanitaires sur le territoire. On note en effet un taux de recours aux transports sanitaires très différencié sur le territoire sans que cela ne puisse être relié de manière claire à des besoins de santé différents ni à des facteurs géographiques explicatifs (éloignements en zone rurale...). Appréhender un taux de recours n'est pas simple. Nous l'approchons ici par les dépenses de transports sanitaires par habitant (cf. graphique).

²¹ Source : rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, juillet 2007.

²² Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, dossiers solidarité et santé, n°4, 2008.

Dépenses remboursées de transports sanitaires par habitant



Dans les facteurs de hausse, on peut enfin citer, les effets potentiels des deux référentiels concernant notamment les urgences pré-hospitalières et qui ont été publiés au journal officiel en avril et mai 2009²³. Les entreprises de transports sanitaires craignent que le référentiel quadripartite conduise à une exclusion des ambulanciers de l'activité d'urgence pré-hospitalière au profit des sapeurs-pompiers. Les deux référentiels devraient cependant contribuer à mieux organiser la réponse sur l'ensemble des territoires. Les expérimentations qui ont lieu dans certains départements et qui ont aidé à bâtir le référentiel ambulancier ont montré qu'une bonne organisation permettant une réponse assurée des ambulanciers aux besoins des SAMU et une bonne compréhension entre partenaires peut permettre de réduire les carences ambulancières de manière significative. On peut donc penser que l'application des référentiels sur l'ensemble des territoires, et notamment la mise en place de coordonateurs ambulanciers, sera un facteur de croissance de l'activité des transporteurs sanitaires avec une réduction concomitante des carences ambulancières et qui nécessitent aujourd'hui la mobilisation des moyens des SDIS. Ainsi, selon le rapport IGAS - IGA « Secours à personne » de juin 2006, le ratio « nombre de carences pour 10 000 habitants » qui se situent en moyenne nationale autour de 19,52 1005, « connaît une dispersion très importante puisque 18 départements ont un ratio supérieur à 30 et 23 départements inférieurs à 10 ».

On note que les dépenses par habitant selon les départements sont dans un rapport de un à quatre. Même si nous essayons de rapprocher ces données de la proportion de personnes en

²³ Référentiel commun d'organisation du secours à personne et de la médicale urgente du 25 juin 2008 élaboré par le comité quadripartite associant les représentants des structures de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours, la DDSC et la DHOS. Référentiel commun d'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière élaborée par le comité des transports sanitaires associant les représentants des structures de médecine d'urgence, des transporteurs sanitaires et des établissements de santé, la DHOS et la CNAMTS.

ALD, cela ne permet pas d'expliquer la dispersion constatée. Le rapport Dumont-Mallet²⁴ expliquait ces écarts par des effets d'offres (nombre d'ambulances et de VSL) sans que cela ne puisse tout expliquer. Une explication peut également provenir de facteurs comportementaux des populations avec, dans certaines régions, une utilisation plus importante de moyens personnels ou des transports en commun sans recherche de prise en charge de ces transports par l'assurance-maladie. Il y a donc un risque avec le temps d'une homogénéisation des taux de recours, à la hausse, avec un impact dans des proportions difficiles à appréhender sur les dépenses de transports sanitaires.

Par ailleurs, comme les tableaux sur la progression des dépenses l'illustrent bien, nous assistons à un transfert dans le domaine du transport sanitaire assis des transports effectués en VSL au profit de déplacements en taxis. Cette évolution correspond à la poursuite de la montée en charge des taxis qui n'ont accès à ce secteur que depuis 1997 mais est, pour une part, également liée à une tarification défavorable aux véhicules sanitaires légers conduisant à une perte de rentabilité de ce secteur. Il existe d'ailleurs sur le territoire un certain nombre d'entreprises qui disposent à la fois de véhicules sanitaires légers et de taxis et qui peuvent de ce fait optimiser la réponse aux demandes transports (utilisation de taxi ou de VSL en fonction de la meilleure rentabilité sur le trajet demandé). Cette montée en charge des taxis peut conduire à un renchérissement des coûts des transports (par un « choix » par les professionnels du mode de transport le plus rentable en fonction des caractéristiques du trajet).

Il existe néanmoins également quelques facteurs potentiellement modérateurs de la dépense. Ainsi des efforts sont faits par l'assurance-maladie pour mieux expliciter le référentiel de prescription des transports aux médecins (par le biais de visites). Il s'agit de s'assurer que les prescriptions de transport sont médicalement justifiées et que les moyens les moins coûteux sont bien recherchés comme la législation l'y oblige²⁵. La LFSS 2010 a aussi introduit un mécanisme de responsabilisation des établissements de santé pour essayer de modérer les prescriptions de transports remboursées sur l'enveloppe de ville (contractualisation avec l'ARS en cas de progression trop importante des prescriptions, versement à l'établissement d'une partie des économies constatées mais en cas d'échec, paiement par l'établissement d'une fraction du coût des dépenses de transport prescrites²⁶). Ces différentes actions ne devraient cependant pas modifier les tendances de fond exposées ci-dessus.

2.2. Une offre de transport sanitaire potentiellement fragilisée

Jusqu'à présent, nous avons parlé de manière large du transport de patients pris en charge par l'assurance-maladie, qu'il soit effectué à l'aide de véhicules personnels, en transport en commun, en taxi ou à l'aide de véhicules spécialement adaptés (VSL ou ambulances). Nous nous intéressons dans cette partie au secteur des transporteurs sanitaires privés pour évoquer notamment leur situation économique.

2.2.1. La démographie des entreprises de transport sanitaire

On comptait en 2008 un peu plus de 5000 entreprises privées de transport sanitaire terrestre²⁷. Cela représente environ 28 000 véhicules (54% VSL et 46% ambulances). La répartition des véhicules sur le territoire est très disparate. Le caractère urbain ou rural des territoires ne suffit pas à expliquer les densités observées. Les régions dans lesquelles ont observé les densités

²⁴ Rapport sur les transports sanitaires, Gérard Dumont et Jean-Claude Mallet, conseillers généraux des établissements de santé, avril 2008.

²⁵ Article L322-5 du code de la sécurité sociale.

²⁶ Article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale.

²⁷ Source INSEE, démographie des entreprises et des établissements.

les plus élevées sont l'Auvergne, Poitou-Charentes. A l'inverse les régions qui ont l'offre la moins importante sont l'Île-de-France, l'Alsace et Rhône-Alpes.

| REGION | POPULATION | AMBULANCES | V.S.L. | V.S.A.V. |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | Pour 100 000 habitants | Pour 100 000 habitants | Pour 100 000 habitants |
| ALSACE | 1 763 600 | 13.7 | 17.1 | 7.1 |
| AQUITAINE | 2 968 900 | 21.1 | 28.6 | 12.5 |
| AUVERGNE | 1 335 400 | 28.8 | 33.1 | 17.2 |
| BOURGOGNE | 1 663 500 | 20.7 | 30.6 | 11.9 |
| BRETAGNE | 3 001 500 | 18.2 | 25 | 10.5 |
| CENTRE | 2 491 100 | 21 | 33.4 | 12.8 |
| CHAMPAGNE ARDENNES | 1 369 500 | 19 | 31.2 | 11.7 |
| CORSE | 262 000 | 26 | 22.1 | 10.3 |
| FRANCHE COMTE | 1 142 000 | 18 | 25.6 | 14.6 |
| ILE-DE-FRANCE | 11 120 000 | 15.9 | 10.3 | |
| LANGUEDOC ROUSSILLON | 2 167 000 | 25.4 | 29.5 | 15.5 |
| LIMOUSIN | 954 300 | 20 | 29.7 | 12.9 |
| LORRAINE | 2 374 300 | 18 | 27.3 | 10.2 |
| MIDI PYRENEES | 2 449 700 | 25.6 | 32.8 | 14 |
| BASSE-NORMANDIE | 1 449 800 | 21.6 | 31.6 | 12.9 |
| HAUTE-NORMANDIE | 1 801 000 | 18 | 27.2 | 8.3 |
| NORD PAS-DE-CALAIS | 4 100 000 | 14.9 | 22.3 | 6.4 |
| PICARDIE | 1 892 800 | 23.4 | 36.6 | 11.9 |
| PAYS DE LA LOIRE | 3 322 000 | 21.2 | 31.4 | 12 |
| POITOU-CHARENTE | 1 666 000 | 28.6 | 46.4 | 12.2 |
| PROVENCE ALPES-COTE D'AZUR | 4 581 600 | 23 | 16 | |
| RHONE-ALPES | 5 721 700 | 16.7 | 17.7 | 13 |
| TOTAL METROPOLE | 60 000 000 | 19.3 | 23 | |

Source : rapport Dumont-Mallet

La grande majorité des entreprises exploitent à la fois des ambulances et des VSL néanmoins 15% d'entre elles ne comportent que des ambulances et 10% ont à la fois des ambulances, des VSL et des taxis²⁸.

Le nombre annuel de création d'entreprises est de l'ordre de 300 et semble être en progression²⁹. Selon un document récent de la CNAMTS le nombre d'entreprises de transport sanitaire semble avoir fortement progressé en 2009 avec un recensement d'environ 5800 entreprises. Le nombre de défaillance est relativement stable, voire en légère baisse. Le taux de survie des entreprises au-delà des 5 premières années est d'ailleurs relativement bon (86,2% contre 51,9% en moyenne tous secteurs confondus)³⁰.

²⁸ Chiffres 2007, sources CNAMTS.

²⁹ D'après une autre source néanmoins le nombre de création aurait diminué entre 2005 et 2007 (Cofacering).

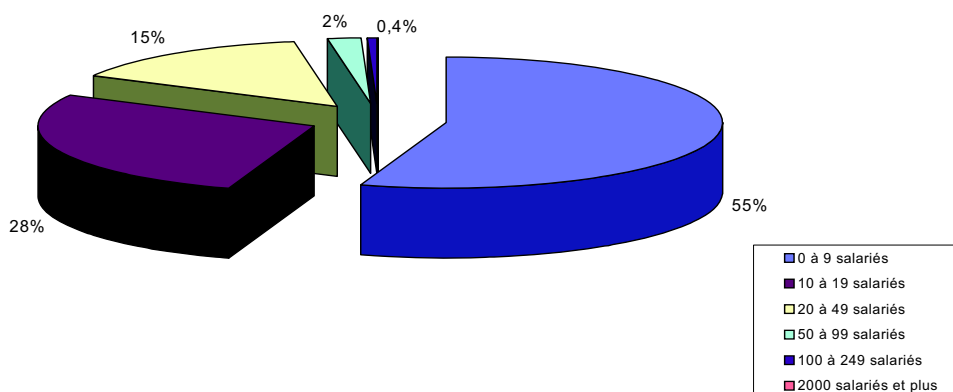
³⁰ Source INSEE, taux de survie à 5 ans pour la génération 2002.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|
| Créations d'entreprises ³¹ | 175 | 213 | 275 | 320 |
| Défaillances | | 58 | 46 | 51 |

Source : INSEE, Démographie des entreprises et des établissements et défaillances d'entreprises

Les établissements du secteur sont en majorité des très petites entreprises (moins de 10 salariés. Moins de 2,5% d'entre elles ont plus de 50 salariés. Ces données reflètent le fort émiettement des entreprises de transport sanitaire mais également les seuils « sociaux » (taxe d'apprentissage pour les entreprises de plus de 10 salariés, constitution d'un comité d'entreprises au-delà de 50...) qui peuvent conduire les responsables d'entreprises à multiplier le nombre d'entreprises qu'ils gèrent plutôt que de faire « grossir » une seule entité. Le chiffre d'affaires moyen des entreprises de transport sanitaire ressort ainsi autour de 360 000 €³².

Répartition des entreprises en fonction de leur nombre de salariés



Source : CNAMTS, ACOSS 2006

2.2.2. L'état de santé des entreprises du secteur

Les données qui vont être présentées dans cette partie sont issues d'une étude de KPMG sur un échantillon représentatif de 100 entreprises issues d'un panel de près de 2900 sociétés³³.

Le secteur a connu une progression de son activité (chiffre d'affaires) de 3% entre 2006 et 2007 et de 5,6% entre 2007 et 2008. La croissance a été encore plus importante pour les sociétés de moins de 10 salariés (plus 13% sur 2 ans). Néanmoins la rentabilité³⁴ semble se réduire de manière significative passant de 5,1% en 2006 à 3,7% en 2008. Cette baisse affecte cependant

³¹ Jusqu'en 2006, le nombre de créations correspond aux créations pures. Depuis 2007, la notion de création d'entreprise s'appuie sur un concept harmonisé au niveau européen pour faciliter les comparaisons : les créations d'entreprise correspondent soit :

- à la création de nouveaux moyens de production,
- l'entrepreneur reprend une activité après une interruption de plus d'un an,
- aux reprises par une entreprise nouvelle de tout ou partie des activités et moyens de production d'une autre entreprise lorsqu'il n'y a pas continuité de l'entreprise reprise.

³² Source INSEE

³³ 2863 sociétés représentant un chiffre d'affaire de 2,2 milliards d'euros en 2008.

³⁴ Résultat d'exploitation sur chiffre d'affaire.

davantage les entreprises de plus de 10 salariés avec une perte de profitabilité de près de 2 points alors qu'elle est de moins de 1 point pour les entreprises de moins de 10 salariés.

Evolution de la profitabilité

| En % | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------------------|------|------|------|
| Ensemble de l'échantillon | 5,06 | 4,39 | 3,71 |
| Sociétés <= 10 salariés | 6,87 | 6,11 | 5,92 |
| Sociétés de 10 à moins de 30 salariés | 3,31 | 2,84 | 0,97 |
| Sociétés de plus de 30 salariés | 3,16 | 2,42 | 1,53 |

Source : KPMG

Ces évolutions reflètent l'augmentation de la part des charges dans le chiffre d'affaire. Les charges de personnel passent notamment de 55,3% en 2006 à 56,1% en 2008. Ce poids semble davantage progresser que l'entreprise est de taille importante. Pour les sociétés de moins de 10 salariés ce ratio est néanmoins stable. Il n'y a pas a priori d'explications simples à apporter à ces hausses. Les impacts de l'arrêt Dellas, concernant le travail de nuit et le régime d'équivalence en matière de temps de travail mis en place suite à la réforme des 35 heures, et les accords salariaux qui s'en sont suivis devraient surtout se faire sentir en 2009 et au cours des années suivantes (voir encadré). La loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (TEPA) d'octobre 2007 a en revanche constitué un élément modérateur des coûts salariaux pour les entreprises ayant recours à des heures supplémentaires. Il est néanmoins difficile de mesurer son impact réel sur les entreprises de transport sanitaire.

Impacts arrêt Dellas

L'arrêt Dellas a remis en cause le système d'équivalence de temps de travail qui prévalait à la suite de la mise en place des 35h00. Le coefficient d'équivalence était défini dans la convention collective des transporteurs à partir du nombre de permanences assurées par diplômés et par entreprises dans le cadre de la garde ambulancière.

| Nombres de permanences par an | 41 et plus | 40 à 33 | 32 à 22 | 21 à 11 | Moins de 11 |
|---------------------------------------------|------------|---------|---------|---------|-------------|
| Coefficient du décompte du temps de travail | 75% | 80% | 83% | 85% | 90% |

Ainsi une entreprise dont les ambulanciers faisaient plus de 41 périodes de garde au cours de l'année pouvait appliquer un coefficient de 75% sur le temps de travail effectif pour le calcul de la rémunération et des heures supplémentaires. Par ailleurs la convention prévoyait un temps moyen hebdomadaire de travail pouvant aller jusqu'à 50 heures alors que le maximum autorisé au niveau européen était de 48 heures. Enfin l'arrêt Dellas a remis en cause l'absence de statut de travailleur de nuit dans la convention.

L'avenant n° 3 du 16 janvier 2008 à l'accord du 4 mai 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail publié par arrêté du 21 novembre 2008 et étendu par arrêté du 9 janvier 2009 remédie, a priori, à la non conformité de la réglementation française au droit européen pointée par l'arrêt Dellas. Ainsi la convention collective limite désormais le nombre maximal moyen d'heures de travail hebdomadaires à 48h00. Elle intègre la notion de travail de nuit et les éléments qui en découlent (repos compensateur...) et modifie le régime d'équivalence. Le coefficient du décompte du temps de travail est uniformisé à 90% pour

toutes les entreprises en quatre ans. Pour les périodes de permanences il passe, dès la mise en place de l'accord, à 75% pour toutes les entreprises³⁵. Le contingent d'heures supplémentaires est augmenté parallèlement à ces modifications.

Ces évolutions conventionnelles ont un impact important sur le coût du travail dans le secteur. Compte tenu de la date de publication de l'extension à l'ensemble des employeurs et salariés de l'avenant (janvier 2009), les impacts devraient intervenir de 2009 à 2012.

Selon les estimations produites par la CNAMTS ou les transporteurs, l'impact moyen, en termes de coûts salariaux, est de l'ordre de 10 à 15% du chiffre d'affaire. L'estimation est de fait rendue délicate par le fait que nous ne connaissons pas précisément la part des entreprises qui pouvaient appliquer réellement un coefficient de 75% avant les évolutions conventionnelles. L'assurance maladie a essayé de déterminer cette part à partir des permanences et personnels déclarés par les transporteurs. Entreprise par entreprise l'impact peut néanmoins s'avérer fort différent en fonction du coefficient d'équivalence appliqué aux salariés de l'entreprise antérieurement à l'application de l'avenant n°3, l'impact peut ainsi aller de plus de 19% avec un coefficient initial de 75% (pour les entreprises qui effectuaient beaucoup de garde) à environ 5% pour les entreprises avec un coefficient de 90% (celles qui effectuaient peu de garde).

Cet impact intègre les évolutions salariales qui ont été négociées parallèlement pour les 4 prochaines années. Il n'intègre pas en revanche les effets de la loi Tepas qui, si les transporteurs ont un recours important aux heures supplémentaires pour faire face à l'évolution du coefficient d'équivalence, modèrent l'impact global sur les coûts salariaux de 1 à 2 % (toujours par rapport au chiffre d'affaires).

Un facteur de hausse des charges est également lié aux évolutions du prix du pétrole et des carburants, notamment au cours des années passées. Ainsi, le prix des carburants a progressé de 13% en 2008 après +4% en 2007 et + 16% en 2006³⁶ (cf. graphique infra). En trois ans, la progression du coût de l'énergie a ainsi augmenté la part des carburants dans le chiffre d'affaire des transporteurs sanitaires de l'ordre de 2 points³⁷ ce qui correspond à une augmentation des charges liées aux transports équivalente (toutes autres choses égales par ailleurs). En 2009 cependant, la forte baisse du prix du pétrole a gommé cette hausse de près des deux-tiers.

La baisse de la rentabilité évoquée ci-dessus se traduit également par une baisse de la rentabilité économique des entreprises³⁸. Cette baisse touche toutes les catégories de taille d'entreprises. Ainsi, malgré des données concernant les défaillances d'entreprises plutôt rassurantes, la santé des entreprises de transport sanitaire semble se fragiliser. Sans que nous ayons pu l'objectiver, il semble que pour faire face aux difficultés économiques rencontrées, certaines entreprises de transport sanitaire ont procédé à la vente d'agréments ce qui a pu leur permettre une certaine recapitalisation des sociétés.

Evolution de la rentabilité économique

| En % | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|
| Ensemble de l'échantillon | 14,17 | 12,04 | 10,47 |
| Sociétés <= 10 salariés | 18,43 | 15,54 | 15,45 |
| Sociétés de 10 à moins de 30 salariés | 9,10 | 7,98 | 3,57 |
| Sociétés de plus de 30 salariés | 10,49 | 7,48 | 5,19 |

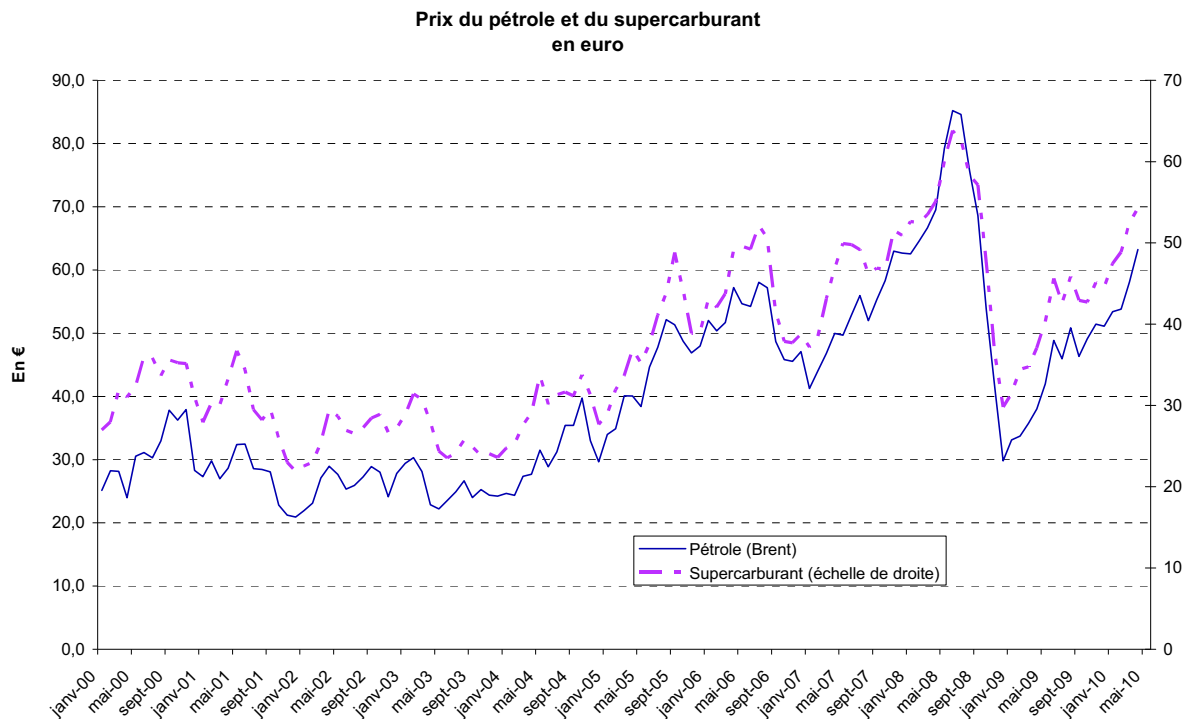
Source : KPMG

³⁵ Une entreprise qui rémunérait ses salariés avec un coefficient d'équivalence supérieur à 75% pendant les périodes de permanence doit cependant continuer à le faire, les salariés ne pouvant perdre en rémunération par l'application de l'avenant.

³⁶ Progression mesurée par l'évolution du prix moyen sur l'année par rapport à l'année antérieure.

³⁷ Compte-tenu d'un poids des carburants dans le chiffre d'affaire des transporteurs sanitaires de l'ordre de 6%.

³⁸ La rentabilité économique est ici mesurée par le résultat d'exploitation après impôts rapporté aux capitaux investis.



Source : INSEE (brent) et DIREM (supercarburant : prix moyen sur le territoire national du super sans plomb 95)

2.2.3. Une professionnalisation accrue

Il est aussi important d'évoquer une autre tendance du secteur, qui n'est pas économique mais néanmoins peut avoir des conséquences économiques importantes. Il s'agit d'une augmentation depuis quelques années des exigences de formation des ambulanciers et du niveau de qualité des services proposés par ces derniers.

Ainsi, en matière de formation, est créé en 2006³⁹, pour une application en janvier 2007, le diplôme d'Etat d'ambulancier en remplacement du certificat de capacité d'ambulancier qui était jusqu'alors exigé pour au moins un des membres d'un équipage d'ambulance. Avec la création de ce nouveau titre, la formation exigée est ainsi passée de 335 heures⁴⁰ à 630 heures⁴¹ d'enseignement théorique et clinique. Parallèlement, pour les conducteurs de VSL et l'équipier de l'ambulancier, est mise en place une formation d'auxiliaire ambulancier de 70 heures. Celle-ci est a priori exigée à compter de janvier 2010 pour les nouveaux entrants dans ces métiers. On peut penser que cette augmentation des qualifications va permettre d'améliorer le service rendu par les transporteurs sanitaires mais ceci constitue aussi un facteur important de hausse potentielle des coûts salariaux. Cela risque en effet de conduire à des revendications de revalorisations salariales pour tenir compte de l'élévation des compétences.

Au-delà des aspects formations qui ont vocation à hausser fortement les compétences des transporteurs sanitaires, ces derniers sont incités à développer des démarches qualités. Ainsi les accords conventionnels entre les transporteurs sanitaires et l'assurance-maladie promeuvent depuis 2003, via des contrats de bonne pratique, des procédures de certification de

³⁹ Arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier et modifié par un arrêté du 16 octobre 2006.

⁴⁰ 160 heures théoriques et 5 semaines de stage.

⁴¹ 455 heures théoriques et 5 semaines de stage.

services et de certification ISO 9001 : 2000. Des forfaits ont été versés aux entreprises qui se sont engagées dans ces démarches. Néanmoins, à la date d'aujourd'hui toutes les incitations ont été stoppées.

Certification de service et certification ISO dans le transport sanitaire

La **certification de services** repose sur le respect, par les entreprises volontaires, de référentiels qui définissent des engagements dans divers domaines en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux assurés sociaux. Les domaines retenus dans la convention nationale de transport sanitaire de 2003 sont notamment le respect des règles en matière de santé publique et de sécurité sociale, l'information des assurés sur les règles de prise en charge, l'accueil physique et téléphonique, les véhicules et l'équipement (respect des la réglementation, propreté, désinfection...), l'information des patients et leur manipulation, les procédures de facturation, la formation des ambulanciers, des enquêtes de satisfaction auprès des usagers et la télétransmission aux assurés sociaux. Deux référentiels ont été validés au niveau national à ce jour : le référentiel de l'organisme certificateur « SGS ICS » validé par la Commission Nationale de concertation le 7 octobre 2003 (la marque de certification de services de l'organisme est QUALICERT) et le référentiel de l'organisme certificateur « AFAQ », validé par Commission Nationale de concertation le 16 juin 2005.

Les entreprises de transport sanitaire qui se sont engagées dans une procédure de certification de service ont pu bénéficier jusqu'à fin juin 2006 d'un forfait annuel pendant trois ans d'au moins 400 € (et jusqu'à 600 € pour celles qui se sont engagées avant fin juin 2004).

La **certification ISO 9001 : 2000** garantit l'organisation de l'entreprise dans le cadre d'une certification de « système » de management de la qualité selon la norme internationale ISO 9001 : 2000. Les engagements sont définis dans le système de qualité interne de l'entreprise. Les entreprises de transport sanitaire qui se sont engagées dans une procédure de certification ISO 9001 : 2000 ont pu bénéficier entre 2006 et fin janvier 2007 d'un forfait annuel de 600 € pendant trois ans. Ce forfait était de 500 € pour un engagement en 2007 (et versé pendant deux ans) et de 400 € pour un an si l'engagement a été pris en 2008.

L'ensemble des contrats de bonne pratique ont coûté 43 000 € à l'assurance-maladie en 2008. Le nombre d'entreprises engagées dans ce type de démarche et ayant conclu un contrat de bonne pratique reste donc extrêmement limité (de l'ordre de 100 contrats France entière).

2.3. Une régulation du secteur encore à développer

2.3.1. La situation courante

Comme très souvent dans le secteur de la santé, on constate à la fois une progression relativement forte des dépenses et des acteurs sur le terrain qui, pour une part importante d'entre eux, considèrent que leur activité est mal rémunérée et que les conditions globales d'activité ne leur permettent pas d'accomplir dans de bonnes conditions leur métier.

L'organisation actuelle de la régulation des transports de patients découple presque complètement les modalités de rémunération (négociation des tarifs conventionnelle au niveau national) de l'expression de la demande (majoritairement via les prescripteurs hospitaliers). Les conditions de réalisation des transports relèvent, quant à elles, de textes réglementaires et donc de l'Etat. La qualité des prestations est par ailleurs perçue essentiellement à nouveau par les prescripteurs (qui souhaitent voir un malade être transporté) et par les patients, les acteurs de

la régulation (assurance-maladie, Etat, ARS désormais) ayant aujourd'hui très peu d'éléments pour apprécier la qualité des prestations rendues.

Les systèmes d'informations à la disposition de l'assurance-maladie sur les transports sont en effet aujourd'hui encore relativement pauvres et essentiellement déconcentrés dans chaque CPAM. Ces systèmes sont alimentés quasi-exclusivement par les demandes de remboursement des transporteurs essentiellement sous forme papier et ne permettent pas à ce jour de disposer facilement sous forme dématérialisée des principales caractéristiques de chacun des transports effectués (kilométrage, horaires...) même si des efforts sont aujourd'hui faits en ce sens (ainsi 156 entreprises - soit environ 1200 véhicules - expérimentent aujourd'hui avec l'assurance-maladie une dématérialisation des données de facturation opérée en partie par utilisation de la géolocalisation des véhicules). L'Etat ne dispose de son côté d'aucun système d'information permettant de faire des analyses sur ce secteur. Cette situation réduit fortement la capacité de pilotage du système par l'Etat et l'assurance et désormais par les ARS au niveau régional. La politique de gestion du risque demeure également à ce stade relativement sommaire. Ainsi peu de vérifications sont effectuées au fil de l'eau sur les demandes de prise en charge par les ambulanciers car tous les documents ou presque, pour plus de 55 millions d'actes de transport en 2009, sont sous forme papier. Il faut ici rappeler qu'un acte de transport ne se définit qu'avec un nombre important de paramètres (entreprise, véhicule, ambulanciers, date, horaires, durée, lieu de départ et d'arrivée, kilométrage, prescripteur, patient...). Par ailleurs la grande majorité, voire la totalité, des ententes préalables sont de fait acceptées car les CPAM n'ont pas les moyens de les traiter.

Des contrôles sont néanmoins opérés dans le cadre de la politique de lutte contre la fraude. Deux types d'actions sont essentiellement conduites par l'assurance-maladie. D'une part une action vers les prescripteurs atypiques, d'autre part une action vers les entreprises de transport qui ont une activité atypique. Les analyses consistent alors à rapprocher les factures des prescriptions, et également examiner si la prescription est en cohérence avec l'état du patient au regard de la connaissance que l'assurance-maladie a du patient. Il y a par ailleurs des opérations coups de poing, avec la police notamment, qui consistent à aller regarder la régularité de toute la chaîne de transport à la sortie d'un établissement de santé (la régularité des prescriptions, le fait que les assurés soient assurés, la régularité des véhicules utilisés, le diplôme des ambulanciers...).

Ces actions restent limitées et les entreprises œuvrant dans le domaine du transport de patients, et notamment les entreprises de transport sanitaire, souffrent d'une mauvaise image, souvent associée à des phénomènes de fraude, de prestations de qualité très inégale, voire de prestations non médicalement justifiées.

2.3.2. Une volonté affichée de maîtrise des prescriptions et des conditions de prise en charge

La limitation de la progression des dépenses de transport de patients, compte-tenu de leur dynamisme, fait aujourd'hui partie des objectifs affichés par l'assurance-maladie et l'Etat. Néanmoins, les outils aujourd'hui pour assurer cette maîtrise, restent relativement sommaires ou en devenir.

2.3.2.1. Un travail engagé avec les prescripteurs mais à intensifier

Des sensibilisations des prescripteurs sont engagées désormais depuis plusieurs années. Ainsi, les avenants n°12 (3 mars 2006) et n°23 (29 mars 2007) de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins inscrivent les transports sanitaires parmi les thèmes de maîtrise médicalisée. L'avenant n°12 insiste sur le besoin de développer une régulation

médicalisée des dépenses de transport en adaptant le mode de transport prescrit à l'état de santé du malade et à son degré d'autonomie matérialisé par le référentiel médical de prescription publié au journal officiel du 30 décembre 2006. Cet avenant donne également comme objectif une croissance des dépenses de transport limitée à 3% en 2006 et le maintien des dépenses de 2007 au niveau des dépenses 2006. L'avenant n°23 fixe un nouvel objectif de baisse de 5% des prescriptions de transport par rapport à la tendance 2008 ce qui correspond, selon le texte conventionnel, à une croissance des dépenses de 2 %.

Dans le même temps, des actions de sensibilisation sont conduites par les CPAM vers les médecins libéraux et médecins hospitaliers concernant les règles de prescription inscrites dans le référentiel de prescription. Ces actions prennent la forme de visites des délégués de l'Assurance Maladie, de lettres d'information, etc. De plus, les caisses locales ont la possibilité de mettre sous accord préalable du service du contrôle les prescriptions de transport d'un médecin qui prescrirait beaucoup plus que les autres médecins de la région ou du « territoire »⁴² ou qui prescrirait proportionnellement beaucoup plus de prises en charge en ambulance.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a par ailleurs introduit un nouvel outil de maîtrise des prescriptions faites au sein des établissements de santé en remplacement d'une autre approche jamais mise en œuvre (responsabilisation des établissements de santé en leur donnant la gestion d'un budget transport y compris pour les transports aujourd'hui pris en charge directement par l'assurance-maladie). Ainsi, pour les établissements dont les prescriptions des médecins occasionnent des progressions de dépenses trop importantes, la loi prévoit que l'ARS peut conclure un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins⁴³ qui soit incitatif à la réduction de l'évolution des dépenses (contreparties financières à l'atteinte ou non aux objectifs fixés). Les dispositions réglementaires et opérationnelles pour mettre en œuvre la LFSS 2010 sur ce sujet n'ont pas encore été prises.

L'utilisation de l'ensemble de ces outils doit être poursuivie ou effectivement se mettre en place pour ce qui est des contrats avec les établissements dans le cadre notamment d'un volet transport de patients des programmes de gestion du risque qui doivent se mettre en place dans chaque région⁴⁴. Néanmoins il importe d'objectiver davantage les objectifs de progression de dépenses qui sont pris pour l'application de la LFSS 2010 ou dans les avenants conventionnels avec les médecins notamment. Ces derniers font ainsi référence à des progressions en valeur alors qu'une part de la progression est liée à des revalorisations tarifaires sur lesquelles les prescripteurs n'ont aucune action possible. D'autre part, inscrire un objectif ambitieux ne peut avoir une efficacité que si celui-ci est compréhensible par tous, atteignable et partagé par toute la communauté. Or, les connaissances sur les déterminants dynamiques des dépenses de transports sont assez limitées. Il est ainsi difficile d'objectiver le fait qu'aujourd'hui les prescriptions faites seraient au-delà de ce que permet le référentiel de prescription ou que la progression des besoins de transports serait très faible pour justifier une progression des prescriptions également très faible. A partir de là, l'inscription d'un objectif national de progression de dépenses de transports dans un avenant conventionnel ou tel que désormais prévu suite à la LFSS 2010⁴⁵ n'est pas nécessairement suffisant pour modifier significativement le comportement individuel des prescripteurs.

En revanche, les écarts entre prescripteurs peuvent se révéler importants. Sans nécessairement aller jusqu'à la mise sous accord préalable, des actions d'information sur le niveau de prescription permettant aux médecins de se comparer objectivement aux autres

⁴² Dans l'article du code de la sécurité sociale qui définit cette possibilité (article L. 162-1-15), il est précisément fait référence aux médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance-maladie.

⁴³ Ces contrats sont prévus à l'article L.1435-4 du code de la santé publique institué par l'article 118 de la loi HPST.

⁴⁴ Article L. 1434-14 du code de la santé publique institué par la loi HPST.

⁴⁵ Article L.322-5-5 du code de la sécurité sociale.

médecins de la région pourraient être étudiées et avoir une certaine efficacité. Par ailleurs, les écarts de dépenses de transports entre départements apparaissent aujourd'hui très importants sans que cela puisse être justifié par des considérations géographiques (départements ruraux versus départements urbains par exemple) ou par des éléments médicaux (nombres d'ALD...). Le rapport Dumont – Mallet évoquait ainsi des écarts de consommation par habitant allant de 1 à 2,5. Les auteurs du rapport les imputaient à des différences de taux d'équipement en véhicules (VSL et ambulances). La résorption, même partielle, de ces écarts pourrait néanmoins être tentée par une action conjuguée des régions sur l'offre (véhicules autorisés) et la demande (via les prescripteurs). Celle-ci pourrait être initiée par la fixation par le niveau national d'objectifs aux ARS d'évolution des dépenses dans le but d'avoir des taux de recours entre régions et départements plus homogènes (en considérant peut-être a priori que la référence sont les régions au taux de recours les moins importants). Ceci va au-delà de ce qui est prévu par la LFSS 2010 (article 45). La contractualisation prévue au niveau de cette loi vise en effet uniquement les établissements dont la dynamique de prescriptions de transports est importante. Les efforts par région pourraient ainsi être négociés en tenant compte d'éléments d'environnement et de morbidité. Ils devraient également être mis en regard des restructurations de l'offre de soins opérées dans la région, ces dernières pouvant avoir des impacts variables sur les transports : à la hausse via par exemple le recours accru à l'hospitalisation de jour ou les coopérations inter-hospitalières avec un partage des activités, à la baisse via par exemple la relocalisation de certains services de soins de suite et de réadaptation en proximités d'établissements de court séjour ou des bassins de population. Cette approche permettrait de rentrer dans un processus d'objectivation des besoins de transports sanitaires au niveau de chaque région.

La contractualisation au niveau national avec les régions pourrait se doubler d'un partage de bonnes pratiques entre régions et de la recherche d'évaluation des actions qui apparaissent comme les plus efficaces au niveau d'une région ou d'un département. La capacité des régions à s'engager dans une telle approche suppose néanmoins de disposer de données suffisamment tracées et individualisées par prescripteur et établissement, intégrant notamment les distances parcourues, les moyens utilisés (véhicules personnels, transports en commun, VSL, VSL en transport partagé, taxis, ambulances...). Il s'agit en effet non seulement de maîtriser les volumes de prescriptions mais également de s'assurer que les moyens les moins onéreux sont prescrits et pris en charge⁴⁶.

2.3.2.2. Des conditions de prises en charge qui ont été précisées en 2006 mais d'application certainement encore assez variable

Avant fin 2006, les règles de prise en charge se limitaient à des conditions médico-administratives (transports liés à une hospitalisation complète, à une ALD, transport nécessitant le recours à une ambulance...). Néanmoins rien ne donnait plus de précision sur le moyen de transport pris en charge. Il était laissé le soin au prescripteur de choisir entre l'ambulance, le transport assis professionnalisé (VSL ou taxi) ou la prise en charge des frais associés à l'utilisation du véhicule personnel ou des transports en commun. La seule chose qui était indiquée était qu'il fallait recourir « au moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade ». En 2006 un référentiel de prescription des transports opposable est élaboré et publié⁴⁷. Celui-ci donne des précisions sur les cas de recours à une ambulance mais également les conditions restrictives d'utilisation d'un transport assis professionnalisé (TAP). Le recours au TAP est ainsi limité aux personnes présentant une déficience ou incapacité physique ou intellectuelle nécessitant l'aide d'une tierce personne, soit pour se déplacer, soit pour informer l'équipe soignante. Il est aussi permis en cas d'effet secondaire possible pendant le transport.

⁴⁶ Articles L.162-2-1 et L.322-5 du code de la sécurité sociale.

⁴⁷ Arrêté du 23 décembre 2006.

Comme cela a déjà été indiqué, les prises en charge de transports sanitaires sont très hétérogènes entre régions et départements. Les données disponibles sont cependant relativement anciennes (2005). Elles ne permettent notamment pas de mesurer les impacts éventuels de la mise en place du référentiel fin 2006. Néanmoins, il ne semble pas, compte-tenu des échos de la profession, que le référentiel ait modifié fortement les comportements et ait réduit drastiquement les prescriptions de transports. Les données nationales de progression des dépenses de transports sanitaires ne montrent pas non plus cela. Les écarts de recours entre régions peuvent être analysés de deux manières assez différentes. On peut considérer d'une part que la relative jeunesse du référentiel n'a pas encore permis une pleine application de celui-ci et une homogénéisation des recours aux ambulances et au TAP. Une autre lecture est que ces écarts reflètent, malgré le référentiel, une possibilité importante de recours au transport sanitaire, compte-tenu des règles de prise en charge en vigueur. Les écarts régionaux pourraient alors être dus à un taux de recours inférieur aux droits pour certains départements. Les patients, par une meilleure connaissance du système, pourraient, dans ce cas, bénéficier de transports remboursés de manière beaucoup plus importante.

Il semble d'ailleurs que l'assurance-maladie et les pouvoirs publics soient aujourd'hui assez mal à l'aise dans leur communication pour ne pas faire trop de publicité sur les possibilités de prise en charge des frais de transport afin d'éviter une explosion de la dépense sans que cela par ailleurs améliore réellement l'état de santé de la population. Après plus de trois années d'existence, il apparaît ainsi nécessaire d'évaluer le respect par les médecins du référentiel pour avoir une meilleure idée de la situation. Le formulaire de prescription, même s'il rappelle les éléments du référentiel, n'assure en effet pas du respect de celui-ci. Il n'est en particulier pas demandé aux professionnels de justifier le mode de transport prescrit (existence d'une incapacité, risque d'effets secondaires pendant le trajet... pour le TAP par exemple).

Selon le résultat de cette évaluation, la maîtrise des dépenses de transport ne s'opère pas de la même manière. Si le respect du référentiel est encore dans une phase d'apprentissage, les actions déjà conduites auprès des prescripteurs et évoquées précédemment ont tout leur sens. Cependant, si le référentiel apparaît désormais globalement respecté dans toutes les régions et départements, l'acceptabilité de la dépense passe peut-être par un travail de révision du référentiel pour s'assurer qu'il correspond pleinement à ce que la collectivité souhaite prendre en charge. Ce sujet n'est pas le cœur de la réflexion qui nous a été demandé sur le modèle économique des transports sanitaires et nous ne nous permettons pas d'émettre d'avis sur le référentiel de prescription, qui est de fait relativement récent. De plus, une expérience médicale est nécessaire pour être en mesure d'émettre un jugement sur sa rédaction. Mais il doit y avoir un accord social complet sur les prestations prises en charge pour pouvoir ensuite trouver avec les professionnels les voies d'une correcte rémunération des services rendus ou à rendre.

Après trois ans de mise en œuvre du référentiel, ce peut-être l'occasion de le reprendre pour s'assurer que l'ensemble des motifs de prise en charge sont justifiés et qu'ils sont suffisamment précis. Voici quelques réflexions personnelles (non exhaustives), sous formes de questions sur la réglementation actuelle qui concernent ainsi les conditions de prise en charge :

- Pourquoi l'ensemble des remboursements ne se font pas a priori sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soin prescrite appropriée la plus proche ? Ainsi les transports liés aux hospitalisations échappent à cette règle.
- Tous les transports doivent-ils être pris en charge à 65% ou 100% ? Une réflexion pourrait être conduite pour déterminer si certains transports ne devraient pas être pris en charge à un taux plus réduit (refus du transport partagé, transports liée à une hospitalisation vers une structure de soin qui n'est pas la plus proche...). De même, en Alsace-Moselle, pourquoi le taux de prise en charge est-il de 100%, soit un taux de remboursement supérieur aux taux de remboursement des honoraires médicaux ou des médicaments à vignette blanche (90%) ?

- Alors que dans une logique de maîtrise, il est important de ne pas désinciter à l'utilisation des transports en commun ou d'un véhicule personnel par rapport au recours à un TAP, même si normalement les conditions de prescription sont différentes, on peut s'interroger sur le non remboursement actuel des frais de parking, notamment lorsque les moyens de transport en commun ne permettent pas un accès aisé aux établissements, d'autant que les parkings sont de plus en plus souvent payants au sein des établissements de santé ?

Une fois le référentiel stabilisé, l'équité de traitement entre patients plaiderait d'autre part pour une information plus large de la population sur ses droits.

D'autre part, il serait souhaitable que l'assurance-maladie puisse indiquer quelle est sa réelle capacité à gérer, sur le champ de la prise en charge des transports, les ententes préalables qui concernent essentiellement les transports de plus de 150 km et les transports en série. La règle est l'acceptation tacite au bout de quinze jours. Dans ce cadre d'ailleurs, il serait intéressant de savoir, pour les trajets de plus de 150 km, la proportion de ceux qui sont pris en charge sur la base de la distance parcourue et non sur la base de la distance la plus courte lorsque ces deux distances diffèrent. Cette même question peut aussi être posée pour les trajets plus courts, la règle étant normalement, hors hospitalisation, un remboursement sur la base de la distance la plus courte. La dématérialisation des facturations des transporteurs et des demandes de remboursement apparaît à nouveau essentielle pour permettre une action plus efficace de l'assurance-maladie.

Proposition : Evaluer (par enquête ?) le respect du référentiel de prescription et le retoucher si nécessaire de manière largement concertée avec l'ensemble des acteurs pour assurer sa pleine acceptabilité et compréhension par tous. Il s'agit également d'ouvrir une discussion sur ce qui relève de l'assurance de base et des assurances complémentaires.

3. Les pistes pour une rénovation du modèle économique du transport sanitaire terrestre ?

La progression des besoins et des dépenses de transport en lien avec le soin apparaît comme inéluctable. Le volume de dépenses remboursées va représenter une masse financière de plus en plus importante et concerner un nombre toujours plus grand de patients. Il est donc important d'ajuster le système relatif au transport de patients et de travailler sur le comportement des acteurs (patients, professionnels de santé, transporteurs) sans attendre que le problème devienne insurmontable. Travailler sur le modèle économique du transport sanitaire terrestre et aboutir à un système qui trouve son équilibre à la fois en matière de niveau de dépenses et à une juste rémunération des prestations accomplies par les transporteurs sanitaires suppose néanmoins qu'au préalable les prestations que la collectivité est prête à prendre à sa charge soient bien définies. Cela implique aussi qu'une fois ces conditions précisées, les dépenses effectivement prises en charge se limitent bien à ce qui a été défini. A la lumière de ce qui a été présenté dans la partie précédente, ces deux points ne semblent pas acquis.

Il en résulte aujourd'hui un besoin fort de s'assurer que l'ensemble des prestations fournies sont légitimes et méritent effectivement d'être prises en charge. Il apparaît aussi primordial de garantir une qualité de prestation homogène pour le patient et répondant aux besoins des prescripteurs. Ces axes d'efforts doivent pour partie permettre de rendre plus acceptable les dépenses effectuées et leur évolution en matière de transport sanitaire. Enfin, il convient, comme pour les autres domaines du soin, de tendre à d'avantage d'efficacité dans les prestations de transports. Il s'agit par ce biais de limiter au mieux les hausses des dépenses. L'ensemble de ces adaptations doivent pouvoir être réalisées désormais dans un délai assez

bref avant que la pression financière, liée à la situation globale des finances publiques ne devienne trop forte et conduise à restreindre trop fortement les tarifs quelque soit l'adaptation du système. Un enjeu enfin, dans le contexte de ressources financières très limitées, est de réussir à dégager des marges pour financer une amélioration des services rendus au profit en particulier des populations qui n'ont peut-être pas aujourd'hui des prestations à la hauteur de leurs besoins (personnes handicapées devant accéder aux soins notamment).

Les enjeux sont aussi de permettre aux transporteurs sanitaires privés, à travers des modes de rémunération des prestations et d'organisation, de développer leur activité dans de bonnes conditions de concurrence et répondant aux besoins des patients de manière efficiente en assurant un bon niveau et une bonne qualité de service. Il s'agit enfin que le système soit en mesure de s'adapter aux évolutions des besoins et de prendre au mieux en compte les innovations.

Les propositions que nous allons présenter dans cette partie ont donc vocation, dans la mesure du possible, à répondre à ces différents enjeux. Nous allons successivement nous intéresser à l'activité réalisée dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière et à l'amélioration de l'efficacité des transports non urgents. Nous aborderons ensuite le transport assis professionnalisé dont la redéfinition semble nécessaire. Une dernière partie est consacrée au secteur médico-social dans lequel les transporteurs sanitaires pourraient développer une partie de leur activité.

3.1. Une évolution indispensable du modèle économique sur les urgences pré-hospitalières

Parmi les activités des ambulanciers, l'urgence pré-hospitalière occupe une place particulière. Bien qu'elle ne représente guère plus de 10% de leur activité, elle est un élément constitutif relativement fondamental du métier. Outre la motivation que les équipages peuvent trouver dans ce type d'activité, la participation à la pré-urgence hospitalière permet aux ambulanciers d'acquérir une expérience auprès des équipes hospitalières d'urgence très formatrice pour l'ensemble de leur activité.

L'organisation actuelle et les modalités de financement de cette activité peuvent conduire à de nombreux dysfonctionnements, des surcoûts importants et une activité des transporteurs sanitaire relativement réduite dans ce domaine.

Le référentiel « SAMU-Transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière » et publié au bulletin officiel santé de juin 2009 rappelle l'indispensable rôle des transporteurs sanitaires et doit permettre d'améliorer la réponse des transporteurs au regard des besoins par la mise en place notamment d'un coordonateur ambulancier et d'une totale traçabilité de la demande et de l'activité.

Néanmoins un certain nombre de facteurs économiques peuvent s'avérer bloquant voir induire une réponse inadaptée au besoin. Ainsi, l'organisation des gardes par tranches de 12 heures et leur mode de financement (346 € par véhicules et abattement de 60% sur le tarif conventionnel pour chaque sortie) présente un certain nombre de défauts.

3.1.1. Un système de garde ambulancière peu efficient

Le forfait attribué ne couvre les frais de mobilisation d'un équipage sur 12 heures qu'à condition que plus de deux à trois sorties soient opérées au cours de la garde⁴⁸. Or, on constate que le

⁴⁸ Chiffres tirés d'une étude KPMG de juin 2009 « Etude comparative du coût des prestations de transport sanitaire couché entre les SDIS et les transporteurs sanitaires privés ».

nombre moyen de sorties des ambulances au cours d'une garde est, selon les secteurs, compris entre moins de 0,5 et 2, la moyenne nationale étant autour de 0,8⁴⁹. Sur ces bases, les entreprises peuvent se retrouver financièrement perdantes lorsqu'elles participent à la garde départemental. Le problème est exacerbé si les secteurs de garde sont mal calibrés ou correspondent à des zones de très faible activité pendant les périodes de garde, du moins pendant la nuit profonde (entre 1 heure et 4 heures du matin par exemple). De ce fait, même si les entreprises sont inscrites sur le tableau de garde, elles peuvent avoir intérêt à ne pas répondre aux besoins de la garde, soit en n'ayant pas d'équipage réellement disponible, soit en effectuant des sorties payées plein tarif en dehors du dispositif de garde, ce qui est normalement proscrit. Les entreprises peuvent aussi également participer correctement à la réponse au cours de la première partie de la nuit alors qu'il y a encore de l'activité et être beaucoup moins présentes dans les heures de nuit profonde.

Le problème des gardes peut être augmenté par un recours accentué, voire trop accentué, aux moyens des SDIS par les SAMU-centre 15 du fait d'une application trop « stricte » du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008. En effet ce dernier peut donner l'impression que le SDIS doit être systématiquement sollicité au détriment des transporteurs sanitaires dans le cas de personnes en détresse quelque soit la localisation des intervenants possibles, sapeurs pompiers ou transporteurs sanitaires, et même si le temps d'intervention des sapeurs pompiers est beaucoup plus important. Ce recours accentué aux moyens des SDIS peut aussi résulter d'une certaine lassitude des SAMU-centre 15 face à des ambulanciers répondant insuffisamment aux demandes d'intervention. Dans ce cas, il arrive même parfois que soit comptée comme une carence une intervention de sapeurs pompiers alors que les ambulanciers n'ont pas été sollicités mais considérés a priori comme non répondant par le SAMU-Centre 15.

L'ensemble des moyens consacrés au financement des transports sanitaires dans le cadre de la pré-urgence hospitalière (hors SMUR non évoqués ici) est cependant déjà relativement important : indemnités de garde, transports pendant la garde, transports hors période de garde dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière, paiement des carences ambulancières via les budgets hospitaliers⁵⁰ (missions d'intérêt général). Certaines de ces sommes, indemnités de gardes et carences ambulancières, correspondent pour partie à un double paiement de la même prestation. Les financements doivent donc être repensés. L'objectif est d'une part de ne pas payer d'indemnités de garde pour un service de garde non fait ou non utile et d'autre part de réduire en parallèle les carences ambulancières. En effet, une fois l'indemnité de garde versée, le coût pour l'assurance-maladie d'une carence est en général très supérieur au coût d'une sortie de transporteur sanitaire. Dans l'absolu, le coût pour les pouvoirs publics d'une intervention d'un SDIS (entre 500 et 1000 €) est globalement en moyenne supérieure à celle d'un ambulancier (y compris coût de l'indemnité de garde), il est donc important de réserver l'intervention des SDIS aux seuls cas nécessaires.

Montants remboursés dans le cadre de la garde

| En M € | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Indemnités forfaitaires de garde | 116,7 | 143,2 | 148,0 | 145,5 |
| Transports pendant la garde | 20,7 | 23,9 | 12,2 | 26,3 |

Source : CNAMTS, SNIIRAM (données tous régimes en date de remboursement)

⁴⁹ Source : rapport Dumont-Mallet sur les transports sanitaires.

⁵⁰ A raison d'environ 90 000 carences par an (chiffre 2005 selon le rapport « Secours à personne » de l'IGAS - juin 2006), le coût annuel pour l'assurance maladie est d'environ 9,5 M €. Ceci ne couvre pas l'ensemble des coûts pour les sapeurs-pompiers, la prestation pompier étant rémunérée par les établissements au « coût marginal ».

3.1.2. Définir finement les secteurs et périodes de gardes

Plusieurs pistes doivent être explorées concomitamment. Il s'agit tout d'abord de permettre d'adapter l'organisation au sein d'une période de garde en fonction de l'activité. Il n'apparaît ainsi pas adéquat que l'organisation soit la même à toutes les heures : elle doit s'ajuster aux besoins, à l'activité. Il s'agit ensuite de repenser les secteurs de garde en tenant compte notamment de ce qui vient d'être dit. Le critère de proximité reste bien sûr un critère de premier ordre. Mais, il est important de réévaluer la pertinence des secteurs de garde en fonction de l'activité, par tranches horaires des périodes de garde. Le nombre de véhicules mobilisés pourrait ainsi être différent entre 20h00 et le début de la nuit et la nuit profonde.

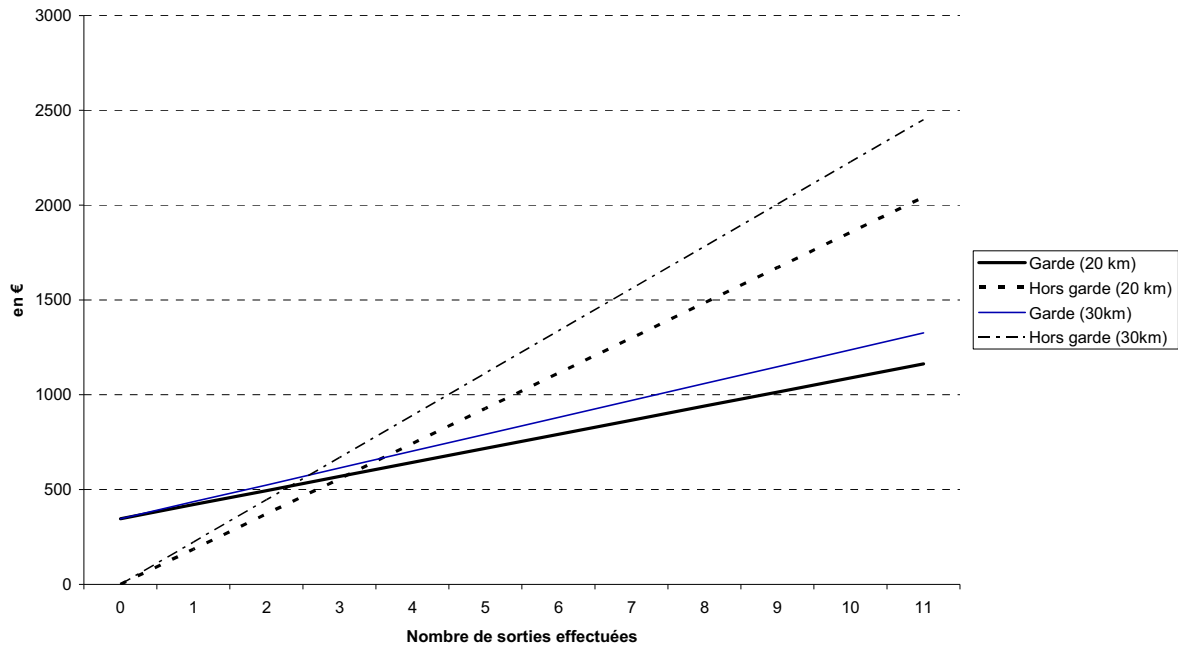
Il importe également, dans la construction des secteurs de garde, de bien tenir compte de l'ensemble des moyens d'intervention qui peuvent être mobilisés. A priori les transporteurs sanitaires doivent pouvoir apporter une réponse efficiente dans de très nombreux secteurs. Mais il peut s'avérer que des moyens sapeurs pompiers soient par nécessité très présents et que, par ailleurs, l'activité de transport sanitaire d'urgence pouvant être prise en charge par les transporteurs sanitaires soit très faible. Il peut dans ce cas être contre-productif de mettre en place une garde ambulancière qui ne serait que très occasionnellement sollicitée, une contractualisation des SAMU avec le SDIS peut-être dans certains cas, ou sur certains horaires, constituer la meilleure solution. Ces différentes solutions doivent être analysées localement. La constitution des ARS devrait permettre un pilotage régional de la réflexion et de la révision des secteurs de garde. Cela pourrait avoir plusieurs avantages : repenser certains secteurs en tenant mieux compte de l'offre de proximité pour les zones à cheval sur plusieurs départements, mutualiser les méthodes d'analyse et les compétences en matière de connaissance du secteur des transports sanitaires, regarder parfois avec « un œil neuf » des situations qui ont pu se figer avec le temps.

3.1.3. Revoir le modèle de financement de la garde ambulancière

La définition des secteurs de garde pourrait aussi être facilitée par une plus grande souplesse donnée aux régions pour définir le niveau des indemnités de garde. Aujourd'hui le système est très simple mais également très rigide : une indemnité identique pour tous les secteurs par tranche de 12 heures. En premier lieu, cette indemnité pourrait être modulée pour mieux tenir compte des zones de très faible activité. Celle-ci étant aujourd'hui de fait calée pour être rentable à plus de deux à trois sorties par nuit (en moyenne), si le besoin d'une garde est confirmé malgré une activité en moyenne réduite, une indemnité plus importante doit pouvoir être accordée aux transporteurs qui effectuent ces gardes. En organisant les gardes par tranches horaires, il peut néanmoins apparaître que l'augmentation de l'indemnité de garde pour certaines zones est nécessaire uniquement sur certaines tranches horaires.

Par ailleurs le mode de rémunération des transports pendant les gardes n'est pas satisfaisant. Aujourd'hui, au-delà de l'indemnité de garde déjà évoquée, un transport est payé à hauteur de 40% de ce qu'il le serait hors système de garde. Cela permet de ne pas payer deux fois les transporteurs pour les premiers transports effectués compte tenu de l'indemnité de garde. Néanmoins, si un nombre important de transports sont effectués (par exemple entre 5 et 10), la rémunération proposée risque à nouveau de ne pas couvrir les frais des transporteurs, l'indemnité ayant finalement servi à couvrir les frais des seuls premiers transports. Il apparaît ainsi paradoxal que l'activité d'urgence, qui nécessite peut-être le plus de technicité et d'exigence pour les transporteurs soit in fine possiblement moins bien rémunérée, soit parce que très peu de sorties sont opérées soit à l'inverse parce qu'il y a beaucoup d'activité. Dans ce dernier cas, il est préférable pour les transporteurs d'intervenir hors système de garde. Pour illustrer cela le graphique présenté ci-dessous montre l'écart de rémunération des ambulanciers en fonction du nombre de courses effectuées selon que l'on se situe en garde ou hors garde.

Rémunération des transports sanitaires en garde (nuit)



Ce constat conduit à proposer de revoir ce système. L'existence d'une indemnité de garde, pour les périodes où une disponibilité certaine des ambulanciers s'avère nécessaire pour assurer une réponse satisfaisante des transporteurs sanitaires (essentiellement au cours de la nuit, week-end et jours fériés), n'est pas remise en cause. En revanche la combinaison indemnité, rémunération des transports pourrait être revue. Tout d'abord, l'indemnité pourrait être ajustée localement pour permettre de couvrir complètement l'ensemble des frais occasionnés par la participation à la garde même si aucune sortie n'est effectuée (frais de personnels y compris la formation spécifique liée à l'activité d'urgence, amortissement des véhicules, locaux pour les personnels, ...).

Pour les frais variables en fonction des sorties (carburant, usure des véhicules, consommables comme l'oxygène...), deux solutions peuvent être envisagées : soit l'indemnité de garde les inclut pour un nombre forfaitaire de sorties, soit une indemnité kilométrique est versée pour chaque sortie. Cette indemnité devrait être très inférieure au financement actuel des sorties en période de garde. Inclure ab initio un nombre de sorties dans l'indemnité de garde permet de simplifier la facturation. Celui-ci devrait néanmoins demeurer relative faible (1 à 3) compte tenu des statistiques très faibles d'activité par période de garde et par secteur dont nous disposons sur les départements. Proposer une indemnité kilométrique permet de rémunérer au plus juste le service. Le choix entre les deux systèmes pourrait être laissé à l'appréciation des régions et des territoires. Si l'indemnité forfaitaire couvre un nombre donné de sorties (moyennes des sorties observées sur le secteur par exemple) Il n'y a alors plus besoin de rémunérer au-delà les sorties pendant les périodes de garde.

Un tel système permet d'ajuster les prix des prestations aux coûts réels et peut même être incitatif, en fonction des niveaux indemnitaires retenus, et ainsi attractif pour les entreprises pour participer à l'urgence pré-hospitalière. Cependant, les entreprises peuvent toujours avoir intérêt à ne pas avoir un taux de réponse correspondant à la demande bien qu'en position de garde si d'une part l'indemnité n'est pas suffisamment attractive et la rémunération hors système de garde apparaît plus favorable et si, d'autre part, aucune contrepartie n'est exigée des entreprises qui, de leur fait, ne répondent pas aux demandes de transport. Ainsi, comme

cela est prévu dans le référentiel SAMU-transporteurs sanitaires déjà cité concernant l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière, les entreprises devraient au minimum financer les indisponibilités ambulancières qui leur sont directement imputables (défaillance véhicule ou équipage). Si ce seul financement ne suffit pas à assurer une réponse suffisante des ambulanciers en période de garde, on pourrait aller jusqu'à prévoir des pénalités plus importantes (correspondant, par exemple, à 1,5 fois à deux fois le prix d'un transport sanitaire). Les approches ici proposées doivent par ailleurs permettre aisément de prendre en compte dans le cadre de la garde les sorties dites « blanches », c'est-à-dire les sorties sollicitées par le SAMU-Centre 15 et qui ne sont pas suivies, pour des raisons variées, d'un transport effectif de patient. Ces sorties devraient en effet pouvoir bénéficier des indemnités kilométriques ci-dessus évoquées.

Pour les périodes où le nombre de véhicules sur un territoire qui peuvent être sollicités pour effectuer des prestations de transport d'urgence apparaît suffisant (la journée essentiellement), il n'est pas nécessaire de mettre en place un système de garde. Les modalités de rémunération actuelles, à la course (avec néanmoins un forfait « urgence » qui doit permettre de couvrir le coût de la technicité particulière de ces sorties, la promptitude exigée de la réponse et éventuellement le coût de la coordination entre transporteurs pour assurer cette réponse), peuvent être conservées. Néanmoins, la mise en application du référentiel « SAMU-Transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière », déjà évoqué, apparaît essentielle pour organiser la réponse des transporteurs volontaires pour participer à ce service d'urgence. Il s'agit notamment de mettre en place, un système de coordination de la réponse des transporteurs sanitaires privés (le coordinateur ambulancier). Mais il s'agit également de responsabiliser les transporteurs et, comme évoqué ci-dessus, de pénaliser financièrement les transporteurs qui s'engagent mais qui ne répondent pas au besoin de leur fait (paiement par les transporteurs des carences ambulancière dont on peut leur imputer la responsabilité). La mise en application du référentiel doit également conduire une dématérialisation et une traçabilité des demandes du SAMU-centre 15. Cela doit permettre à l'ARS et à l'assurance –maladie d'avoir une meilleure connaissance des transports facturés. Dans ce contexte, la mission recommande que puisse être rémunérées, contrairement aux règles de prise en charge actuelles, les sorties ambulancières non suivies de transport de patients à partir du moment où la sortie est sollicitée à bon escient par le centre de régulation (SAMU-centre 15).

3.1.4. Une enveloppe globale à la disposition des ARS

La mise en place d'un tel système, où de nombreux paramètres, notamment financiers, (définition des secteurs, des niveaux d'indemnisation..) sont laissés en partie à l'appréciation des acteurs locaux (des références nationales doivent cependant être proposées), suppose une bonne capacité de régulation de la part de l'ARS. Il est donc important que celle-ci puisse être responsabilisée mais également dispose des différents leviers financiers. Il apparaît ainsi souhaitable qu'une enveloppe unique soit constituée comprenant à la fois les indemnités de garde, le paiement des carences ambulancières voire les indemnités kilométriques. Compte-tenu du niveau élevé des carences ambulancières à ce jour, une telle enveloppe devrait a priori permettre, région par région, de mettre en place un système qui s'autofinancerait par rapport aux sommes aujourd'hui dépensées. En revanche, il importe désormais que les efforts produits par les acteurs aboutissant à une amélioration de l'organisation et une meilleure réponse des ambulanciers et permettant de réduire les carences ambulancières ne conduisent pas de facto à une réduction à due concurrence de l'enveloppe à la disposition des régions comme le mécanisme actuel des missions d'intérêt générale (MIG) le prévoit. En effet, à l'heure actuelle, les carences ambulancières, même si ce sont les établissements qui les prennent en charge, sont de fait financées à 100% par le niveau national via les MIG, les enveloppes étant ajustées années après années au niveau des carences constatées.

Dans cet esprit, il serait souhaitable dès à présent, au moment de début de mise en œuvre du référentiel SAMU-transporteurs sanitaires, qu'il soit assuré aux régions que les économies réalisées sur les carences hospitalières ne seront pas intégralement, voire pas du tout reprises dans le cadre des prochaines campagnes tarifaires concernant les MIG. Une telle assurance pourrait permettre aux régions, lorsque cela s'avère nécessaire, d'aider dès à présent au financement des coordinateurs ambulanciers prévus par le référentiel et des investissements associés.

Néanmoins, il importe en parallèle de consolider les systèmes d'information sur la garde ambulancière pour disposer, au niveau régional puis au niveau national, d'une assurance sur l'efficacité des choix opérés au niveau régional et territorial pour l'organisation et le financement de la période de garde.

Proposition : Revoir le mode de financement des transports dans le cadre des urgences pré-hospitalières pour permettre une bonne application des référentiels publiés en 2009 sur le sujet.

- Revoir les modalités d'indemnisation des périodes de garde pour mieux couvrir les coûts et mieux ajuster la rémunération des transporteurs à l'activité réalisée. Les niveaux d'indemnisation pourraient être fixés localement après un cadrage national ;
- Sur cette nouvelle base financière, les secteurs et heures de garde pourraient être globalement revus sous le pilotage de chaque ARS,
- Les transporteurs doivent être pénalisés en cas de non réponse de leur fait à des demandes du SAMU-centre 15 ;
- La mise en place d'une traçabilité de l'activité comme prévue par le référentiel devrait permettre de rémunérer les « sorties blanches » demandées par le centre de régulation ;
- Regrouper les enveloppes dédiées au financement des gardes ambulancières, des carences ambulancières, voire le financement des transports d'urgence au sein d'une enveloppe unique fermée de la responsabilité de l'ARS ;
- Dès à présent intéresser financièrement les régions et établissements de santé à la réduction des carences (ce qui revient à avoir un mécanisme sur les MIG plus incitatif).

3.2. Pour les transports non-urgents, un besoin de recherche d'efficacité collective et de rééquilibrage des tarifs

3.2.1. Un constat : un faible intérêt à agir des acteurs

L'activité des transporteurs sanitaires est en grande majorité constituée de transports hors urgence pré-hospitalière. Il s'agit à la fois des déplacements nécessitant une ambulance (transport allongé ou semi-assis ou besoin de surveillance...), des déplacements liés aux hospitalisations (entrées, sorties, transferts interhospitaliers), des consultations et examens pour des personnes ayant des soins de longue durée ou des transports en séries ou sur longue distance (plus de 150 km). Pour les VSL, les patients ont normalement besoin d'une assistance pour se déplacer, pour transmettre l'information à l'équipe soignante qui ne peut être apportée par un accompagnant ou parce qu'il y a un risque d'effets secondaires pendant le trajet. Les prestations sont prises en charge directement par les caisses d'assurance maladie (avec ou sans ticket modérateur selon les cas) dans une grande partie des situations à l'exception notamment des transferts interhospitaliers provisoires (le retour dans l'établissement de départ s'effectuant dans les quarante huit heures) ou des besoins de transports internes aux établissements lorsqu'ils ne sont pas réalisés par des moyens propres aux hôpitaux. Dans ces derniers cas, la responsabilité financière de ces transports incombe aux établissements de

santé sur leur budget⁵¹. Les transporteurs sanitaires peuvent aussi être sollicités par les établissements pour apporter des moyens humains (ambulanciers) ou matériels (ambulances) aux équipes SMUR.

Pour les transports à la charge directe de l'assurance maladie, les éléments de tarification relèvent, pour ce qui est des transports en ambulance et VSL, du fonctionnement conventionnel avec des négociations nationales des tarifs des prestations, la négociation des contrats de bonne pratique... Il n'est pas dans le propos de ce rapport de s'immiscer au sein des relations conventionnelles qui relèvent au niveau national de l'assurance-maladie et des fédérations de transporteurs sanitaires. Les coûts des transporteurs peuvent, quant à eux, être fortement influencés par des éléments organisationnels ou réglementaires sur lesquels l'assurance-maladie a peu, voire pas du tout, de prise. Dans la situation de déficits importants de l'assurance-maladie, cette dernière peut se trouver contrainte de limiter les progressions tarifaires en deçà de la progression des coûts (coûts salariaux, coût de l'énergie, des équipements...). Il y a donc un besoin grandissant à ce que les transporteurs et les pouvoirs publics œuvrent à améliorer l'organisation des transports pour les rendre plus performants (meilleure qualité de prise en charge pour les malades, meilleure sécurité, adaptation aux nouveaux besoins des patients...) mais également plus efficaces (moins coûteux à performance donnée).

Localement, tous les acteurs impliqués dans l'organisation des transports (patients, entreprises de transport, établissements de santé notamment) n'ont pas nécessairement d'intérêts particuliers à participer à cette recherche d'efficacité collective. Les établissements ne financent pas ces transports. Tant que la réponse des transporteurs est suffisante par rapport à leurs besoins pour ne pas les désorganiser trop, la situation courante peut les satisfaire. Les patients peuvent avoir un intérêt d'un service assuré au plus près de leur besoin (bonne qualité d'accueil et de prise en charge, respects des délais ...) mais ils ne participent que marginalement au paiement direct de ces transports (le taux de prise en charge moyen par l'assurance maladie est de 95%, avant même de prendre en compte la participation des assurances complémentaires) si bien que la qualité du service importe certainement plus que le coût de celui-ci. Par ailleurs, seuls 7% de la population assurée au régime générale ont bénéficié d'une prise en charge de transports en 2008. Le libre choix pour le patient de l'entreprise de transport est un facteur pouvant influencer favorablement, à tarif donné, la qualité de service (en choisissant les entreprises les plus performantes) cependant, sauf à avoir recours régulièrement à des entreprises de transport sanitaire, le patient n'exerce pas ce choix, lorsqu'il l'exerce, de manière nécessairement très éclairée.

Chaque entreprise est intéressée à l'optimisation, à environnement donné, de ses coûts. Mais, dans le même temps, la multiplicité des entreprises, et la diversité des besoins (urbain, rural, jour, nuit, courtes ou longues distances à parcourir... ambulance, VSL, taxi) peut conduire à une forte segmentation du marché et à des réponses très hétérogènes, les entreprises s'orientant en priorité vers les segments les plus rentables du marché. Ce comportement a pu être favorisé dans le passé car le financeur, l'assurance-maladie, est resté pendant longtemps sans moyens d'analyse fine des prestations remboursées et des coûts supportés par les transporteurs ce qui pouvait conduire dans le cadre des négociations conventionnelles à des tarifs avec des fondements économiques incertains. La substitution en cours des VSL vers les taxis au sein des transports assis professionnalisés (voir partie 2) peut ainsi s'expliquer par une tarification beaucoup plus défavorable au transport en VSL sur certains trajets (voir partie 3.3). Les entreprises optent ainsi à ne pas développer leur offre en VSL qui est reprise par une offre en taxi, certaines entreprises de transport sanitaire disposent d'ailleurs également en leur sein de taxis. On peut également estimer, sans que cela soit facilement mesurable, qu'une partie des transports sont effectués en ambulance alors que l'application stricte du référentiel devrait

⁵¹ Le financement des transferts interhospitaliers provisoires pour des établissements privés antérieurement sous objectif quantifié national (ex-OQN) est néanmoins à la charge directe de l'Assurance-maladie.

conduire à des prescriptions de VSL. Le manque de réponse de la part des transporteurs en moyens VSL, pour un motif de rentabilité insuffisante, conduit les praticiens à prescrire des trajets en ambulances plus largement qu'ils ne le devraient au regard du référentiel de transport sanitaire. Ce qui est important pour ces derniers est que le patient soit transporté et accompagné.

Cette présentation est néanmoins un peu caricaturale. L'assurance-maladie travaille depuis quelques années à fonder les tarifs, dans le cadre des négociations conventionnelles, sur des bases plus économiques. D'autre part, des initiatives locales ont permis d'expérimenter des organisations collectives ayant vocation à améliorer les réponses des transporteurs aux besoins des établissements et des patients⁵². Il n'est néanmoins pas certain que cela suffise à orienter les actions des uns et des autres vers plus d'efficacité. Une impulsion des pouvoirs publics (Etat au niveau national, ARS notamment) apparaît ainsi nécessaire. Le comité des transports sanitaires a travaillé dans cet objectif à partir du même constat.

3.2.2. Une relative non organisation des transports conduisant à des temps d'attentes importants

Les principaux sujets de préoccupation identifiés concernant les transports directement pris en charge par l'assurance-maladie (hors urgences pré-hospitalières) peuvent ainsi être résumés :

- Les délais d'attentes des patients mais également des transporteurs réduisent la qualité de service et augmentent considérablement le coût de la prestation de transport. Ces délais d'attente mobilisent personnels et véhicules sans aucune activité productive. Avec l'augmentation des remboursements de transports, l'assurance maladie ne peut pas se permettre de payer des prestations de transports à un tarif permettant globalement une sous-activité des ambulanciers. Il semblerait que cette sous-activité puisse être chiffrée à environ 50%. En supposant que l'on arrive à réduire cette sous-activité de moitié, et en supposant, pour la démonstration qu'aujourd'hui les tarifs soient bien ajustés aux coûts, ces derniers pourraient baisser de près de 25% !
- La réponse aux besoins des patients de la part des transporteurs sanitaires peut s'avérer insuffisante à certains horaires de la journée ou de la nuit. Lorsque la demande devient moins importante et peut-être moins certaine, des transporteurs ne proposent plus de solution de transport et ce, au détriment des patients et des établissements. Dans de tels cas, il peut d'ailleurs arriver qu'il soit alors fait appel aux moyens normalement dédiés à l'urgence pré-hospitalière. De telles pratiques sont contraires à la réglementation et fragilisent la capacité de réponse aux urgences avec de possibles pertes de chances pour certains patients.
- Comme déjà évoqué ci-dessus, le recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient ne semblent pas respecté. En particulier, il y aurait un recours excessif aux ambulances.
- Le libre choix par le patient de l'entreprise de transport pour effectuer le transport prescrit est la règle. Néanmoins, le patient n'exprime pas toujours un tel choix. Par ailleurs, il est demandé aux structures de santé d'aider les patients à organiser leurs transports. Les transports étant à la charge directe de l'assurance-maladie, il est important que toutes les entreprises de transports sanitaires qui opèrent sur un territoire soient traitées de manière homogène. Il est ainsi prévu par circulaire que les établissements publics de santé opèrent, lorsque les patients n'expriment pas leur libre choix, un « tour de rôle » entre l'ensemble des entreprises de transport sanitaire volontaires. Les entreprises de transport sanitaire sont donc normalement appelées à tour de rôle pour réaliser les transports. Ce tour de rôle est généralement organisé aujourd'hui au niveau de chaque service au sein des établissements. Il n'y a néanmoins

⁵² Quelques unes de ces initiatives ont été présentées dans le cadre des travaux du comité des transports sanitaires au cours de l'année 2009.

pas d'assurance qu'un tel tour de rôle soit vraiment respecté par les personnes (infirmières, aides soignantes) amenées à solliciter les entreprises. Ceci peut d'ailleurs s'expliquer par le fait que la recherche d'un transporteur peut se révéler difficile et longue et qu'il est alors naturel de privilégier les entreprises qui semblent le mieux répondre aux sollicitations. Il est à noter que les établissements privés ne sont pas astreints à ce « tour de rôle ».

3.2.3. Face à ces constats, des modes d'organisation et de financement nouveaux des transports sanitaires pourraient être envisagés

3.2.3.1. Une responsabilisation financière des établissements est envisageable

La rénovation du modèle économique pourrait consister en une transformation complète du système de financement en responsabilisant financièrement les établissements de santé, principaux prescripteurs de ce type de transports. Les dotations financières des établissements pourraient ainsi prévoir un volume forfaitaire de transports. Pour le secteur MCO le coût des transports prescrits par les établissements pourraient même être intégré au sein des tarifs liés à la tarification à l'activité au même titre que sont déjà inclus le coût des transports qui sont à leur charge (cette charge étant aujourd'hui différente pour les établissements publics et les établissements privés). Cette responsabilisation devrait normalement permettre, par des travaux internes aux établissements, de mieux orienter les prescripteurs vers les modes de transports les moins coûteux au regard de l'état du patient et de limiter les prises en charge des coûts des transports au strict nécessaire.

Dans une telle approche, soit les tarifs des transporteurs restent négociés sur une base conventionnelle comme actuellement et sont imposés aux établissements de santé, soit ils sont négociés par ces derniers dans le cadre de contrats (via la passation de marchés publics pour les établissements publics de santé). Dans les deux cas, les établissements peuvent avoir intérêt à agir pour améliorer l'efficacité des transports et espérer des baisses (ou de moindres hausses) de tarifs (directement dans le cadre du contrat ou indirectement via les négociations conventionnelles). Ils ont en théorie dès à présent, dans le système actuel, des gains à attendre de l'amélioration de la chaîne des transports car celle-ci peut avoir une influence directe sur la gestion des lits (heure de sortie ou d'arrivée des patients mieux maîtrisée). La responsabilisation financière des établissements sur le transport pourrait donc renforcer l'intérêt des établissements à travailler sur les problématiques de gestion des lits en intégrant un volet transport.

Dans cette approche néanmoins il apparaît difficile d'imposer des tarifs aux établissements alors qu'ils ne leur sont pas aujourd'hui pour les transports qui sont à leur charge (transferts provisoires). Il n'est d'ailleurs pas certain que cela soit économiquement intéressant de rester sur des prix « administrés ». On voit aujourd'hui toute la difficulté qu'a l'assurance-maladie à aboutir à des tarifs de transports équilibrés. Même si la CNAMTS doit être en mesure de renforcer son expertise sur ce domaine, le transfert des financements aux établissements réduirait sa capacité à disposer d'une bonne connaissance des transports effectivement opérés sur deux-tiers de l'activité (celle faite en lien avec les établissements). La solution de prix contractualisés au niveau des établissements apparaît alors comme la plus naturelle mais risque de modifier considérablement le paysage du transport sanitaire privé.

En effet deux tiers de l'activité aujourd'hui essentiellement gérée via le système du « tour de rôle » ou de libre choix du patient passerait dans des mécanismes de marchés publics. Il n'est alors pas certain que les entreprises de très petite taille soient en mesure de répondre aux appels d'offres. Dans certaines zones les établissements pourraient par ailleurs être confrontés

à un manque d'offre pouvant se traduire par une augmentation considérable des coûts des transports. Ceci peut être accentué par les mécanismes actuels d'agrément et de quotas qu'il serait alors certainement nécessaire de revoir.

Enfin, quel que soit le mode de tarification, il faut évoquer un risque de déport d'une partie des prescriptions vers les médecins de ville. Les établissements, pour ne pas à avoir à prendre en charge certains transports, peuvent renvoyer les patients vers leur médecin traitant notamment pour obtenir des prescriptions de transports. Dans ce cas, l'assurance-maladie après avoir financé a priori les établissements pour un certain nombre de transports via une dotation ou la tarification à l'activité serait dans l'obligation de financer ces transports pour partie une seconde fois via la prise en charge directe des transports prescrits par des médecins de ville.

Une évolution du modèle selon cette approche a déjà été envisagée, la LFSS 2008⁵³ prévoyait ainsi d'expérimenter au cours des années 2008 à 2012 la responsabilisation des établissements de santé en confiant une enveloppe pour le financement et l'organisation des transports. Cependant aucune expérimentation de ce type n'a vu le jour, le calibrage de l'enveloppe sur chaque établissement, le suivi des transports financés et l'évaluation de l'expérimentation s'avérant difficiles à mettre en place. L'idée a même été abandonnée avec la LFSS 2010⁵⁴ qui propose de nouvelles formes d'expérimentations sur la période 2010 – 2014. Ces dernières ont vocation, selon la loi, à « développer des modes de transports plus efficaces en facilitant la mise en place de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite ».

Même si cette solution apparaît assez séduisante, nous ne recommandons pas sa mise en œuvre dans les toutes prochaines années. Il n'est en effet pas certain que les établissements seuls feront progresser suffisamment l'organisation des transports de patients et permettent de mieux maîtriser les coûts de ces prestations pour la collectivité. Il faudrait aussi réussir dans des délais rapprochés à calibrer les dotations aux établissements (ou les tarifs) puis être en mesure de les revoir au fur et à mesure que des gains d'efficacité seront dégagés grâce à la responsabilisation des établissements. La mise en place d'une telle évolution sur l'ensemble des établissements pourrait ainsi s'avérer longue et difficile. Le déport des prescriptions vers les médecins de ville et l'impact possible sur le tissu des entreprises de transport sanitaire ne sont pas non plus à négliger. Une telle organisation des financements n'est pas non plus à écarter définitivement. Elle pourrait ainsi être une évolution du modèle économique à plus ou moins long terme une fois mieux maîtrisée les flux de transports et les organisations associées. Elle pourrait même s'avérer une évolution naturelle au regard des propositions formulées dans la suite du rapport et des organisations qu'il est proposé de mettre en place au sein des établissements de santé (plates-formes de gestion des demandes de transport notamment). C'est pourquoi pour disposer d'une analyse plus approfondie des intérêts et difficultés associées à une telle organisation, des expérimentations pourraient être menées sur des secteurs bien ciblés comme par exemple les centres de dialyse.

3.2.3.2. *L'ARS pourrait également devenir acheteur des prestations de transport*

Il est aussi envisageable de modifier profondément le système qui aujourd'hui est assez éclaté avec d'un côté un régulateur, l'ARS, puis un payeur l'assurance-maladie et d'un autre côté les établissements de santé qui sont à la fois prescripteurs et organisateurs des transports. Outre la solution de donner davantage de responsabilité aux établissements ci-dessus évoquée, une solution alternative serait de confier à l'ARS à la fois le financement, la régulation et l'organisation des transports. Chaque ARS serait conduite à conclure par appels d'offres des marchés de transports sanitaires. Les transporteurs répondraient aux appels d'offres et

⁵³ Article 64 de la LFSS 2008.

⁵⁴ Article 45 (II) de la LFSS 2010 qui modifie l'article 64 de la LFSS 2008.

s'engageraient, sous peine de pénalités, à respecter un cahier des charges préparé par l'ARS (volume de réponse selon les horaires, horaires à respecter, critères de qualité...). Les tarifs des prestations seraient fixés dans le cadre de ces marchés. Ce type d'organisation existe aujourd'hui en Espagne où les collectivités régionales ont la responsabilité d'organiser les transports sanitaires. Chaque ARS disposerait pour ce faire d'une enveloppe financière fermée. Une telle approche permet normalement de mieux maîtriser les enveloppes financières consacrées au transport, elle doit permettre de mieux organiser les transports pour qu'ils soient à la fois moins coûteux pour les acheteurs et respecter les données économiques des transporteurs. Cette organisation est aussi compatible avec les évolutions inscrites dans la loi HPST, les ARS étant responsables de contractualiser avec les professionnels de santé et les établissements. Dans le cas présent il s'agit d'améliorer la qualité des prescriptions au regard des référentiels existants et l'organisation des établissements pour limiter les temps « d'inactivité » pour les ambulanciers. Enfin, les établissements n'auraient plus la charge de l'organisation des transports, celle-ci serait soit centralisée à l'ARS soit sous-traitée au niveau régional ou de chaque territoire à des professionnels de la logistique associée à la gestion de transports (à partir de nouveaux appels d'offres).

Cette solution, très englobante, peut apparaître séduisante mais elle suppose une grande maturité de l'acheteur et une forte capacité de régulation de l'ARS avec l'ensemble des acteurs (établissements, professionnels de santé,...) pour apporter toute la valeur ajoutée souhaitée. Un manque de maturité peut au contraire conduire à une désorganisation du système sans gains économiques réels voire de très nombreux surcoûts. En effet, cette approche risque de conduire immédiatement à une restructuration des offreurs au bénéfice des plus grosses entreprises ou de groupement d'entreprises, en capacité de répondre aux appels d'offres et aux cahiers des charges encore plus fortement que la solution précédemment présentée... Les entreprises de plus petite taille auraient beaucoup de difficultés à répondre à un appel d'offre régional sauf à se regrouper avec d'autres. Elles sont alors condamnées quasiment à mourir faute de marché accessible. Cette approche peut ainsi appauvrir le tissu des entreprises, voire conduire à des monopoles ou des oligopoles locaux. Dans ce cas, il n'est pas certain que cela permette in fine de fortes économies si les entreprises imposent leurs tarifs.

Sans analyser complètement ce type de mesure, il n'est pas sûr que les ARS soient en capacité aujourd'hui de procéder avec toute la maturité nécessaire à l'organisation du marché des transports sanitaires à partir d'appels d'offres. Cela suppose notamment d'avoir des idées précises sur les volumes de prestations à introduire dans l'appels d'offres et être en mesure ensuite d'en suivre la réalisation pour s'assurer du respect du cahier des charges. Compte-tenu du caractère très bouleversant de la solution par rapport à l'organisation actuelle, il est important de s'assurer au préalable de son efficacité. Nous ne recommandons donc pas cette solution. Il pourrait cependant être envisagé d'expérimenter ce type d'organisation sur un territoire ou une région pour en apprécier tous les intérêts et difficultés. Ce type d'expérimentation aurait néanmoins immédiatement un impact sur le tissu des entreprises.

3.2.4. Une amélioration de l'organisation des transports, porteuses d'économies, doit pouvoir être obtenue par une responsabilisation effective des acteurs

L'approche que nous préconisons finalement à court terme consiste à essayer de donner toutes ses chances au modèle en place en améliorant néanmoins les organisations locales pour qu'elles permettent réellement la recherche de l'efficacité. C'est le sens des discussions qui ont eu lieu dans le cadre du comité des transports au cours de l'année 2009. Un projet de référentiel pour tous les transports hors urgences pré-hospitalières a ainsi été bâti dont l'enjeu est à la fois de garantir la disponibilité des moyens adaptés et améliorer la rentabilité des entreprises. Le projet de référentiel propose quatre axes de travail principaux : organiser l'expression des besoins de transports à l'intérieur des établissements de santé, réorganiser le

tour de rôle ambulancier, définir quelques règles de bonnes pratiques en matière de marchés publics, organiser les relations entre transporteurs sanitaires et établissements de santé.

Le projet de référentiel impose aux établissements de santé de mieux organiser les demandes de transports avec un lieu unique en leur sein de recueil des besoins et d'expressions des demandes auprès des transporteurs sanitaires. Ceci doit permettre de tracer les demandes et de suivre les réponses des transporteurs. La traçabilité des demandes au sein de l'établissement doit favoriser un meilleur respect du référentiel de prescription (traçabilité du prescripteur). Le suivi des réponses est essentiel pour aider au développement de démarches qualité avec les entreprises de transport sanitaire avec un particulier un recensement des incidents (non respect des horaires, délais d'attente anormal...). Le référentiel propose également une organisation du tour de rôle qui favorise les entreprises qui sont davantage présentes sur les heures creuses mais également celles qui offrent une qualité de service éprouvée (notamment en matière de respect des horaires). Enfin, il y a une forte incitation dans le texte pour que les demandes de transport soient anticipées avec un affichage clair des engagements des transporteurs en matière de délais en fonction de l'anticipation des demandes (on ne peut pas imposer un horaire précis à un transporteur sur un transport programmable si il n'y a pas d'anticipation de la demande de transport ; à l'inverse une demande anticipée conduit à un engagement de respect strict de l'horaire). La formulation de demandes très anticipées (la veille par exemple) par rapport à l'horaire auquel est requis un véhicule est un facteur important pour donner aux entreprises de transport les moyens d'optimiser l'utilisation des véhicules et des équipages et réduire ainsi in fine les coûts de production. Le référentiel devrait également permettre une réduction des temps d'attente que subissent les transporteurs lors des sorties hospitalières (préparation incomplète des malades). Il propose en effet que des pénalités soient instaurés pour ceux qui ne respectent les engagements pris (délais, heures de sorties...). Ces pénalités pourraient ainsi aussi bien concerner les transporteurs que les établissements de santé. L'ensemble de ces éléments devraient permettre une réduction forte des temps « improductifs » des ambulanciers. Il n'y a rien en revanche sur l'étalement des heures auxquelles sont sollicités les transporteurs (heures d'arrivée et de sortie des patients qui sont souvent aujourd'hui concentrées).

Les chances de succès de mise en effective de ce référentiel ne sont pas totalement assurées. Certains éléments, concernant notamment les relations entre les transporteurs et les établissements de santé, avaient déjà été protocolisés en 2003 sans amélioration effective sur le terrain. La définition de bonnes pratiques doit s'accompagner d'une responsabilisation forte des acteurs, comme le propose d'ailleurs le projet de référentiel. Celui-ci incite en effet au renforcement des responsabilités des acteurs par la mise en place de pénalités, comme évoqué ci-dessus, à la fois pour les établissements qui feraient trop attendre indument les ambulanciers (en attendant qu'un malade soit prêt à être transporté) mais également pour les transporteurs qui ne respecteraient pas les engagements horaires notamment. La mise en place de pénalité est un élément essentiel au bon fonctionnement du système. C'est peut-être un élément manquant aux précédentes initiatives qui ont été menées pour essayer d'améliorer le système (on peut penser en particulier au protocole d'accord national entre les fédérations de l'hospitalisation publique et privée et les fédérations d'entreprises privées de transport sanitaire signé le 16 décembre 2002 concernant l'amélioration de la prise en charge des patients en matière de transports sanitaires).

Les enjeux financiers sont néanmoins très importants au regard des temps d'attentes occasionnés par l'organisation ou, devrait-on dire, la désorganisation actuelle. Si on suppose, à titre illustratif, que la pleine application du projet de référentiel permet une réduction de 20% des temps d'inactivité pour les personnels et véhicules de transport sanitaire sur deux-tiers de l'activité de la profession (celle en lien avec les établissements de santé) et que la moitié des gains financiers associés sont « rendus » à l'assurance maladie, c'est plus de 130 millions d'euros qui pourraient être économisés (en quelques années) sur les dépenses de transport sanitaire. C'est pourquoi nous proposons, au-delà de la publication du projet de référentiel,

qu'un véritable plan opérationnel de recherche d'efficience dans le transport de patients soit instauré impliquant à la fois les établissements de santé, les ARS et le niveau national (assurance maladie, Etat, ANAP notamment). Ce plan pourrait s'intégrer dans les programmes nationaux et régionaux de gestion du risque en matière de transport de patients en lien avec les objectifs de maîtrise des dépenses de transport qu'il serait souhaitable de donner à chaque ARS et les actions qui en découlent (voir partie 2.3.2).

Nous avons centré nos propos jusqu'à présent sur les transports en lien avec les établissements de santé. Ils représentent aujourd'hui une part très majoritaire des dépenses. L'ARS peut néanmoins également contractualiser avec les professionnels libéraux pour assurer une meilleure maîtrise des dépenses. De plus, si des organisations des demandes de transport se mettent en place dans les établissements de santé et montrent leur efficacité, les professionnels libéraux qui prescrivent des demandes de transport pourraient également s'appuyer sur ces plates-formes pour l'organisation des transports de leurs patients. L'analyse que nous avons pu conduire sur les prescriptions faites par les médecins de ville reste somme toute relativement sommaire et devra certainement être reprise dans le cadre de travaux complémentaires.

3.2.5. Des efforts importants doivent être engagés pour développer à grande échelle le transport partagé

L'efficience collective passe également par développement du transport partagé. Il s'agit de limiter le recours aux véhicules lorsqu'il est possible d'utiliser un même véhicule pour deux, voire trois, trajets concomitants. Le transport partagé concerne exclusivement le transport assis professionnalisé et même exclusivement aujourd'hui les VSL, le transport partagé n'étant pas autorisé en taxi. Cette modalité de transport amoindrit globalement les coûts pour l'assurance-maladie mais peut aussi, dans des horaires de forte demande, réduire le besoin de véhicules, besoin qui peut s'avérer couteux pour les transporteurs si, à d'autres heures, la demande ne permet pas une utilisation suffisante des véhicules. Par ailleurs, la tarification appliquée est favorable aux transporteurs sanitaires⁵⁵. Enfin, le transport partagé est un axe de réponse aux besoins de développement durable dans le secteur des transports sanitaires⁵⁶.

Inscrit depuis 2003 dans la Convention nationale des transporteurs sanitaires privés, le transport sanitaire partagé est encore finalement assez peu développé. Le taux de transport « partagé » ou « simultané » représente environ 9% du total des transports en VSL en 2008. L'objectif affiché par l'assurance maladie est de doubler ce taux de transport partagé. Un contrat de bonne pratique a d'ailleurs été mis en place à la suite de l'avenant conventionnel n°5 en 2008. Il vise à accorder une aide forfaitaire et des bonifications de tarifs pour le transport partagé aux entreprises qui auront à la fois rempli l'engagement d'équipement en matériel embarqué pour permettre une géolocalisation et celui du développement du transport partagé. Les instructions nationales de la CNAMTS aux CPAM pour mettre en place pratiquement ces contrats viennent cependant tout juste d'être diffusées (février 2010). Ce contrat n'a pas donc pu encore avoir d'effet sur le développement du transport partagé. Des initiatives locales, notamment dans les Bouches-du-Rhône, ont cependant montré qu'un effort collectif des établissements et des transporteurs peut amener jusqu'à pratiquer plus de 30%, voire 50% sur un site, de transport partagé sur le nombre total de transports en VSL. Compte-tenu des modes de tarification, si le taux de transport partagé passe à 20%, l'économie pour l'assurance maladie peut-être chiffrée à environ 16 M € et 20 M € (selon la part de transports à 3 patients, soit environ 3% de la dépense de transport en VSL). Néanmoins si tout le supplément de

⁵⁵ Si deux patients sont transportés simultanément, les tarifs pour les deux patients sont abattus de 25%. Si trois patients sont transportés, l'abattement est de 40%.

⁵⁶ Ce mode d'organisation est d'ailleurs salué par la fondation Nicolas Hulot.

transport partagé se fait dans le cadre du contrat de bonne pratique le gain n'est plus que d'environ 11 M € à 16 M €⁵⁷.

On peut saluer le projet de référentiel déjà cité précédemment qui met en avant le besoin de rechercher systématiquement au sein des établissements à recourir au transport partagé sauf contre-indications médicales ou temps de trajets trop fortement allongés. La LFSS 2010 met aussi un accent particulier sur le transport partagé en autorisant des expérimentations locales permettant l'optimisation de l'organisation des transports sanitaires post hospitaliers et, notamment le développement à l'hôpital de modes de transports sanitaires partagés et plus économes. Afin d'inciter les patients à accepter ce mode d'organisation des transports, la loi prévoit de réserver la dispense d'avance de frais aux patients qui ne refusent pas, dans le cadre de ces expérimentations, les transports partagés.

L'attitude des patients et l'organisation des établissements sont primordiales dans le développement des transports partagés. Le projet de référentiel et la LFSS apparaissent donc comme des éléments favorables au déploiement du transport partagé, comme l'était au moment de son lancement le contrat de bonnes pratiques. Le projet de référentiel donne un message relativement clair aux établissements du besoin qu'ils ont de s'organiser pour cela. La LFSS devrait permettre de mesurer l'adhésion des patients. Elle prend ainsi une orientation assez claire sur le besoin d'efforts collectifs, y compris des patients. En effet, la dispense d'avance de frais est supprimée pour les patients refusant le transport partagé. Le développement du transport partagé, au-delà du gain économique dont on a vu qu'il reste relativement modeste, participe à la redéfinition de la manière dont la solidarité nationale agit pour le besoin des patients : chacun doit avoir une approche économe des moyens mis à disposition des patients...

Néanmoins, il faut espérer que ces textes auront des impacts réels. Dans la partie précédente, nous avons évoqués des idées d'expérimentation inscrites dans la LFSS (responsabilisation financière des établissements de santé sur les prescriptions de transport sanitaire) mais qui n'ont jamais été mises en œuvre... D'autre part, comme il l'a déjà été évoqué, des expériences de transport partagé au sein d'établissements de santé existent déjà. Il y a un risque que le lancement de nouvelles expérimentations retarde encore la généralisation du transport partagé. Il aurait peut-être été préférable de commencer par référencer les bonnes pratiques d'organisation des établissements et des entreprises de transports sanitaires précurseurs puis d'en tirer quelques enseignements au bénéfice de l'ensemble de la communauté hospitalière. L'organisation de transports partagés peut en effet s'avérer assez complexe localement : information et adhésion des patients, recensement au sein des établissements des transports qui peuvent être simultanés, modification éventuelle d'heures de rendez-vous pour optimiser le système, lieu d'accueil des patients avant le déplacement pour permettre la jonction entre un transporteur et plusieurs patients... Le partage de connaissances et de pratiques dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, apparaît crucial. Puis, des objectifs de pénétration du transport partagé dans les pratiques auraient pu alors être fixés région par région. Le recours à des expérimentations nouvelles, qui seront d'ailleurs peut-être le prolongement des expériences déjà initiées doit, à notre sens, s'accompagner d'un investissement de l'ANAP pour permettre ce partage de pratiques entre tous les acteurs à grande échelle.

Un élément aujourd'hui risque de freiner le développement du transport partagé au cours des prochains mois. Il est paradoxalement lié à la création des ARS. En effet, depuis le premier avril 2010, il n'est plus possible de conclure les contrats de bonne pratique (CPB) évoqués ci-dessus. Seuls ceux qui sont déjà signés perdurent jusqu'à leur terme. En effet l'ordonnance de coordination de la loi HPST abroge les articles du code de la sécurité sociale fondant

⁵⁷ Avec le contrat de bonne pratique, le transporteur reçoit un complément de rémunération par rapport à ces tarifs, qui revient à ramener pour le transporteur (cela ne change rien pour le patient) les abattements pour des transports simultanés à deux ou trois patients respectivement à 17% et 38%.

juridiquement ces contrats à la date de création des ARS⁵⁸. Désormais, les contractualisations avec les offreurs de service de santé doivent répondre aux dispositions introduites par la loi HPST⁵⁹ instituant les contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins déjà évoqués dans ce rapport. Ces contrats sont conclus au niveau de l'ARS sur la base de contrats de types nationaux ou à défaut de contrats proposés par l'ARS. En attendant ces nouveaux contrats, les transporteurs sanitaires qui n'ont pas conclu avant le premier avril 2010 de contrat de bonne pratique avec leur CPAM de rattachement ne peuvent pas espérer bénéficier d'incitations comme celles précédemment évoquées. Il y aurait tout intérêt, en attendant de nouvelles discussions conventionnelles nationales, que les ARS proposent sans délais aux transporteurs sanitaires des contrats « nouvelle génération » identiques aux contrats de bonnes pratiques afin de faire perdurer le dispositif et de donner toutes ses chances au développement du transport partagé.

Enfin, il est paradoxal que les taxis ne puissent pas participer, pour des raisons essentiellement de tarification et de facturation, à ce mode de prise en charge du transport de patient. Nous reviendrons sur ce sujet au sein de la partie 3.3 consacrée au transport assis professionnalisé. Mais dès à présent il apparaît important que les efforts d'organisation et d'efficience ne concernent pas que les VSL. Les économies à attendre d'un développement du transport partagé en taxi, compte-tenu du poids désormais très important des taxis dans le TAP, sont en effet loin d'être négligeables (plusieurs dizaines de millions d'euros en première approximation).

3.2.6. L'efficience globale du système peut être affectée par des pratiques non vertueuses dans le cadre des transports financés directement par les établissements

Une partie de l'activité des transporteurs sanitaires relève de financements par les établissements de santé. Les modalités et niveaux de rémunération des prestations sont définies par les deux parties dans le cadre de contrats négociés (établissements privés) ou issus des procédures des marchés publics (hôpitaux publics). Le présent rapport n'a pas d'éléments pour remettre en cause ce fonctionnement, la libre concurrence entre les transporteurs doit permettre d'aboutir à des tarifications qui conviennent à la fois aux établissements et aux entreprises de transport sanitaire. Il existe néanmoins des liens forts entre les transports à la charge directe de l'assurance-maladie et ceux pris en charge par les établissements. Tout d'abord, au niveau de l'établissement et des services hospitaliers demandeurs ou des patients, la distinction peut s'atténuer voire disparaître. Il s'agit toujours d'un transport en provenance ou vers un lieu de soin à réaliser dans des conditions techniques identiques, quelque soit le mode de financement. Il est même parfois difficile ex ante de savoir qui aura la charge financière du transport (en particulier pour déterminer s'il s'agit d'un transfert provisoire ou définitif). D'autre part, il s'agit en général des mêmes entreprises présentes sur un territoire qui répondent aux différents besoins. La bonne ou la mauvaise organisation d'un type de transport peut ainsi avoir des conséquences directes ou indirectes sur l'organisation des autres transports aux financements différents. Il apparaît de ce fait souhaitable de mettre en avant quelques points d'attention.

Ainsi, si les contrats conclus entre transporteurs et établissements ne couvrent pas l'ensemble des plages horaires auxquelles ces transports sont éventuellement nécessaires (la nuit ou le week-end par exemple), il y a des risques de déport de la demande sur d'autres modalités de transport en particulier l'organisation de la garde liée à l'urgence pré-hospitalière. Ce comportement est constaté dans certaines régions. Le projet de référentiel sur le transport non urgent déjà évoqué détaille les bonnes pratiques souhaitables en matière d'appels d'offres et de marché pour répondre à cette problématique (les contrats devraient couvrir toutes les plages

⁵⁸ Article 22 de l'ordonnance n°2010-177 du 23/02/2010.

⁵⁹ Article 118 de la loi HPST qui crée notamment l'article L.1435-4 du code de la santé publique.

horaires y compris celles correspondant à des périodes de faible activité). Il préconise aussi de prévoir dans les marchés la mise en place de démarches qualités (ce qui implique aussi une bonne traçabilité des demandes et des transports effectués), comme pour les transports à la charge directe de l'assurance maladie, pour assurer un bon niveau de service aux patients et aux établissements. Ces bonnes pratiques participent à assurer de justes tarifications dans le cadre de ces marchés de transports qui coexistent avec les transports qui ne sont pas financés par l'établissement. Dans ce domaine également, la publication du projet de référentiel apparaît ainsi importante.

Dans le même ordre d'idée, il nous semble important qu'une réflexion approfondie soit conduite sur l'obligation d'organiser des tours de rôle pour les transports non financés par les établissements. A ce jour seuls les établissements publics de santé y sont soumis. Les établissements privés n'y sont pas obligés ce qui peut avoir des impacts sur leurs contrats de marchés de transports (non contraints par ailleurs à appel d'offre). Un transporteur qui serait assuré par un établissement privé d'être systématiquement appelé pour les transports non financés par cet établissement (ou du moins appelé sur les horaires qui lui conviennent le mieux) peut en contrepartie lui offrir des tarifs de prestations rabattus par rapport à ce qu'ils seraient sans cette assurance. L'analyse mériterait d'être approfondie par des juristes spécialistes de sujets de concurrence mais de tels comportements semblent faire entrave à une saine concurrence. Par ailleurs c'est une forme de transfert de charge sur l'enveloppe ville car si ce système d'ententes est généralisé, les marges doivent, du point de vue des transporteurs, être prioritairement assurées sur les tarifs conventionnels.

Il y a enfin un besoin de clarification des modes de tarification des transports sanitaires (entre ce qui relève des établissements et ce qui relève directement de l'assurance-maladie sur tarifs conventionnels). Ce besoin a aussi été exprimé dans le cadre du Comité des transports sanitaires. Ce type de clarification est nécessaire pour l'ensemble des acteurs pour leur travail de tous les jours mais il s'agit aussi d'éviter que l'assurance-maladie « paie parfois implicitement deux fois le même trajet », une fois via les tarifs des soins ou les dotations qui sont données aux établissements et une fois directement si un transport qui aurait dû être financé par un établissement a été pris en charge sur l'enveloppe de ville. Des ambiguïtés dans le système de tarification peuvent générer de telles déviations. Nous ne nous étendons pas sur celles-ci car elles sont bien identifiées des administrations en charge de ces dossiers⁶⁰. Il faut néanmoins ajouter qu'il peut y avoir des formes de double financement mais également des insuffisances de financement des établissements si les dotations et les tarifs de soins ne sont pas bien ajustés du fait des coûts de transports et de leurs évolutions.

Compte-tenu de l'ensemble de ces difficultés, si le financement des transports non urgents n'est pas à terme transféré aux établissements de santé, il n'est pas certain qu'il y ait avantage à maintenir des modes de financement différents en fonction du caractère provisoire ou non du transfert d'un patient entre établissements. L'ensemble des transports de patients à l'extérieur d'un établissement (dans le cadre du référentiel de prise en charge) pourrait être pris en charge directement par l'assurance-maladie. Une telle réflexion est d'autant plus nécessaire que les établissements publics et privés ne sont pas soumis aux mêmes règles de financement de ces transports (voir encadré en partie 2.1). Au minimum, un transfert provisoire effectué sur un motif de soin qui n'est pas en lien avec le GHM (et a priori non couvert par le GHS) n'a pas de raison évidente d'être pris en charge directement par l'établissement (déplacement d'un patient par exemple pour des séances de chimiothérapie ou radiothérapie alors qu'il est hospitalisé pour un motif tout autre). Même si il y a un lien avec le motif de soin, la question de sa prise en charge directe par l'établissement se pose. En effet, le financement direct par l'assurance-maladie des transferts provisoires pourrait faciliter le développement des coopérations entre établissements et favoriser ainsi les restructurations nécessaires de l'offre de soin.

⁶⁰ Les ambiguïtés concernent notamment les transports de services SSR vers le MCO.

3.2.7. Des tarifs de transports sanitaires qui sont encore largement ajustables

A nouveau, dans le cadre de la mission qui nous a été confié, nous n'avons pas à nous substituer aux travaux menés dans le cadre conventionnel. Il est néanmoins important de pointer les effets de la tarification actuelle.

Les tarifs VSL apparaissent relativement bas, au moins pour certains types de transports (courtes distances). Ce constat est en grande partie lié au fait que les temps de prise en charge effectifs du patient (véhicule à l'arrêt) et les temps entre deux courses sont en moyenne relativement longs et ne sont pas entièrement compensés par les niveaux des forfaits actuels (compris entre 11,5 et 15€). Par comparaison, les taxis peuvent facturer les temps de mobilisation du véhicule, au-delà des kilomètres parcourus, en fonction des temps réels de prise en charge ainsi que des retours « à vide » à l'issue d'un transport. Cela évite à ces derniers d'effectuer des transports à perte. Les VSL redeviennent rentables, même avec des temps d'attentes importants uniquement sur de longs trajets (grâce aux kilomètres facturés mais également du fait que les temps d'attente deviennent plus marginaux au fur et à mesure que la prestation globale s'allonge). Ces écarts de facturation et la faible rentabilité des VSL expliquent la substitution en cours entre taxis et VSL (au profit des taxis).

Le déséquilibre de rentabilité du VSL existe aussi de manière importante en comparaison avec les ambulances d'après les simulations effectuées par la CNAMTS. Les entreprises de transport sanitaire constituent donc aujourd'hui leur marge essentiellement sur la base des trajets en ambulance. La tarification actuelle de la prestation d'ambulance compense la « sous-tarification » des VSL. Un rééquilibrage des tarifications entre VSL et ambulance serait donc souhaitable. Par ailleurs, si des gains d'efficacité sont opérés, par la mise en œuvre notamment du projet de référentiel déjà évoqué, en particulier grâce à une diminution des temps d'attente (prise en charge du patient mais également entre deux courses), les tarifs des transporteurs sanitaires peuvent même se révéler trop élevés.

Par ailleurs, la tarification conventionnelle du transport sanitaire prévoit des suppléments pour les transports d'urgence ou de prématurés (ou en cas d'utilisation d'un incubateur). Les autres formes de transports spécifiques (personnes obèses, personnes handicapées moteurs, certains transports psychiatriques...) sont rémunérés de manière standard. Cependant, les temps de prise en charge pour ces transports, les difficultés techniques, les compétences requises, voire la nécessité de véhicules adaptés pourraient conduire à définir des tarifications particulières. Une définition précise des transports qui nécessitent des conditions particulières de prise en charge n'existe néanmoins pas à ce jour (à l'exception des transports de prématurés). Il apparaît donc nécessaire que des travaux sur les transports spécifiques s'engagent et éventuellement conduisent à des tarifications adaptées.

Propositions résumées :

- Mettre en place un plan opérationnel de recherche d'efficacité dans le secteur des transports de patients.
 - Au niveau des établissements de santé et des transporteurs sanitaires (application du référentiel concernant les transports post-hospitaliers) :
 - Mieux organiser les demandes de transport au sein des établissements de santé par la mise en place de plate-forme de gestion des demandes de transports,
 - Tracer les demandes de transport au sein des établissements et les réponses apportées par les transporteurs,
 - Développer des démarches qualité entre les établissements et les transporteurs sanitaires pour améliorer la réponse apportée aux patients et

- réduire les temps d'attente des transporteurs,
- Mettre en place des organisations pour permettre le développement à grand échelle du transport partagé ;
- Au niveau régional :
 - Appuyer les établissements de santé pour développer les organisations évoquées ci-dessus,
 - Contractualiser avec ceux dont les prescriptions de transports apparaissent très importantes ou très dynamiques ou dont les organisations sont les plus défaillantes (temps d'attentes importants, pas d'anticipation des demandes...). La contractualisation devrait également porter sur le développement du transport partagé,
 - Mettre en place avec les transporteurs sanitaires l'équivalent des contrats de bonne pratique précédemment passés avec les CPAM : contractualisation dans le cadre de l'article L.1435-4 du code de la santé publique ;
- Au niveau national :
 - Publication rapide du projet de référentiel concernant l'organisation des transports sanitaires post-hospitaliers, avec un suivi dans le temps de sa mise en œuvre,
 - Diffuser auprès des ARS et des établissements de santé les bonnes pratiques en matière d'organisation (plates-formes de demandes, gestion des lits et transport des patients, transports partagés...),
 - Mettre à disposition des ARS les données utiles à la gestion de ce plan (valeurs de références en matière de transport partagé, de temps d'attentes, d'anticipation des demandes, de prescription de transports en ambulance ou de TAP..., données concernant les transports de patients des établissements de santé des régions et comparaisons inter-régions, inter-départements et inter-établissements...),
 - Contractualiser avec chaque région sur la maîtrise des dépenses de transport de patients, la recherche d'efficience et le développement du transport partagé,
 - Lancer rapidement les expérimentations prévues par la LFSS 2010,
 - Proposer aux ARS une contractualisation type (dans le cadre de l'article L.1435-4 du CSP) avec les transporteurs sanitaires (incitation au transport partagé, géolocalisation...),
 - Permettre le développement du transport partagé y compris à partir des taxis.
- Rééquilibrer les tarifications entre VSL et ambulances et développer des tarifications adaptées pour les transports spécifiques.
- Réfléchir à moyen terme sur les transports qui doivent être pris en charge directement par les établissements de santé (de manière homogène entre établissements publics et privés). Des expérimentations de responsabilisation financière complète des établissements pourraient dès à présent être menées sur des secteurs bien ciblés comme par exemple les centres de dialyse.

3.3. Un modèle à réinventer sur le transport assis professionnalisé

3.3.1. Deux prestataires, le VSL et le taxi, avec des conditions économiques de fonctionnement qui diffèrent sensiblement

Le transport assis professionnalisé (TAP) relève de deux types d'opérateurs : les transporteurs sanitaires à partir de VSL et les taxis. Quelque soit le mode de transport, la prestation réalisée est a priori la même. Elle comprend à la fois le transport et l'assistance à la personne transportée. Elle est liée au référentiel de prescription qui normalement limite les prescriptions aux seuls cas où le patient a besoin d'une assistance ou si des effets secondaires risquent de se produire durant le trajet. Le référentiel prévoit un cas complémentaire d'utilisation d'un TAP lorsqu'il y a nécessité d'un respect rigoureux des règles d'hygiènes mais nous reviendrons ultérieurement sur ce cas⁶¹.

Pour un TAP, le VSL ou le taxi proposent des qualités de service a priori assez similaires. Cela ressort des entretiens que nous avons conduits au cours de la mission avec des professionnels du transport sanitaire, du transport en taxi ou du monde hospitalier mais également des conditions réglementaires de réalisation. Ainsi, les conducteurs de taxis peuvent assister les personnes transportées de la même manière qu'un conducteur de VSL. Les compétences jusqu'à présent requises pour conduire un VSL ou obtenir le certificat de capacité professionnelle de conducteur de taxi sont très voisines Il s'agit essentiellement de détenir un permis B et un brevet de secourisme (PSC1 pour les conducteurs de taxi, AFGSU 1 pour ceux de VSL⁶²). A cela on peut ajouter que les véhicules ont globalement les mêmes caractéristiques (véhicule de moins de 3,5 tonnes et de moins de neuf places type « véhicule léger »). Les conditions d'intervention des taxis ont été modifiées lors de la LFSS 2008 et ont rapproché encore davantage VSL et taxis (voir encadré ci-dessous) en ce qui concerne notamment la prise en charge des patients.

Principales évolutions des conditions d'intervention des taxis dans le transport TAP issues de la LFSS 2008

Avec la LFSS 2008, les taxis doivent désormais être conventionnés, c'est-à-dire qu'ils doivent avoir passé une convention avec la caisse primaire d'assurance maladie fixant notamment les tarifs et les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport. Cette dernière doit être conforme à une convention type établie au niveau national et qui a été publiée au journal officiel en septembre 2008. Il y est précisé que les tarifs doivent être inférieurs aux tarifs préfectoraux, ils doivent néanmoins en avoir toutes les composantes (forfait de prise en charge, prix au kilomètre...) et les remises sont fortement encadrées (entre 5 et 15% des tarifs préfectoraux).

La convention type indique clairement que la prestation comprend l'ensemble des éléments du référentiel de prescription qui justifient un TAP c'est-à-dire l'aide au déplacement et à l'installation du patient, la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante et le respect des règles d'hygiène et la prévention du risque infection. La convention prévoit aussi la présence d'une trousse de secours dans le véhicule.

⁶¹ Pour une synthèse des conditions de prise en charge des transports et du référentiel de prescription voir l'annexe 6 qui présente un mémo de l'assurance-maladie sur le sujet.

⁶² Au regard des articles R.6312-7 à R-6312-10 du code de la santé publique.

La convention-type précise enfin que le taxi doit avoir été exploité au moins pendant deux ans avant la signature de la convention. Ce critère a vocation à limiter l'entrée des taxis sur le marché de transport assis professionnalisé⁶³.

Néanmoins les conditions économiques précises permettant à un VSL ou un taxi d'intervenir sur un besoin de transport d'un patient diffèrent encore sensiblement. On assiste ainsi, comme cela a déjà été évoqué, à une augmentation importante de la présence des taxis sur ce marché au détriment des entreprises de transport sanitaire. Les taxis effectuent aujourd'hui désormais près de 50% des trajets de TAP remboursés par l'assurance maladie. Par ailleurs dans certaines zones le chiffre d'affaire des taxis peut être constitué à près de 90% de transports dans le cadre du TAP pris en charge par l'assurance maladie.

3.3.1.1. *La tarification*

En premier lieu les tarifications sont de fait assez différentes. Elles sont toutes les deux (VSL et taxi) basées sur un forfait de prise en charge auxquels s'ajoutent des tarifs kilométriques. Cependant le forfait est beaucoup plus important pour le VSL. Ainsi la somme à payer minimal est de 6,10 € pour le taxi, de jour comme de nuit, alors que la rémunération minimale d'un VSL est de 11,5 € de jour (zone D) et de 17,2 € de nuit. La tarification taxi intègre néanmoins également un complément lié à un tarif horaire lorsque le véhicule est à l'arrêt. Celui-ci varie fortement selon les départements de 14 € à plus de 33 € (taxis parisiens en zone suburbaine) par heure⁶⁴. Enfin, si le taxi effectue une course aller et retour, le prix au kilomètre est moins cher (avant application de tout abattement lié aux conventions CPAM-taxi) pour un taxi que pour un VSL dans 80 % des départements pour le prix de jour et 90% des départements pour le prix de nuit. En revanche si le taxi n'effectue qu'une course aller simple le prix au kilomètre est systématiquement plus élevé que le prix au kilomètre VSL (en moyenne de plus de 85% de jour et 80% de nuit).

Les chiffres présentés ci-dessus n'intègrent cependant pas les résultats des conventions départementales CPAM – entreprises de taxi mises en place suite à la LFSS 2008. Nous ne disposons pas de vision globale du résultat des négociations menées début 2009 mais, à la lecture de quelques conventions locales et de simulations de prix de prestations selon le kilométrage parcouru et des temps d'attente (voir annexe 8), on peut indiquer que le taxi n'est moins cher que le VSL que si le taxi effectue un aller et retour et ne facture aucun temps d'attente. En moyenne, un temps d'attente d'une demi-heure rééquilibre les tarifs. Au delà d'une demi-heure le taxi peut rapidement devenir beaucoup plus cher que le VSL. De même, si le taxi ne fait qu'une course simple, compte-tenu des tarifs kilométriques il ne peut être moins cher ou sur des prix équivalents que sur les petites, voire très courtes, distances (moins de 15 km, en faisant l'hypothèse d'aucun temps d'attente...). Ainsi la tarification appliquée au taxi, même en prenant en compte les conventions locales, peut se révéler beaucoup plus coûteuses (entrée ou sortie d'hospitalisation correspondant en général à un aller simple ou transport aller et retour si le temps d'attente dépasse la demi-heure).

⁶³ Selon l'assurance-maladie, environ 30 000 taxis étaient conventionnés en 2009 (près de 20 000 entreprises) sur plus de 51 000 taxis autorisés (chiffre 2008). Le nombre de VSL autorisés se situe quand à lui autour de 15000 véhicules.

⁶⁴ Tarifs 2010. En moyenne sur les départements hors Paris, le tarif horaire est compris entre 20 et 21 € de jour comme de nuit.

3.3.1.2. *Limitation du nombre de véhicules*

En dehors de la tarification, d'autres éléments influençant les conditions économiques distinguent VSL et taxi. Les VSL doivent obtenir un agrément délivré par l'ARS, les taxis doivent disposer d'une autorisation de stationnement délivrée par la commune. Par ce biais taxi et VSL sont soumis à des politiques de quota mais gérés par des acteurs très différents ! En ce qui concerne les moyens sanitaires non dédiés à l'aide médicale urgente, la gestion des quotas suit normalement des règles précises édictées par un décret d'octobre 1995⁶⁵ et selon des indices nationaux de besoins de transport sanitaire (nombre d'ambulances et de VSL en fonction de la population) publiés dans un arrêté en octobre 1995 et jamais révisés. Les nombres théoriques de véhicules par départements sont normalement ensuite fixés et gérés au niveau de chaque département, un écart par rapport aux indices nationaux ne pouvant excéder 10 %. Le rapport Dumont-Mallet déjà cité avait, néanmoins, montré des écarts très importants entre les départements du nombre de véhicules et qui s'expliquaient très peu. Il est de plus inscrit dans le code de la santé publique que seuls les titulaires d'agrément ambulances peuvent disposer d'agrément VSL et que le nombre de VSL détenus par un titulaire d'agrément ne peut excéder le double du nombre d'ambulances qu'il possède⁶⁶. Cette disposition a été introduite pour essayer de limiter des effets de demande induite par l'offre, effets qui semblent présents pour ce qui concerne les VSL selon des analyses conduites par la CNAMTS. Cependant, la présence des taxis sur le marché des TAP, n'obéissant pas aux mêmes règles de quota⁶⁷, rend cette disposition quasiment inopérante pour limiter l'offre. Elle peut en revanche localement limiter la présence de VSL, le besoin ne peut alors être satisfait que par l'offre taxi (voire les ambulances si les prescriptions sont adaptées en fonction des véhicules disponibles !). Nous ne disposons par ailleurs pas d'analyses récentes pour indiquer que cette proportion maximale de VSL (2 VSL pour une ambulance) soit la bonne. On peut penser que le développement de l'hospitalisation de jour et du nombre de personnes en ALD peut conduire à modifier le besoin en nombre de transports comme évoqué au cours de la première partie mais également sa répartition entre ambulances et TAP.

3.3.1.3. *La formation des conducteurs*

En matière de formation, nous avons indiqué que les compétences de conducteurs de taxi et de VSL étaient relativement similaires. Néanmoins, un arrêté de janvier 2006⁶⁸ indique qu'à partir du 1^{er} janvier 2010 la conduite d'un VSL est assurée par l'auxiliaire ambulancier. Ce dernier, par rapport aux exigences jusqu'à présent énoncées (permis B plus AFGSU 1) doit valider 70 heures de formations complémentaires permettant d'obtenir l'AFGSU 2⁶⁹. Cette formation porte notamment sur l'hygiène, les gestes de manutention et les gestes d'urgence. Elle a vocation à mieux armer le conducteur de VSL face à un patient qui connaît une difficulté pendant le trajet. L'application de cet arrêté renforce la formation des conducteurs de VSL et conduit à un écart de formation notable avec les conducteurs de taxi. Cet écart est par ailleurs renforcé par le fait que les entreprises qui opèrent avec des VSL doivent également, de par les textes régissant le transport sanitaire, disposer d'agrément d'ambulances. L'environnement de travail des auxiliaires ambulanciers est ainsi composé de professionnels de santé (les titulaires du diplôme d'Etat d'ambulancier) avec lesquels ils peuvent d'ailleurs être amenés à travailler au sein d'un équipage d'ambulance. Ces écarts de formation et d'expérience ne sont pas compensables par

⁶⁵ Désormais ces règles sont codifiées aux articles R.6312-29 à R6312-32 du code de la santé publique.

⁶⁶ Ces dispositions ont été introduites par un décret de novembre 1987 et désormais codifiées à l'article R.6312-14 du code de la santé publique.

⁶⁷ Il n'y a pas vraiment de limite sur le nombre de taxis opérant sur le TAP. La limite provient du nombre de taxi autorisés par les communes et depuis la LFSS 1998 par le système de conventionnement qui oblige à deux ans d'exercice en tant que taxi pour pouvoir être conventionné.

⁶⁸ Arrêté du 26 janvier 2010 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

⁶⁹ L'arrêté du 26 janvier 2006 précise qu'au-delà du 1^{er} janvier 2010 cette formation n'est obligatoire que pour ceux qui n'ont pas encore assuré la fonction d'auxiliaire ambulancier.

les modules de formation continue, qui doivent porter pour partie sur le champ santé, auxquels doivent se soumettre les conducteurs de taxi⁷⁰. Un tel écart de formation pour réaliser la même prestation apparaît difficilement justifiable.

3.3.1.4. *Autres éléments d'écarts entre taxis et VSL*

En matière de transport partagé (jusqu'à trois patients dans un véhicule), à ce jour, seuls les VSL sont normalement autorisés à le pratiquer bien que cela soit a priori plus économique pour l'assurance-maladie. Les taxis en effet ne peuvent facturer deux courses si plusieurs personnes sont à bord, un supplément peut juste être facturé pour un quatrième adulte. Les conventions locales CPAM-taxi ne doivent normalement pas conduire à des tarifs supérieurs aux tarifs préfectoraux. Cependant, dans les quelques conventions locales que nous avons pu lire, il est explicitement prévu que les taxis puissent opérer des transports partagés (appelés aussi transports groupés) à des tarifs aménagés, soit sur un mécanisme identique à ce qui est opéré pour un transport partagé en VSL (émission de plusieurs factures avec un abattement de 25% à 40% sur chaque facture) ou en répartissant le coût de la course la plus longue, éventuellement majoré, entre les différents patients⁷¹. Cette possibilité n'est néanmoins pas présente dans la convention type nationale. Les situations doivent donc être très hétérogènes sur le territoire⁷².

D'autres différences de fonctionnement peuvent être identifiées :

- le contenu de la trousse de secours exigée à bord des véhicules pour les taxis est beaucoup plus limité que celui de la trousse requise à bord d'un VSL ;
- Les patients peuvent bénéficier d'une dispense d'avance de frais à la fois pour un transport en taxi et pour les VSL mais les taxis n'ont pas la possibilité d'utiliser les cartes vitales,
- Les VSL sont dédiés au transport sanitaire et ne peuvent être utilisés à d'autres usages contrairement aux taxis ce qui modifie éventuellement les conditions d'hygiène des véhicules,
- L'utilisation des couloirs de bus n'est pas permise pour les VSL,
- Au sein des établissements de santé, les véhicules peuvent avoir un accès ou non facilité à l'établissement selon qu'il leur soit mis à disposition des places de parking, les taxis pouvant parfois disposer par ailleurs de places aménagées par les communes en proximité des établissements...

3.3.2. **Quelles évolutions possibles pour le transport assis professionnalisé ?**

Les conditions d'exercices sont donc ainsi à la fois très proches (même service exigé notamment) mais en même temps très différentes ce qui peut revenir à privilégier implicitement un type de véhicule par rapport à l'autre. Certaines différences semblent par ailleurs difficilement justifiables. Il apparaît donc aujourd'hui nécessaire de revoir complètement les conditions régissant le transport assis professionnalisé. Quelques pistes sont ici proposées mais l'ampleur des évolutions qu'il est potentiellement nécessaire d'effectuer impose qu'un large débat soit ouvert sur cette question pour déterminer les meilleures conditions d'évolution de ce secteur.

⁷⁰ L'arrêté du 3 mars 2009 relatif à la formation continue des conducteurs de taxi précise qu'une partie de cette formation continue doit porter sur « les évolutions législatives et réglementaires relatives aux autres activités de transport de personnes, notamment celles de transport assis professionnalisés, services réguliers et à la demande, transport de personnes à mobilité réduite ».

⁷¹ Ces modalités reviennent de fait à majorer, par rapport aux tarifs préfectoraux, le coût du transport de plusieurs personnes à la fois mais restent plus économiques pour l'assurance-maladie que des transports de passagers dans des taxis différents. Elles permettent de plus de proposer une facture par patient.

⁷² Des recours ont été semble-t-il déposés dans certains départements devant le tribunal administratif pour annuler cette possibilité de transports simultanés ou partagés par des taxis inscrite dans les conventions locales.

La coexistence de taxis et VSL en matière de transport assis professionnalisé répondant exactement aux mêmes prescriptions ne nous semble licite que si les professionnels ont les mêmes compétences et obligations vis-à-vis du patient. Ainsi des écarts importants de formation exigée ou de contenu de trousse de secours à bord des véhicules par exemple doivent à notre sens être gommés. Dans le cas présent, il faut s'interroger sur l'évolution apportée par l'arrêté du 26 janvier 2006 introduisant la formation d'auxiliaire ambulancier. Soit celle-ci, au regard des conditions de prescription, est nécessaire pour la sécurité du patient et dans ce cas il semblerait important que les conducteurs de taxi puissent assurer la même sécurité au patient (par des formations obligatoires complémentaires par exemple pour pouvoir assurer le TAP). Soit l'AFGSU 2 n'est pas nécessaire pour le TAP et il n'y a pas de raison d'imposer aux transporteurs sanitaires ce surcoût de formation pour les conducteurs de VSL. Soit enfin, de manière intermédiaire, certains transports en VSL nécessitent que cette formation complémentaire soit acquise par les conducteurs et dans ce cas il faudrait faire évoluer la réglementation pour que ces transports particuliers ne soient assurés que par des professionnels ayant acquis les qualifications indispensables. Ce dernier cas correspond de fait à définir des transports assis dont l'environnement sanitaire impose des véhicules sanitaires ou au minimum des véhicules avec une trousse adaptée et des formations des conducteurs également adaptées. Les taxis pour y participer devraient alors se conformer aux mêmes exigences sur le matériel embarqué et la formation.

Dans le cadre de cette réflexion, il semble également nécessaire de réfléchir aux conditions d'hygiène requises pour ces transports. Il s'agit notamment de préciser les conditions d'hygiène particulières qui impliquent une prescription de TAP lorsque, en particulier, aucune autre condition du référentiel de prescription de TAP en dehors de la condition d'hygiène n'est respectée (pas de besoin particulier d'assistance du patient). Au regard de ces indications, est-on assuré que le taxi, voire même le VSL, offre des conditions de transport assurant une hygiène bien supérieure à un déplacement en transport en commun ou par véhicule personnel ? Si on considère, comme c'est le cas aujourd'hui, que les taxis sont aptes au TAP et répondent aux conditions d'hygiène requises, on peut alors à l'inverse s'interroger sur le fait que les VSL ne sont pas autorisés à participer à d'autres formes de transports de personnes en dehors du transport sanitaire. En particulier, pourquoi les VSL ne seraient pas autorisés à effectuer des transports au profit de patients pris en charge dans le secteur médico-social pour des transports non directement liés à des soins (et donc non pris en charge par l'assurance-maladie)⁷³ ?

Enfin, le VSL ou le taxi peuvent être inadaptés pour le transport de certaines personnes (personnes souffrant de certains handicaps par exemples) alors même qu'un transport en ambulance en position allongée ou semi-assise ne s'imposerait pas (et pas de nécessité de surveillance particulière). Si la réglementation actuelle ne reconnaît pas d'autres formes de mode de transports que l'ambulance avec un patient unique et avec un équipage de deux ambulanciers ou le véhicule léger (VSL ou taxi), certains autres véhicules pourraient permettre le transport de un ou plusieurs patients sans surveillance particulière (avec seulement un conducteur) dans des conditions techniques permettant en particulier l'accroche de fauteuils roulants (par exemple : les véhicules utilisés dans le cadre du TPMR ou encore les ambulances de type A2 selon la norme européenne NF EN 1789⁷⁴). Les véhicules utilisés dans le cadre du TPMR ont d'ailleurs l'avantage d'être souvent modulables et permettent donc de transporter, selon le besoin, des personnes en fauteuil roulant ou non. On peut donc s'interroger sur les raisons qui ont conduit à exclure ce type de prestations en matière de transport sanitaire. Un groupe de travail réfléchissant sur le transport des personnes handicapées au sein du secteur médico-social évoque aussi le besoin de ces transports (voir partie 3.4 de ce rapport et annexe 9).

⁷³ Nous évoquons aussi cette question au sein de la partie 3.4.

⁷⁴ Ce qui n'exclut pas non plus de proposer un transport technique avec surveillance.

En définitive, il apparaît nécessaire de redéfinir la prestation de TAP et les moyens de la réaliser. L'analyse qui vient d'être faite amène à une série de questions :

- Le transport assis professionnalisé correspond-il à une seule forme de prestation comme c'est le cas aujourd'hui ou n'y aurait-il pas nécessité à définir différentes formes de prises en charge avec des réponses adaptées : transport assis avec conditions rigoureuses d'hygiène, transport assis avec accompagnement par un professionnel apte à faire face à un patient a priori stable mais connaissant subitement une situation de détresse et nécessitant une réaction adaptée, transport assis d'un patient nécessitant une aide à la mobilité ou à l'orientation, transport assis de personnes nécessitant des conditions techniques de transports particulières (personnes handicapées...) ?
- Selon les cas décrits ci-dessus ou d'autres cas, quelle formation doit-on exiger pour les conducteurs : AFGSU 1 ou équivalent, AFGSU2, formation adaptée au transport de personnes présentant certains handicaps... ?
- Selon les cas décrits ci-dessus ou d'autres cas, quels sont les véhicules adaptés : véhicule léger type taxi (usage multiple), véhicule léger réservé au transport de patients, minibus, véhicules techniques comme ceux utilisés pour le TPMR ou les ambulances de type A2... ? Quels matériels doivent être à bord ?

Les réponses à ces questions pourraient alors conduire à la définition de différentes formes de prestations de transport assis professionnalisé qui seraient réalisées selon les cas par des véhicules de type taxi, TPMR, véhicule sanitaire... Les taxis peuvent dans ce cadre apparaître comme le mode de transport pour lequel les exigences sont les moins importantes (en matière de formation du conducteur, de conditions d'hygiène pour les véhicules, de trousse de secours...). Les véhicules TPMR semblent, quant à eux, être les plus polyvalents et ont l'avantage de permettre aisément un transport partagé.

3.3.3. Pour des prestations analogues, les écarts dans les conditions de réalisation d'un transport assis (tarification, formation...) devraient être gommés

Si l'on ne souhaite pas redéfinir la prestation de TAP (ou pour les transports qui peuvent être réalisés indifféremment par un taxi, un VSL), il est indispensable d'alléger les contraintes qui pèsent sur les VSL pour les aligner sur celles posées aux taxis : formation limitée à l'AFGSU 1 ou au PSC 1, trousse de secours réduite, véhicules pouvant avoir de multiples usages, pas de lien entre le nombre de VSL détenus et le nombre d'ambulance détenues par l'entreprise, contingentement du nombre de véhicules revu pour ne pas favoriser involontairement les taxis non soumis aux mêmes contraintes... Dans ce cadre, il semblerait aussi légitime d'autoriser l'utilisation de véhicules TPMR pour ce type de transport.

L'utilisation des couloirs de bus devrait par ailleurs pouvoir être autorisée de manière générale à tous les véhicules réalisant ces transports pour motif de soin pris en charge par la collectivité. Ils correspondent en effet normalement, d'après le référentiel de prescription, à des déplacements identifiés comme inéluctables (opérés sur prescription pour des motifs de soin) et qui ne peuvent pas être réalisés en transport en commun (sinon un tel mode de déplacement aurait été normalement prescrit). D'un point de vue économique, il n'y a donc pas de raison que ces déplacements soient opérés dans les voies générales de circulation et pénalisées par le trafic alors qu'aucune alternative n'est possible. Ils devraient être considérés comme des « publics » particuliers, d'autant que ces transports devraient être réalisés sous un mode partagé à chaque fois que cela. Une telle autorisation permettrait de plus de réduire la durée des courses et le coût pour la collectivité de leur prise en charge.

Par ailleurs une réflexion doit être menée sur les conditions tarifaires. Aujourd'hui, pour des raisons de tarification, les TAP sont de plus en plus réalisés par les taxis. Nous assistons à une forme d'optimisation de la part des professionnels du TAP qui choisissent, compte-tenu des

tarifs en vigueur, les prestations qu'ils réalisent. Cela est d'autant plus vrai que certaines entreprises disposent à la fois de taxis et de VSL. Cette « optimisation » se fait dans tous les cas au détriment des comptes de l'assurance-maladie. Deux modèles sont aujourd'hui en concurrence :

- les taxis n'interviennent que de manière subsidiaire ce qui rend acceptable des écarts de tarification et de contraintes,
- les taxis et VSL réalisent les mêmes prestations avec les mêmes contraintes et avantages (couloirs de bus...) et les mêmes tarifs.

Nous sommes théoriquement sur le premier modèle. Cependant la place prise par les taxis et le fait que pour certains taxis le transport de patients constitue l'activité principale, doit conduire à s'interroger sur le modèle que nous souhaitons désormais développer. Sur le segment de marché sur lequel interviennent les taxis, il est nécessaire de rechercher une harmonisation tarifaire, les conditions d'intervention étant pratiquement les mêmes. Du point de vue du patient, et de son éventuel reste à charge, il n'y a pas de raison qu'il soit dépendant du mode de transport présent, d'autant que le mécanisme d'optimisation des professionnels risque de maximiser aussi le coût pour le patient. Il n'y a par ailleurs pas de raison, si la prestation est la même, de favoriser telle ou telle profession par des mécanismes tarifaires non contrôlés. Compte-tenu de la masse financière en jeu (proche du milliard d'euros), l'assurance-maladie est légitime à pouvoir négocier les tarifs de transport en taxi sans être contrainte par les tarifs préfectoraux. La solution pourrait résider en un modèle tarifaire suffisamment fin et des prestations suffisamment calibrées pour qu'elle soit acceptable par l'ensemble des professionnels (transporteurs sanitaires, entreprises de taxis voire même TPMR).

A titre illustratif, voici quelques éléments qui pourraient servir à la construction d'un tel modèle de tarification commun aux taxis et aux VSL. L'ensemble de ces éléments devront néanmoins être repris et négociés entre les différents professionnels concernés et l'assurance-maladie.

- Le forfait (de prise en charge) pour une prestation de transport devrait ne correspondre qu'à un temps de prise en charge limité (maximum 10 à 15 minutes). Tout forfait trop important n'incite pas à l'optimisation du système pour limiter les temps d'attente. Le dépassement des temps d'attente « normaux », s'ils se répètent, pourraient conduire à des pénalités de ceux qui en sont responsables, comme le projet de référentiel sur le transport non-urgent déjà évoqué le prévoit. Pour des transports plus techniques qui nécessitent des temps de prise en charge plus longs (personnes handicapées par exemple), rien n'empêche d'adapter ces forfaits. Les forfaits doivent bien évidemment être adaptés aux véhicules concernés si des véhicules avec des caractéristiques techniques particulières s'avèrent nécessaires (si par exemple, une utilité est reconnue à l'utilisation d'ambulances de type A2 pour le transport de personnes handicapées, certains de ces transports étant aujourd'hui réalisés en ambulance en position allongée avec surveillance).
- Les compléments kilométriques doivent au maximum se baser sur des tarifs au kilomètre en faisant l'hypothèse que le retour se fait dans la majorité des cas à plein. Il est en effet essentiel d'inciter les professionnels à optimiser l'utilisation des véhicules pour minimiser les temps de roulage à vide. Cette approche réduira les optimisations auxquelles peuvent procéder les entreprises aujourd'hui⁷⁵. Dans cette optique également il y aurait un sens à ce que l'ensemble des professionnels puissent facturer des temps d'attente complémentaires aux forfaits de prise en charge si la solution la plus efficiente passe par l'attente du patient pour effectuer à la fois l'aller et le retour. Cette facturation ne doit néanmoins pas favoriser des temps d'attente trop longs (moins d'une heure ou une heure trente par exemple) car sinon l'assurance-maladie serait de fait conduite à financer de manière excessive des véhicules à l'arrêt. A nouveau, comme pour les forfaits, le non respect des horaires initiaux peut conduire à des pénalités à

⁷⁵ Le système actuel qui permet aux taxis de facturer à l'assurance-maladie les kilomètres au double du coût pour un aller simple peut permettre avec deux taxis, en changeant de patient entre les deux véhicules entre l'aller et le retour de facturer l'équivalent de quatre aller-retours au lieu de deux avec des taxis de fait en charge à l'aller et au retour.

celui qui impose des temps d'attente non anticipés. Il pourrait aussi être envisagé de fixer des compléments kilométriques légèrement plus importants pour les périodes de faible activité pour tenir compte, d'une part de coûts salariaux éventuellement plus importants sur ces périodes (nuit et week-end), d'autre part d'une proportion éventuellement plus importante de transports effectués avec retour à vide. Il s'agit aussi de favoriser les transporteurs qui s'engagent sur des périodes où le risque de non activité est plus important.

- La tarification doit inciter le transport partagé qui in fine revient moins cher à l'assurance-maladie et correspond à un comportement davantage responsable en matière de développement durable. Le transport partagé doit, par ailleurs, pouvoir être mis en œuvre dans des conditions équivalentes par l'ensemble des opérateurs (VSL, taxis, TPMR, ambulances de type A2...). L'introduction des véhicules utilisés dans le cadre du TPMR doit d'ailleurs permettre de transporter plus de trois personnes à la fois. La limite actuelle à trois personnes pour le transport partagé pourrait donc être dépassée...
- Les transports les plus coûteux (longues distances notamment ou répétitifs) doivent être effectués après entente préalable de l'assurance-maladie qui s'assure que la solution la plus efficiente est bien mise en œuvre. En particulier, les transports sur longue distance qui nécessitent de manière certaine un transport avec retour à vide ou des temps d'attente particulièrement longs pourraient bénéficier, après accord de l'assurance-maladie, de compléments de rémunération exceptionnels.
- Enfin, cet ajustement de tarification qui impose aux professionnels une gestion optimisée des véhicules et des temps d'attentes limités pourrait être associé à la prise en charge (au moins partielle) des transports commandés qui conduisent à une mobilisation d'un véhicule sans qu'un transport de patient soit réalisé. L'assurance-maladie devrait néanmoins pouvoir se retourner vers le prescripteur ou l'établissement l'origine de la demande de transport si celui-ci génère de nombreuses demandes non suivies de prise en charge.

L'ensemble de ces propositions correspond de fait à une adaptation mixée des systèmes de tarification existants pour les VSL ou les taxis. Les conventions CPAM-taxis déjà évoquées constituent d'ailleurs des éléments intéressants à exploiter pour la construction de cette nouvelle tarification commune. Les éléments de tarifications (forfaits, coûts kilométriques, temps d'attente...) doivent par ailleurs pouvoir être ajustés annuellement pour tenir compte notamment de l'évolution du coût de l'énergie et des coûts salariaux qui peuvent avoir des impacts majeurs sur le coût de ces services.

Propositions :

- Redéfinir la ou les prestations de transport assis professionnalisé et les conditions de réalisation, en particulier les véhicules (transport sanitaire, taxi, TPMR...) aptes à les réaliser. Cette redéfinition doit s'opérer dans le cadre d'une large concertation.
- Pour les transports assis réalisés à la fois par les taxis et les VSL, harmoniser complètement les conditions de réalisation et les conditions tarifaires. Pour ces transports, les véhicules utilisés dans le cadre du TPMR devraient pouvoir également intervenir.

3.4. Un élargissement à opérer vers le secteur médico-social des interventions des transporteurs sanitaires, voire vers d'autres secteurs

3.4.1. Une redéfinition en cours des besoins de transport au sein du secteur médico-social

Jusqu'en 2006 et avant la mise en place du nouveau référentiel de transport sanitaire, les ambulanciers effectuaient des trajets au profit de personnes handicapées accueillies au sein d'établissements médico-sociaux, notamment en maison d'accueil spécialisé (MAS) ou foyer d'accueil médicalisé (FAM). Ces transports étaient financés via l'enveloppe de ville de l'assurance-maladie, comme les autres transports réalisés au motif de soins au sein du secteur santé, ou sur le fond d'action sociale des caisses. Le référentiel de 2006 a précisé les conditions de prise en charges en la limitant aux seuls transports en lien avec une prise en charge sanitaire. Les caisses primaires d'assurance-maladie ont également procédé à des financements plus sélectifs à la suite d'un rapport de la Cour des comptes.

Les établissements n'ayant pas toujours les moyens financiers de prendre à leur compte ces transports ou les coûts s'avérant trop importants pour une prise en charge via les prestations de compensation du handicap (PCH), il a été demandé à l'assurance-maladie de poursuivre au moins de manière provisoire ce type de financement en attendant que le secteur médico-social s'organise. Un rapport de juillet 2009 d'un groupe de travail monté sur ce sujet à la demande du Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées a formulé un certain nombre de préconisations pour mieux structurer la prise en charge des transports dans ce secteur (voir annexe 9 pour l'ensemble des préconisations de ce groupe de travail). Ces recommandations font échos à ce qui existe du côté sanitaire et on peut penser que les transporteurs sanitaires pourraient répondre sur ces bases à une partie des besoins.

Ainsi il est préconisé de construire un référentiel de prescription des transports autre que sanitaires. Les moyens ambulanciers, VSL et taxi étant aujourd'hui largement utilisés par les patients de ce secteur, ce référentiel devrait conduire à des prestations de ce type. Le rapport évoque d'ailleurs parmi les besoins les ambulances, les VSL, les taxis, des transports collectifs adapté ou non. Il est aussi fait référence à un besoin d'accompagnement.

Il est proposé d'établir des standards de qualité. Les standards évoqués dans le rapport (référentiel GIHP) semblent assez en ligne avec les exigences actuelles en matière de transport sanitaire (accompagnement, ponctualité...) si ce n'est l'adaptation des véhicules... Sur ce point, le rapport propose aussi de prévoir dans le code de la sécurité sociale des transports en fauteuil à l'intérieur d'un véhicule. Ce point correspond de fait à la proposition formulée dans la partie 3.3 du présent rapport de prévoir en matière de transport assis professionnalisé des moyens de transports adaptés aux personnes handicapées moteurs (véhicules de type TPMR ou ambulances de type A2 par exemple).

Il est d'ailleurs assez logique que les besoins de transport au sein des secteurs sanitaire et médico-social soient assez voisins, les prises en charge et soins sont donnés à des populations assez voisines qui d'ailleurs ont recours au sein de leur parcours de vie et de prise en charge à la fois au secteur sanitaire et au secteur médico-social. Il est donc même certainement souhaitable que les prestations de transport proposées et les normes de qualités soient homogènes. Néanmoins, même si les prestations sont assez voisines et les opérateurs les mêmes (voir proposition infra), il est important que le financeur soit parfaitement identifié en fonction de la finalité du déplacement.

3.4.2. Le système dans son ensemble gagnerait à une présence identifiée des transporteurs sanitaires sur le secteur médico-social et la redéfinition de certaines prestations de transport de malades

Au regard néanmoins de la réglementation actuelle, les VSL sont affectés au seul transport sanitaire⁷⁶. Or le transport au sein du secteur médico-social n'est pas considéré comme du transport sanitaire. La structuration en cours des conditions de prise en charge des transports dans le secteur médico-social et l'apport de financements aux ESMS pour ces transports pourraient conduire à exclure les transporteurs sanitaires de ce marché alors qu'ils y sont présents aujourd'hui et que les publics et les conditions de transports sont très voisins. Dans le même temps les taxis pourront quant à eux continuer à répondre aux besoins (s'ils satisfont aux besoins identifiés ce qui est a priori le cas...).

Or, pour permettre aux transporteurs sanitaires de répondre aux besoins de transport sanitaire au meilleur coût il est important que ces derniers arrivent à utiliser au mieux leurs moyens disponibles (véhicules, équipages). L'élargissement de leur marché est un facteur tout à fait favorable d'autant que les transports dont il est ici question sont souvent programmables à l'avance. On peut penser que pour certains de ces transports les pics horaires ne sont pas toujours les mêmes que pour le transport sanitaire ce qui est un élément favorable à l'optimisation de l'utilisation des moyens. L'utilisation des VSL pour des transports au profit du secteur médico-social (avec financement par ce secteur) devrait donc être autorisée. Mais l'ouverture vers d'autres activités pourrait aussi concerner le transport dans le secteur social ou, dans le champ sanitaire, le transport de produits d'origine humaine (produits sanguins...).

Par ailleurs, nous avons évoqué l'idée de développer, en matière de transport sanitaire, l'utilisation de véhicules adaptés aux personnes handicapées. Ce type de prestation sera d'autant moins cher que les véhicules seront rentabilisés. Il y aurait donc un grand intérêt à ce que le secteur sanitaire et le secteur médico-social réfléchissent conjointement aux types de véhicules nécessaires (TMPR, ambulances de type A2...) et que les transporteurs soient autorisés à travailler sur les deux secteurs... Dans le même ordre d'idée, à la faveur de la réflexion qui doit s'engager sur la redéfinition du transport assis professionnalisé, il y aurait tout intérêt à rapprocher les réflexions avec celles concernant le transport de personnes à mobilité réduite (TPMR). Les acteurs du TMPR pourraient être partie prenante du transport de malade⁷⁷ et inversement les transporteurs sanitaires pourraient élargir leur gamme de prestation sur ce secteur. La formation aujourd'hui exigée pour le conducteur d'un véhicule effectuant un TPMR (permis B et PSC1 ou équivalent, connaissance de la clientèle), au regard de l'accord du 7 juillet 2009 relatif à l'emploi de conducteur accompagnateur, est voisine de celle nécessaire pour la conduite d'un VSL⁷⁸. A nouveau, la logique de recherche de rentabilité des investissements et l'existence de ces marchés possiblement complémentaires doit conduire à rapprocher les réflexions, harmoniser les prestations et les exigences réglementaires et ouvrir les marchés à l'ensemble des prestataires qui remplissent les conditions de formation et de qualité requise...

On peut aussi noter que le secteur médico-social souhaite aussi réfléchir au développement du co-voiturage. L'expérience des transporteurs sanitaires en matière de transport partagé, dont on peut penser qu'elle va d'ailleurs fortement se développer au cours des toutes prochaines années, pourrait ainsi bénéficier au secteur médico-social.

⁷⁶ Article R. 6312-14 du code de la santé publique.

⁷⁷ Ils le sont parfois de fait par accord locaux de CPAM mais la réglementation actuelle ne prévoit pas leur participation.

⁷⁸ Par rapport au secteur sanitaire une différence caractérise les entreprises effectuant du TPMR : le dirigeant doit en effet être titulaire d'une capacité de transport (diplôme). Par ailleurs chaque année, la société doit s'assurer qu'elle respecte les conditions de capacité financière (disposer de suffisamment de fonds propres au regard du parc de véhicule). Les entreprises de transport sanitaire sont néanmoins autorisées à disposer d'un véhicule TPMR sans avoir à respecter cette réglementation.

Proposition : Permettre aux transporteurs sanitaires de développer une partie de leur activité en dehors du secteur sanitaire, en particulier pour le transport de personnes prises en charge dans le secteur médico-social ou dépendantes.

4. Une mobilisation des acteurs et en particulier des acteurs publics apparaît désormais nécessaire pour la réussite d'un tel projet

4.1. L'équilibre économique du transport sanitaire n'est pas aujourd'hui assuré

Les tensions qu'ont connues les transporteurs sanitaires en 2008 n'ont pas cessé de peser sur le secteur même si un certain nombre d'éléments ont pu venir amoindrir les difficultés. D'une part, les prix du pétrole et des carburants, avec la crise économique de 2008, s'étaient fortement détendus. Ils pourraient à nouveau rebondir. Globalement, par rapport à l'année 2009, les prix des carburants apparaissent en 2010 25%⁷⁹ plus chers. Les hausses de tarifs pour les transports en ambulance ou en VSL prévues par l'avenant de 2008 ont permis d'absorber les effets pour les années 2008 et 2009, voire 2010 de l'arrêt Dellas et des accords salariaux qui s'en sont suivis. En revanche, les conséquences salariales pour 2011 de cet arrêt ne sont, a priori, pas couvertes par les évolutions tarifaires passées. Par ailleurs, des tensions sociales pourraient conduire à de nouvelles hausses salariales au cours des prochains semestres si les accords conclus fin 2009 dans le secteur des transports de marchandises (indemnités de repas, régime de protection sociale, revalorisations salariales) ouvrent la voie à de nouvelles revendications de la part des salariés du secteur des transports sanitaires (qui partagent la même convention collective que les salariés du secteur du transport de voyageurs).

La suppression de la taxe professionnelle au 1^{er} janvier 2010 et la mise en place d'une taxe sur la valeur ajoutée devrait être globalement favorable au secteur (gains de l'ordre de 0,25% à 0,35% du chiffre d'affaires). Selon une simulation effectuée par KPMG, seules les entreprises de plus de 2,5 M €⁸⁰ de chiffre d'affaires pourraient connaître une augmentation de fiscalité. L'impact est néanmoins lissé puisqu'un mécanisme de lissage du surplus d'impôt est prévu (selon ce dispositif, le montant des nouvelles contributions payé en 2010 ne doit pas excéder de plus de 500 € ou de plus de 10% le montant de la taxe professionnelle qui était payée au titre de l'année 2009. De 2011 à 2013 le mécanisme d'écrêtement est régulièrement réduit puis supprimé).

4.2. La mise en place des préconisations de ce rapport nécessite une forte collaboration des différents services de l'Etat concernés et de l'assurance-maladie

La fin de l'année 2010 pourrait donc être consacrée à mettre en place les évolutions nécessaires et à conduire les expérimentations telles que la LFSS 2010 le prévoit d'ailleurs. Le relatif éclatement du secteur et la multiplicité des acteurs impliqués impose néanmoins un temps important de concertation : professionnels de santé, transporteurs, usagers et pouvoirs publics... La fin de l'année ou le début de l'année 2011 pourrait alors permettre de renégocier

⁷⁹ En moyenne de janvier à avril 2010 par rapport à la moyenne 2009.

⁸⁰ En 2005, moins de 12% des entreprises du transport sanitaire avaient un chiffre supérieur à 1 M €.

les conditions tarifaires pour les transporteurs sanitaires (voire les taxis) des années à venir. Compte-tenu des analyses faites sur les tarifs conventionnels et les possibles gains d'efficacité sur le secteur au bénéfice notamment des entreprises de transport sanitaire, l'appui financier à apporter au secteur pourrait ne pas s'opérer sur les tarifs mais par des aides financières non pérennes afin de ne pas augmenter les tarifs alors que ceux-ci pourraient avoir vocation à baisser si les gains d'efficacité sont réalisés (toutes autres choses égales par ailleurs). Il s'agit de permettre aux entreprises du secteur d'affronter avec suffisamment de visibilité les années 2011 et suivantes. Il apparaît en effet important, quelque soit les décisions qui seront prises sur tel ou tel segment du transport de patients, de donner de la visibilité aux entreprises pour que celles-ci puissent s'organiser et offrir les prestations attendues au meilleur coût.

La mise en place des actions évoquée dans ce rapport nécessite par ailleurs une forte collaboration entre les services de l'Etat et ceux de l'assurance-maladie qui détiennent l'essentiel des données disponibles sur le secteur. Il importe aujourd'hui que l'ensemble des services (DGOS, DSS, DGCS, ANAP et assurance-maladie) s'inscrivent dans un calendrier commun d'actions. La présente mission a d'ailleurs pu constater la difficulté qu'il peut y avoir à obtenir une information détenue par l'assurance-maladie si la demande n'apparaît pas directement associée aux travaux de cette dernière. La coordination au niveau national pourrait s'opérer par la mise en place d'une mission légère intégrant à la fois des agents de l'Etat (DGOS) et de l'assurance-maladie pour à la fois piloter l'ensemble des actions nationales, les directions et institutions gardant bien évidemment leurs compétences, et se mettre en appui des ARS, celles-ci ayant vocation à piloter le dossier au niveau régional (cf. infra). Cette mission pourrait être dirigée par une personnalité qui aurait une vision globale de la problématique, dépassant les clivages administratifs et qui pourrait être un interlocuteur permanent des différents acteurs (fédérations de transporteurs, fédérations hospitalières, ARS...).

4.3. La création des ARS doit faciliter la régulation du secteur du transport des patients au sein du secteur sanitaire mais aussi pour le secteur médico-social

Jusqu'à la mise en place des ARS, le pilotage de la politique des transports sanitaires au niveau territorial était partagé entre l'Etat (niveau départemental), les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les CPAM. L'Etat déterminait les quotas d'ambulances par département, délivrait les autorisations pour les ambulances et les VSL et présidait le sous-comité des transports sanitaires. Les ARH définissaient les niveaux des dotations du SAMU-centres 15 au titre des carences ambulancières (via le système des missions d'intérêt général) et pouvaient contractualiser avec les établissements de santé pour limiter les prescriptions hospitalières en matière de transport sanitaire (LFSS 2010). Les CPAM, responsables du remboursement des prestations, établissaient par ailleurs les contrats de bonnes pratiques avec les transporteurs sanitaires. Elles ont aussi la responsabilité de conventionner avec les entreprises de taxi et conduisent la politique de contrôle et lutte contre la fraude et les actions vers les prescripteurs (information, sensibilisation, contrats de bonnes pratiques, mise sous entente préalable des prescriptions de transports...).

La création des ARS en avril dernier a permis de regrouper les compétences jusqu'à présents détenues par l'Etat (DDASS) et l'ARH (quotas, autorisations, contractualisation avec les établissements). L'ARS est désormais compétente également pour contractualiser avec les entreprises de transport sanitaire. La régulation du transport sanitaire doit continuer de relever en partie d'un niveau de proximité (département ou territoire). Néanmoins, un pilotage régional au sein des ARS devrait permettre une plus grande cohérence des actions des pouvoirs publics. Il s'agit à la fois de partager les expériences départementales sur un sujet relativement spécifique au regard du reste du système de soin mais aussi de trouver des solutions régionales lorsque les solutions départementales sont épuisées. On peut penser par exemple à

la possibilité de mutualisation du coordonateur ambulancier au niveau régional pour certaines régions pour les heures de la nuit et du week-end où l'activité de régulation des transports peut s'avérer très réduite.

Par ailleurs, le transport de patient constitue un maillon incontournable de la chaîne de soin et doit être appréhendé dès la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁸¹ indique que ces schémas doivent prendre en compte « les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transport sanitaire, liées en particulier aux situations d'urgence »⁸². Néanmoins sans aller jusqu'à demander d'établir un schéma d'organisation des transports de patients, il serait souhaitable que des éléments sur les besoins de transports de malades associés aux SROS soient construits. Il ne s'agit en aucune manière de prédéfinir le lieux d'implantation des entreprises de transport sanitaire mais d'identifier les besoins de transport en fonction des flux historiques, des orientations données aux régions en matière de maîtrise de ces flux de transport, des évolutions envisagées en matière de restructuration des lieux de soins. Il s'agit également de développer des approches médico-économiques concernant les choix de restructuration et des implantations des lieux de soins et des gros équipements qui tiennent compte des coûts des transports engendrés par ces opérations (réorganisation de l'offre de soin, développement de la télémédecine...). Cela doit permettre de rendre visible pour l'ensemble des acteurs les niveaux d'offre de transport de patients nécessaire pour les années à venir. Ces travaux permettraient de faire émerger les zones éventuelles d'insuffisance de moyens de transports sanitaires mais également, pour faire le lien avec le programme pluriannuel régional de gestion du risque⁸³, d'identifier les actions de maîtrise des dépenses de transport qui devront être mises en place dans la région.

La constitution des ARS devrait aussi faciliter la constitution d'enveloppes uniques comme cela est proposé dans ce rapport pour la gestion du transport d'urgence (voir partie 3.1). Les ARS apparaissent donc comme une opportunité pour une meilleure régulation des transports sanitaires et le développement d'une politique de qualité dans le domaine. Il y a néanmoins un risque, compte-tenu des sujets innombrables auxquelles doivent faire face ces nouvelles agences, que la problématique des transports reste incomplètement prise en compte au niveau régional, ce sujet étant jusqu'à présent géré à un niveau départemental. Il est donc nécessaire que soit clairement identifiée, au niveau régional, une personne référente. Celle-ci devra animer les travaux dont certains continueront à être conduits au niveau de chaque département et mutualiser l'ensemble des réflexions et connaissances pour la région. Elle constituera également pour les transporteurs un point de contact bien identifié. Rien n'empêche par ailleurs que cette personne soit située au sein d'un échelon territorial, les compétences en transport sanitaire se situant aujourd'hui essentiellement à ce niveau. Ce même référent pourrait aussi être chargé de faire évoluer les transports de patients dans le secteur médico-social afin de faire l'ensemble des liens nécessaires avec le transport sanitaire tel qu'il est aujourd'hui défini (au sein du seul secteur santé).

La capacité d'action des régions est néanmoins très dépendante de la qualité des données sur lesquelles celles-ci seront en mesure de s'appuyer. La traçabilité des transports et la dématérialisation des données apparaissent alors comme des évolutions indispensables pour pouvoir disposer de bases de données sur l'activité de transport de patients dans une région. Parmi toutes les mesures évoquées, il y a donc une priorité forte à faire avancer rapidement ce chantier. La constitution des bases de données nécessaires dépend à la fois des transporteurs (géolocalisation des transports et facturation dématérialisée), de l'assurance maladie (constitutions de bases de données à partir des informations dématérialisées de transporteurs et des établissements de santé et fourniture de données aux ARS pour le pilotage des actions)

⁸¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, art.118.

⁸² Article L.1434-7 du code de la santé publique.

⁸³ Article L.1434-14 du code de la santé publique.

et des établissements de santé (dématérialisation des demandes de transport et suivi des transports effectués). Mettre à disposition des régions, mais également du niveau national, les données indispensables au pilotage de cette politique est primordial pour développer une politique efficace de gestion du risque et de négociation tarifaire.

La régionalisation aujourd'hui est par ailleurs incomplète car la possibilité de négocier des tarifs avec les taxis et le conventionnement de ces derniers sont restés au niveau des CPAM. La mise en place des ARS aurait dû conduire, à notre sens, à confier à ces dernières les éléments de tarification des courses de taxi prises en charge par l'assurance-maladie. Le conventionnement aurait pu aussi être piloté par les ARS (avec une sous-traitance éventuelle aux CPAM) afin que les ARS puissent au mieux gérer la politique de qualité et « d'agrément » des entreprises. Il serait donc souhaitable que ces compétences résiduelles soient transférées aux ARS. Il nous semble même qu'une expérience de régionalisation complète de la régulation pourrait être menée. Ainsi, on pourrait donner la compétence à titre expérimentale, avec une ou plusieurs ARS, de négocier des tarifs régionaux avec l'ensemble des transporteurs (transporteurs sanitaires taxis...). Cette région devrait en contrepartie respecter un objectif régional de dépenses de transport financées par l'assurance-maladie (ORDAM) limité au transport sanitaire. Dans une telle expérience, pour ne pas pénaliser les acteurs, il ne serait néanmoins sans doute pas souhaitable que l'enveloppe financière confiée aux régions expérimentatrices soit totalement fermée.

Enfin, la rénovation du modèle économique du transport sanitaire terrestre et la maîtrise des dépenses associée doit également permettre de prendre en compte les nouveaux besoins ou ceux couverts de manière très insatisfaisante. Dans ce cadre, une réflexion doit être menée pour mieux prendre en compte les personnes souffrant de handicaps particuliers et permettre des tarifications adaptées des transports spécifiques. Il serait également nécessaire d'identifier les transports qui mériteraient éventuellement d'être pris en charge dans le cadre de la permanence des soins. Cette réflexion doit non seulement s'intéresser à ce qui peut être pris en charge par l'assurance-maladie mais également ce qui pourrait être pris en charge par les assurances complémentaires et notamment la CMU complémentaire (ce qui peut permettre de limiter la prise en charge collective du coût de certains transports aux personnes à faibles revenus).

Proposition complémentaires :

- Désigner au sein de chaque ARS un référent régional en matière de transports de patients pour les secteurs sanitaires et médico-social. Constituer une mission légère Etat – assurance-maladie de pilotage national pour la mise en œuvre des recommandations.
- Accélérer la dématérialisation des données dans le domaine du transport de patients pour permettre aux ARS de disposer des données nécessaires au pilotage régional de cette politique
- Expérimenter la fixation d'un objectif régional concernant l'ensemble des dépenses de transport de patients en transférant à cette région la compétence de tarification des prestations de transport sanitaire.

5. Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Principales institutions et personnes rencontrées

Annexe 3 : Transport de patients ou transport sanitaire, de quoi parle-t-on ?

Annexe 4 : Tarifications appliquées pour le transport de patients

Annexe 5 : Dépenses de transport de malade par régions

Annexe 6 : Mémo Transport de l'assurance-maladie (juin 2009)

Annexe 7 : Recours au transport et ALD – Régime général

Annexe 8 : Coût d'un transport assis professionnalisé

Annexe 9 : Synthèse des préconisations du groupe technique « Frais de transport des personnes en situation de handicap »

Annexe 10 : Sigles utilisés

Annexe 1
Lettre de mission



*Ministère de la Santé, de la Jeunesse,
des Sports et de la Vie associative*

Paris, le 24 NOV. 2008

La Ministre

Cab/RBN/CG/LM Me D-08-11922

Messieurs,

Les transports sanitaires terrestres sont un maillon important de l'organisation de notre système de soins. La réduction des durées moyennes de séjour, le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète et la concentration des plateaux techniques conduisent à l'augmentation de la demande de transport.

Le métier d'ambulancier est donc un élément de la rénovation de notre système de soins. Ces professionnels se sont trouvés récemment confrontés à des difficultés économiques liées à des facteurs conjoncturels mais aussi aux limites du modèle actuel. Les transporteurs ont donc souhaité que l'adéquation du modèle économique puisse être évaluée.

Face aux nouveaux défis qui s'offrent à elle, cette profession a besoin d'un cadre à la mesure de son évolution.

Une revalorisation des tarifs des transports sanitaires a déjà été accordée cette année pour un montant de plus de 150 millions d'euros. Elle sera mise en œuvre, sur trois ans, depuis le 11 octobre 2008. Mais je souhaite donner à la profession l'opportunité de faire évoluer son modèle économique.

Les évolutions de l'organisation du transport sanitaire ainsi que la dynamique de progression des charges et des coûts induits pour la profession devront être prises en compte. Vous pourrez vous appuyer sur les évaluations menées au cours de la dernière phase de négociation avec l'assurance maladie.

C'est pourquoi je vous confie une mission de réflexion et de concertation qui devra déboucher sur la définition d'un modèle économique rénové. Ce modèle devra, pour une même qualité de prise en charge, assurer l'efficacité et la pérennité du système dans un cadre de pilotage régional du secteur. Il devra tenir compte de l'objectif de redressement de l'assurance maladie.

Monsieur Didier EYSSARTIER,
Monsieur Jean-Claude MALLET,
Conseillers généraux des établissements de santé

14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tel: 00 33 (0)1 40 56 60 00

Votre réflexion devra porter en particulier sur les modalités de financement de la garde ambulancière, et les règles de financement relatives aux transports entre établissements de santé, notamment. Je vous demande de tenir compte des offres de transports alternatives ou concurrentes et des marchés en devenir (personnes âgées, handicap, dépendance...). Vous porterez une attention particulière à la place des taxis dans l'organisation du transport sanitaire. Vous pourrez vous appuyer sur l'expertise de la caisse nationale d'assurance maladie – travailleurs salariés dans l'ensemble de ces domaines.

Je souhaite que vos travaux s'articulent avec ceux du comité des transports sanitaires, chargé d'engager une concertation sur la place de la profession dans l'organisation des soins.

Vous réaliserez une concertation approfondie avec toutes les organisations de transporteurs sanitaires ainsi que les autres acteurs concernés. Cette phase d'écoute et de dialogue vous permettra de prendre en compte les attentes des professionnels et de formuler des propositions qui seront le socle du système de transport sanitaire de demain.

Vous voudrez bien me faire part de vos premières propositions dans un rapport intermédiaire remis en mars 2009. Vos conclusions me seront restituées dans un rapport définitif qui devra m'être remis en juin 2009. Elles feront état de la stratégie et des mesures à mettre en œuvre pour faire évoluer le modèle économique des transports sanitaires. Il pourra être présenté lors des assises du transport sanitaire qui auront lieu au début du second semestre 2009.

Veuillez agréer, messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe 2

Principales institutions et personnes rencontrées

Principales institutions et personnes rencontrées

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Frédéric Van Roekeghem : directeur général

Jean-Marc Aubert : directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins et leurs collaborateurs

François-Emmanuel Blanc : directeur général de la CPAM des Bouches-du-Rhône

Direction générale de l'offre de soin (DGOS, anciennement direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins -DHOS-)

Annie Podeur : directrice générale

Martine Krawczak : sous-directrice de l'organisation du système de soin (DHOS)

Jean-Philippe Pinton : adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soin (DGOS)

Dominique Renard : chef du bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins (DHOS)

et ses collaborateurs

Vincent Beaugrand : chef du bureau du premier recours (DGOS)

et ses collaborateurs

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Jean-Philippe Viquant : sous-directeur du financement du système de soins

et ses collaborateurs

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS, anciennement direction générale de l'action sociale -DGAS-)

Pierrette Tisserand : sous-directrice des personnes handicapées (DGAS)

Agence régionale d'hospitalisation d'Aquitaine (ARH)

Alain Garcia : directeur

Fédération nationale des transporteurs sanitaires (FNTS)

Thierry Schifano : président

Odile Tassi

Fédération nationale des artisans ambulanciers (FNAA)

Jean-Claude Maksymiuk : président

Sébastien Volpe

Serge Beaujan

Thierry Cablé

Chambre nationale des services ambulanciers (CNSA)

Bernard Bocard : président

Luc de Laforcade : président délégué

François Bonnet : secrétaire

Serge Nossovitch : délégué général

Fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP)

Bernard Pelletier : président

Jean-paul Villalpando

Claude Delesse

KPMG entreprises

Marc basset : associé, directeur

SAMU de France

Dr Marc Giroud : président

Fédération hospitalière de France (FHP)

Gérard Vincent : délégué général

Andrée Barreteau : responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-social

Dr François Moreau

Valérie le Borgne

Gaëlle Le Bayon

FEHAP

Samah Ben Abdallah

Antoine Audouin

Marine Gey

FHP

Jean-Loup Durousset : président

Thierry Béchu : délégué général FHP MCO

Théodore Amarantinis : délégué général FHP SSR

Laurent Castra : directeur des affaires économiques

Centre hospitalier universitaire de Besançon

Pr Gilles Capellier : chef de service du service d'accueil des urgences adultes – centre 15

Jean-Marc Labourey

Fédération nationale des artisans du taxi (FNAT)

Alain Estival : président

et ses collaborateurs

Fédération française des taxis de province (FFTP)

Michel Geay : président

et ses collaborateurs

Fédération Nationale des taxis (FNDT)

Jean-Louis Heinrich : président

et ses collaborateurs

Fédération nationale des taxis indépendants (FNTI)

Jean-Claude Françon : président

et ses collaborateurs

Annexe 3

Transport de patients ou transport sanitaire, de quoi parle-t-on ?

Transport de patients ou transport sanitaire, de quoi parle-t-on ?

Les notions de transport de patients⁸⁴ et de transports sanitaires se recoupent mais correspondent à des approches distinctes.

Le transport de patients correspond à l'ensemble des transports effectués pour des raisons de soins. Ils peuvent être effectués à partir de véhicules personnels, en transports en communs ou à partir de véhicules dits « spécialement adaptés » que sont les véhicules sanitaires légers (VSL), les ambulances ou les VSAB⁸⁵ des services d'incendie et de secours (SDIS)⁸⁶. Ces transports peuvent encore être effectués en avion ou en bateau (rapatriement ou évacuation sanitaire) ou en hélicoptère. Le transport de patient s'effectue également, en particulier dans le secteur médico-social, en TPMR (transport de personnes en mobilité réduite) ou en transport collectif.

La prise en charge directe par l'assurance - maladie de ces transports est subordonnée à la délivrance d'une prescription médicale. Peuvent bénéficier de cette prise en charge les assurés sociaux se trouvant dans l'une des situations suivantes⁸⁷ :

- Transports liés à une hospitalisation (complète, partielle et ambulatoire) : entrée à l'hôpital, sortie de l'hôpital, transfert définitif vers un autre établissement de santé ;
- Transports pour des traitements ou examens en rapport avec une affection de longue durée (ALD) ou des soins continus supérieurs à 6 mois (chimiothérapie, dialyse, radiothérapie) ;
- Transports liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres, sous réserve d'une entente préalable ;
- Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de 2 mois et pour une distance aller de plus de 50 kilomètres.

Sont également pris en charge certains transports pour se soumettre à un contrôle de l'assurance-maladie.

Le code de la sécurité sociale précise (article L 322-5) 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 ». Ainsi, le remboursement des frais de transport s'effectue sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche sauf pour les transports liés à une hospitalisation (sur la base de la distance

84 On dit également transport de malades.

85 Véhicule de secours aux asphyxiés et blessés. On parle aussi désormais de VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes.

86 Article R. 6312-8 du code de la santé publique. On distingue deux sortes d'ambulances, celles de type A dites « ambulances de secours et de soins d'urgence » (ASSU) et celles de type C. Les ambulances de type A peuvent être médicalisées et servir comme SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation).

87 Article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.

parcourue si moins de 150 km sinon accord préalable, cf. infra)⁸⁸. De plus un référentiel de prescription médicale précise les moyens de transport qui peuvent être utilisés⁸⁹ :

« Un transport par ambulance peut être prescrit seulement lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités 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 ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie »

Un transport assis professionnalisé peut-être prescrit seulement lorsque le patient présente 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 transport assis professionnalisé 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.

Le transport assis professionnalisé ne peut être réalisé qu'en VSL ou en taxi. Des entreprises utilisant des TPMR sont parfois agréées localement par les CPAM bien que cela ne soit pas prévu par la réglementation pour le transport notamment de personnes handicapées.

Si les conditions de prise en charge d'une ambulance ou d'un transport assis professionnalisé ne sont pas réunies, seul un transport en commun ou l'utilisation d'un véhicule personnel peuvent être remboursés.

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.

Le taux de prise en charge par l'assurance maladie est de 65% sauf pour les transports réalisés au cours d'une hospitalisation (80%). Ce taux peut cependant être de 100% notamment pour les personnes bénéficiant d'une ALD (si le transport est en lien avec l'ALD) ou si l'hospitalisation en lien avec le transport contient un acte « lourd »⁹⁰.

⁸⁸ Articles R. 322-10-5 et R. 322-10-3 du code de la sécurité sociale

⁸⁹ Article R. 322-10-1 du code de la sécurité social et arrêté du 23 décembre 2006

⁹⁰ L'acte réalisé à un coefficient égal ou supérieur à K50 ou à un tarif supérieur à 91 €.

Sont financés par les établissements de santé :

- Les transferts provisoires : le patient est transféré dans un établissement plus spécialisé, pour diagnostic ou soins avec un retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures (les transferts provisoires initiés par les établissements privés conventionnés et non conventionnés- ex OQN - sont à la charge directe de l'assurance maladie),
- Les transferts intra-hospitaliers (au sein du même établissement),
- Les déplacements médicalisés effectués en SMUR (dans le cadre de l'urgence ou pour le transfert d'un patient non stabilisé),
- Les transferts infirmiers interhospitaliers,
- Les transports en hélicoptère dans le cadre de l'urgence,
- Les transports en VSAB à la suite d'une carence avérée d'un ambulancier privé (forfait de 105 €)

Les autres transports en VSAB (sapeurs-pompiers) sont effectués dans le cadre du prompt secours et sont donc financés par les SDIS.

Lorsque qu'il est évoqué le transport de patients « pour des raisons de soin », ne sont pas pris en compte les transports vers des structures médico-sociales qui ne sont normalement pas pris en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de ville (voir partie 3.4).

On appelle transport sanitaire, en reprenant la définition du code de la santé publique, « tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet ». Les transporteurs sanitaires doivent être agréés par l'Etat et la mise en service des véhicules autorisée⁹¹. De ces définitions il découle que les transports de patients effectués en taxis ne sont pas des transports sanitaires. Seuls les transports en ambulance (dont SMUR), VSAB et VSL dont des transports sanitaires (pour ce qui est des transports terrestres).

⁹¹ Articles L. 6312-1 à L. 6312-4 du code de la santé publique.

Annexe 4

Tarifications appliquées pour le transport de patients

Tarifications appliquées pour le transport de patients

Les tarifs sont réglementés à la fois pour les transports sanitaires (ambulance et VSL) et pour les taxis.

En ce qui concerne les ambulances et les VSL, pour ce qui est des transports pris en charge directement par l'assurance-maladie, les tarifs sont fixés dans un cadre conventionnel entre l'UNCAM et les fédérations de transporteurs sanitaires privés à l'image de ce qui existe pour l'ensemble des professions de santé. La convention en vigueur date du 26 décembre 2002 (et publiée par arrêté le 23 mars 2003). Cinq avenants ont été depuis également pris et publiés.

La tarification comporte, pour les tarifs ambulances comme pour les tarifs VSL :

- un forfait ou un tarif de prise en charge selon le lieu du siège de l'entreprise de transports sanitaires. Pour les ambulances le forfait est le même pour toute la France à l'exception de trajets effectués exclusivement à l'intérieur de certaines villes ou agglomérations urbaines limitativement désignées. Pour les VSL, le forfait dépend du département lieu de siège de l'entreprise (répartition des départements en quatre zones, voir annexe 8). Le système de prise en charge concerne certaines communes de la région parisienne (identiques VSL ou ambulances).

- un tarif kilométrique, applicable à la distance parcourue en charge du lieu de départ au lieu d'arrivée, déduction faite des trois premiers kilomètres inclus dans le forfait, ou dès le premier kilomètre parcouru dans le cas de la facturation de la prise en charge. Pour les ambulances comme pour les VSL, le tarif kilométrique est le même sur toute la France (sauf pour les VSL en Corse : +1,2% par rapport au reste de la France).

Les frais de péage sont facturés en sus, sur justification, pour le parcours en charge.

Des majorations existent la nuit (entre 20h et 8h) : + 75% du tarif de jour pour les ambulances et + 50% pour les VSL. De même les tarifs sont majorés le samedi à partir de 12 heures, le dimanche ainsi que les jours fériés : de 50% (25% pour les VSL) le jour et de 75% (50% pour les VSL) la nuit par rapport au tarif de jour de semaine.

Enfin des suppléments (non cumulables) sont accordés :

- pour un transport d'urgence effectué sur la demande expresse d'un médecin régulateur (centre 15) ou d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) (ambulances uniquement),
- pour les transports de prématurés ou en cas d'utilisation d'un incubateur (ambulances),
- lorsque le malade est transporté dans un aéroport, un port ou une gare, pour embarquement dans un avion, un bateau ou un train, ou pris en charge à sa descente d'avion, de bateau ou de train.

Les tarifs de transports (ambulance set VSL notamment), en cas d'appel d'offre d'un établissement de santé, pour les transports à sa charge, sont en revanche fixés par contrat (à la suite d'un marché public pour les établissements publics de santé).

Pour les transports à la charge directe de l'assurance maladie effectués **en taxi**, les tarifs appliqués jusqu'en 2009 étaient les tarifs préfectoraux, sauf accord locaux avec les CPAM

conduisant à des remises⁹². Les tarifs arrêtés par les préfets sont eux-mêmes encadrés par un arrêté national. Ce même arrêté national fixe chaque année l'augmentation tarifaire pour un transport type.

Les tarifs de taxi comprennent un tarif de prise en charge des indemnités kilométriques. Ces indemnités sont majorées la nuit, le week-end et les jours fériés et si le retour de la course se fait à vide. Des indemnités complémentaires sont prévues pour les périodes d'attente et pour les périodes où la marche du véhicule est ralentie. Pour les taxis parisiens des majorations sont aussi prévues pour les heures de pointe.

Depuis la LFSS pour 2008, les taxis doivent désormais être conventionnés avec la caisse primaire d'assurance maladie, les tarifs et les conditions de prise en charge étant fixés dans le cadre de cette convention. Cette dernière doit être conforme à une convention type établie au niveau national et qui a été publiée au journal officiel en septembre 2008. Il y est précisé que les tarifs doivent être inférieurs aux tarifs préfectoraux, ils doivent néanmoins en avoir toutes les composantes (forfait de prise en charge, prix au kilomètre...) et les remises sont fortement encadrées (entre 5 et 15% des tarifs préfectoraux).

⁹² Des remises pouvaient en effet avoir été instaurées localement, dans le cadre de conventions déterminant notamment les conditions dans lesquelles les assurés peuvent être dispensés de l'avance des frais.

Annexe 5

Dépenses de transport de malade par régions

Evolutions régionales des dépenses remboursables de transport de patients sur les années 2006 et 2007 (régime général)

| | 2006 | | | | | | 2007 | | | | | | Moyenne 2006-2007 | | | | | | | |
|------------------------------|----------|---------------|-------|-------|-------|-----------|----------|---------------|-------|-------|-------|-----------|-------------------|---------------|-------|-------|-------|-----------|-------|------|
| | Ensemble | Ambulance VSL | Taxi | Autre | TAP | Amb + VSL | Ensemble | Ambulance VSL | Taxi | Autre | TAP | Amb + VSL | Ensemble | Ambulance VSL | Taxi | Autre | TAP | Amb + VSL | | |
| France métropolitaine | 8,7% | 9,3% | 1,9% | 15,2% | 8,5% | 8,1% | 6,4% | 6,1% | 5,6% | 0,7% | 12,0% | 6,4% | 3,6% | 7,4% | 7,5% | 1,3% | 13,6% | 7,1% | 7,3% | 5,1% |
| France entière | 8,8% | 9,4% | 1,8% | 16,0% | 8,2% | 8,4% | 6,4% | 6,3% | 6,0% | 0,7% | 12,1% | 4,0% | 4,0% | 7,5% | 7,7% | 1,3% | 14,0% | 7,4% | 7,4% | 5,2% |
| Île-de-France | 8,2% | 11,2% | -3,0% | 7,3% | 11,3% | 2,1% | 8,3% | 5,8% | 8,5% | -3,4% | 5,1% | -2,5% | 6,3% | 7,0% | 9,9% | -3,2% | 6,2% | 4,4% | 1,6% | 7,3% |
| Champagne-Ardenne | 9,1% | 8,1% | -0,1% | 19,9% | 11,5% | 9,5% | 4,2% | 7,2% | 6,1% | -0,3% | 16,1% | 2,7% | 13,2% | 8,2% | 7,1% | 0,2% | 18,0% | 7,1% | 8,9% | 3,7% |
| Picardie | 8,5% | 7,9% | 5,3% | 17,0% | 10,6% | 8,9% | 6,7% | 4,5% | 3,7% | 1,7% | 12,3% | 4,1% | 2,8% | 6,5% | 5,8% | 3,5% | 14,6% | 7,4% | 7,0% | 4,7% |
| Haute-Normandie | 9,8% | 9,5% | 6,6% | 17,3% | 10,9% | 9,9% | 6,2% | 4,6% | 4,6% | 1,6% | 9,2% | 8,9% | 3,5% | 7,2% | 7,2% | 4,1% | 13,2% | 9,9% | 7,0% | 5,8% |
| Centre | 8,6% | 3,5% | 1,8% | 17,1% | 12,9% | 10,8% | 2,7% | 5,5% | 5,4% | 0,8% | 8,9% | 1,1% | 5,8% | 7,0% | 4,4% | 1,3% | 13,0% | 7,0% | 8,3% | 3,0% |
| Basse-Normandie | 8,1% | 9,9% | 1,6% | 16,2% | 9,5% | 6,9% | 5,7% | 9,8% | 9,1% | 1,9% | 19,8% | 22,7% | 5,6% | 9,0% | 9,5% | 1,7% | 18,0% | 16,1% | 7,9% | 5,7% |
| Bourgogne | 8,9% | 6,6% | 1,1% | 17,5% | 9,1% | 10,0% | 4,0% | 6,0% | 5,2% | -0,1% | 11,5% | 3,1% | 2,7% | 7,4% | 5,9% | 0,5% | 14,5% | 6,1% | 8,3% | 3,3% |
| Nord-Pas-de-Calais | 10,0% | 11,6% | 5,6% | 22,2% | 13,8% | 8,0% | 7,2% | 6,5% | 7,0% | 1,4% | 13,7% | 10,2% | 4,5% | 7,7% | 9,3% | 3,5% | 17,9% | 12,0% | 5,7% | 6,6% |
| Lorraine | 10,8% | 11,8% | 2,5% | 20,5% | 12,8% | 10,0% | 7,2% | 6,5% | 5,2% | 4,6% | 10,7% | 5,7% | 4,9% | 8,6% | 8,5% | 3,5% | 15,6% | 9,3% | 8,7% | 6,1% |
| Alsace | 4,0% | 3,3% | -3,8% | 16,5% | -0,9% | 4,9% | 0,4% | 9,0% | 9,8% | 4,8% | 12,0% | 9,5% | 7,8% | 6,5% | 6,5% | 0,5% | 13,7% | 4,3% | 6,7% | 4,1% |
| Franche-Comté | 8,3% | 4,8% | 4,1% | 16,4% | 12,3% | 10,4% | 4,3% | 7,4% | 3,3% | -1,5% | 16,9% | 9,7% | 2,2% | 7,9% | 5,1% | 1,3% | 16,6% | 11,0% | 9,4% | 3,4% |
| Pays de la Loire | 9,2% | 12,1% | 1,9% | 18,5% | 6,8% | 7,8% | 6,6% | 5,2% | -2,5% | 4,4% | 17,7% | 5,0% | 1,0% | 7,2% | 4,7% | 3,2% | 18,0% | 5,9% | 8,7% | 3,8% |
| Bretagne | 9,1% | 10,5% | 3,3% | 14,5% | 7,1% | 8,7% | 6,6% | 6,1% | 2,8% | 1,7% | 14,1% | 4,7% | 2,0% | 7,6% | 6,4% | 2,5% | 14,3% | 5,6% | 8,3% | 4,3% |
| Poitou-Charentes | 7,6% | 7,0% | 1,6% | 20,6% | 4,9% | 8,1% | 4,0% | 4,4% | 2,8% | -0,5% | 14,0% | 6,3% | 1,0% | 6,0% | 4,9% | 0,6% | 17,3% | 6,6% | 6,6% | 2,5% |
| Aquitaine | 7,9% | 8,3% | 3,8% | 13,6% | 7,4% | 7,8% | 6,2% | 7,5% | 8,0% | -0,1% | 17,0% | 5,8% | 4,4% | 7,7% | 8,1% | 1,8% | 15,3% | 6,8% | 7,5% | 5,3% |
| Midi-Pyrénées | 8,6% | 7,0% | 3,8% | 20,0% | 14,2% | 9,5% | 5,5% | 4,9% | 2,4% | 1,9% | 13,7% | 5,8% | 2,5% | 6,8% | 5,0% | 2,8% | 16,9% | 10,0% | 7,9% | 4,0% |
| Limousin | 6,4% | 6,8% | 1,2% | 11,5% | 2,4% | 6,5% | 4,2% | 7,8% | 6,3% | 1,9% | 13,9% | 11,8% | 4,3% | 7,1% | 6,5% | 1,5% | 12,7% | 7,1% | 7,4% | 4,2% |
| Rhône-Alpes | 7,6% | 6,0% | 2,1% | 13,2% | 2,8% | 8,9% | 4,5% | 6,1% | 4,6% | -1,5% | 11,1% | 9,0% | 2,4% | 6,8% | 5,4% | 0,3% | 12,1% | 5,9% | 7,8% | 3,5% |
| Auvergne | 7,8% | 6,5% | -0,6% | 13,9% | 10,9% | 8,3% | 3,3% | 2,9% | 2,2% | 0,5% | 5,0% | 1,2% | 1,5% | 5,4% | 4,4% | -0,1% | 9,5% | 6,1% | 5,8% | 2,4% |
| Languedoc-Roussillon | 9,6% | 10,0% | -3,3% | 20,7% | 8,7% | 9,4% | 4,5% | 9,1% | 6,5% | -0,7% | 19,5% | 5,4% | 3,7% | 9,4% | 8,2% | -2,0% | 20,1% | 7,0% | 10,3% | 4,1% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 10,0% | 11,7% | -1,1% | 12,7% | 2,6% | 8,3% | 9,2% | 5,8% | 5,7% | -3,1% | 9,4% | 11,5% | 4,1% | 7,9% | 8,7% | -2,1% | 11,1% | 7,1% | 7,0% | 6,6% |
| Corse | 4,4% | 5,6% | -1,5% | 5,5% | 4,3% | 3,3% | 4,0% | 3,7% | 1,0% | -5,9% | 13,8% | 1,5% | -0,5% | 4,1% | 3,3% | -3,7% | 9,6% | 2,9% | 5,6% | 1,8% |
| Départements d'Outre-Mer | 11,8% | 10,1% | 1,3% | 58,1% | 6,8% | 16,1% | 6,4% | 11,1% | 12,6% | 2,9% | 14,9% | 16,7% | 8,7% | 11,5% | 11,3% | 2,1% | 36,5% | 11,7% | 11,6% | 7,6% |

Source : Eco-santé

Structure par régions des dépenses remboursables de transport de patients (régime général)

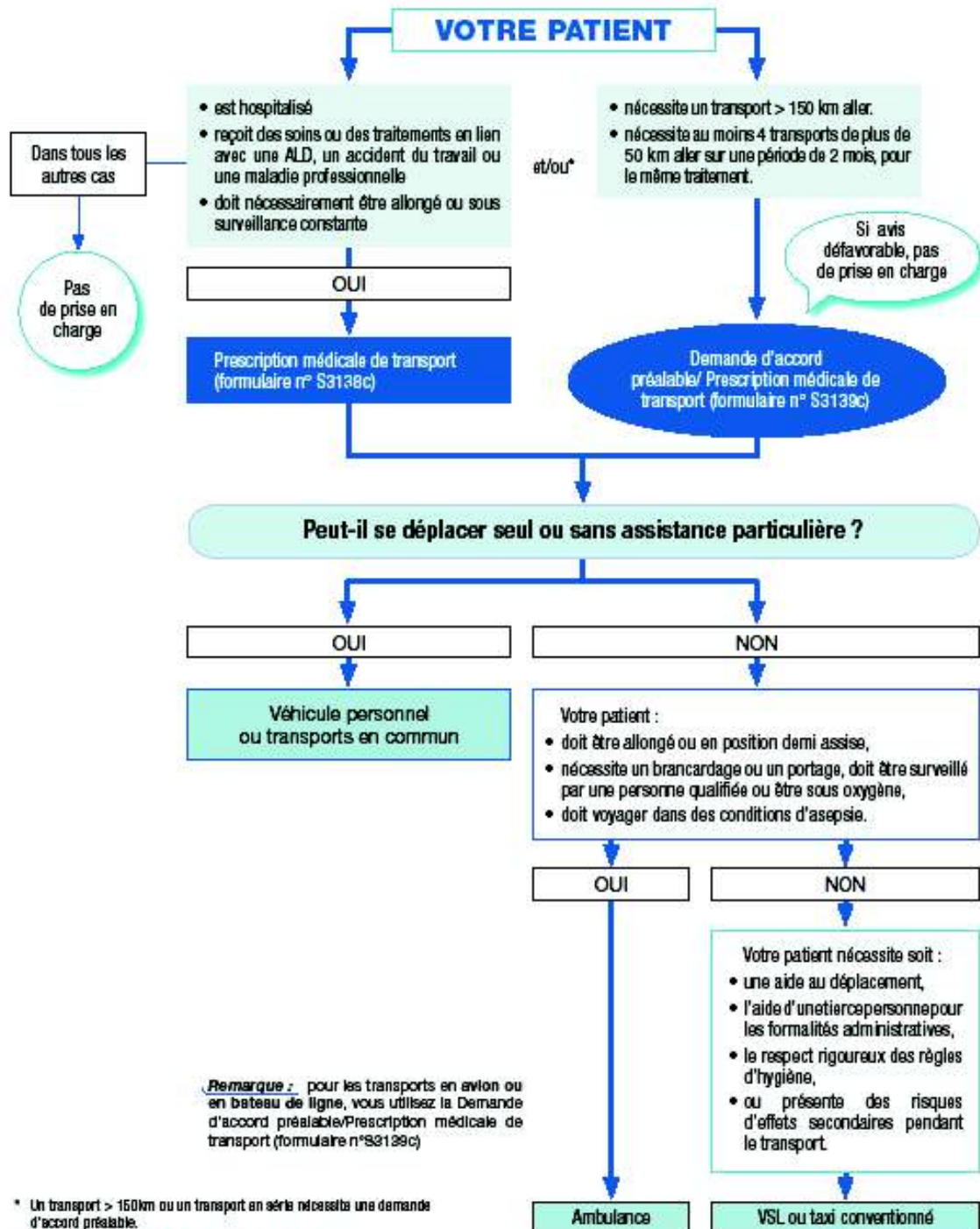
| | Part de marché ambulances / ensemble des dépenses | | Part de marché taxis / dépenses TAP | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| | 2005 | 2007 | 2005 | 2007 |
| France métropolitaine | 42,6% | 42,8% | 47,0% | 52,8% |
| France entière | 42,6% | 42,7% | 46,4% | 52,3% |
| Ile-de-France | 63,7% | 67,1% | 49,5% | 54,1% |
| Champagne-Ardenne | 34,4% | 33,7% | 47,7% | 56,0% |
| Picardie | 41,4% | 40,9% | 30,5% | 35,0% |
| Haute-Normandie | 42,4% | 42,3% | 30,9% | 34,6% |
| Centre | 31,6% | 30,0% | 58,9% | 64,0% |
| Basse-Normandie | 36,7% | 37,0% | 36,3% | 43,5% |
| Bourgogne | 31,3% | 30,5% | 53,8% | 60,2% |
| Nord-Pas-de-Calais | 47,2% | 48,6% | 14,5% | 18,0% |
| Lorraine | 35,6% | 35,5% | 41,4% | 46,8% |
| Alsace | 41,5% | 41,5% | 45,1% | 51,3% |
| Franche-Comté | 35,7% | 33,8% | 51,1% | 58,0% |
| Pays de la Loire | 33,7% | 32,1% | 35,9% | 42,3% |
| Bretagne | 29,2% | 28,5% | 47,9% | 53,4% |
| Poitou-Charentes | 32,0% | 31,4% | 34,4% | 41,6% |
| Aquitaine | 40,5% | 40,8% | 40,6% | 46,7% |
| Midi-Pyrénées | 41,8% | 40,4% | 34,9% | 40,9% |
| Limousin | 34,5% | 34,1% | 51,5% | 56,7% |
| Rhône-Alpes | 36,1% | 35,2% | 61,8% | 66,9% |
| Auvergne | 31,4% | 30,8% | 61,2% | 65,4% |
| Languedoc-Roussillon | 38,2% | 37,4% | 53,1% | 63,0% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 54,9% | 55,7% | 68,2% | 73,4% |
| Corse | 39,6% | 39,0% | 68,9% | 74,2% |
| Départements d'Outre-Mer | 40,4% | 40,4% | 26,0% | 37,9% |

Source : Eco-santé

Annexe 6

Mémo transport de l'assurance-maladie (juin 2009)

D'après le décret et l'arrêté du 23 décembre 2006



→ Pour en savoir plus

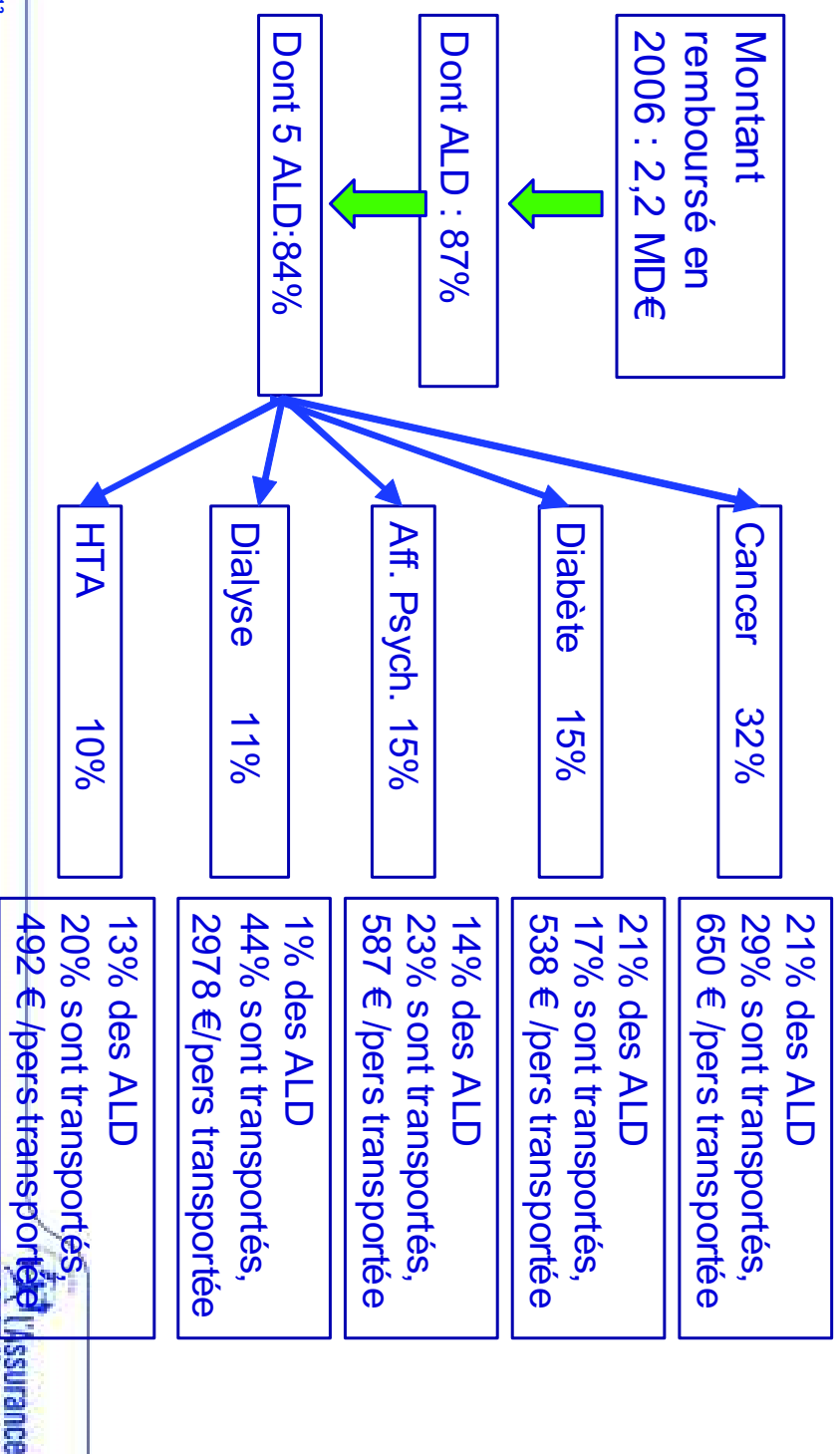
amef.fr, espace Professionnels de Santé > Médecins > Exercer au quotidien

Annexe 7

Recours au transport et ALD – Régime général

Partie I : La demande de transport – patients en ALD

Le recours au transport sanitaire : une forte concentration sur quelques ALD



Annexe 8

Coût d'un transport assis professionnalisé

Simulations du prix d'un transport assis professionnel

Les données produites dans cette annexe sont des simulations faites pour essayer d'illustrer le prix d'un TAP opéré soit par un VSL soit par un taxi. Il est néanmoins difficile de faire des comparaisons car les modalités de calcul du prix des prestations sont assez différentes entre VSL et taxi. Pour les taxis, les tarifs dépendent de conventions départementales avec les CPAM et des tarifs préfectoraux de prestations de taxi. Pour les VSL les tarifs sont fixés au niveau national, il y a néanmoins de légères différences selon la localisation de l'entreprise de transport sanitaire sur le territoire (zones A, B, C, D) et pour certaines agglomérations de la région parisienne.

Les données diffèrent de calculs présentés sur le site Ameli.fr au moment de la rédaction du rapport car ces derniers sont élaborés avec des références tarifaires de 2007. Dans cette annexe, les tarifs utilisés pour les VSL et taxis sont ceux en vigueur en janvier 2010.

| Trajet (de jour) En euros | VSL | | | | Taxi | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|--------|--------|--------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| | Zone A | Zone B | Zone C | Zone D | Retour en charge sans temps d'attente* | Retour en charge avec ½ heure de temps d'attente* | Retour à vide (sans temps d'attente)* |
| 5 km Avec forfait départemental Avec prise en charge | 14,94 19,09 | 14,56 | 13,74 | 13,14 | 6,10 | 15,76 | 9,02 |
| 10 km Avec forfait départemental Avec prise en charge | 19,09 23,24 | 18,71 | 17,89 | 17,29 | 9,32 | 19,57 | 16,16 |
| 15 km Avec forfait départemental Avec prise en charge | 23,24 27,39 | 22,86 | 22,04 | 21,44 | 13,00 | 22,20 | 23,29 |
| 20 km Avec forfait départemental Avec prise en charge | 27,39 31,54 | 27,01 | 26,19 | 25,59 | 16,68 | 27,48 | 30,42 |
| 50 km Avec forfait départemental Avec prise en charge | 52,29 56,44 | 51,91 | 51,09 | 50,49 | 38,78 | 48,08 | 73,21 |
| 100 km Avec forfait départemental Avec prise en charge | 93,79 97,94 | 93,41 | 92,59 | 91,99 | 75,60 | 86,70 | 144,53 |

* tarif A, ** tarif C

La zone A correspond à l'Île-de-France, ensuite les départements sont classés dans les zones B, C et D en fonction de leurs caractéristiques géographiques. Le système de prise en charge n'est utilisé que pour les principales communes d'Île-de-France.

Pour les prestations de taxi, les tarifs étant départementaux, nous nous sommes basées sur la moyenne des tarifs de l'ensemble des départements hors Paris, les taxis parisiens ayant une grille tarifaire particulière. Par ailleurs, les conventions que doivent passer les entreprises de taxi avec les CPAM introduisant des rabais par rapport aux tarifs départementaux, les calculs présentés ci-dessus sont menés en se basant sur des abattements moyens (5% (hors temps d'attente) pour les transports avec retour chargé -tarifs A et B- et 8% pour les transports retour à vide –tarifs C et D-). Ce choix a été fait en fonction des quelques conventions que nous avons pu nous procurer et dont le contenu tarifaire est illustré ci-après. La décision de l'UNCAM du 8 septembre 2008 fixe par ailleurs des bornes à ces rabais (en simplifiant, les rabais doivent être compris entre 5 et 15% des tarifs départementaux).

Exemples de contenu tarifaire des conventions CPAM – entreprises de taxis :

Département du Cher :

Application des tarifs fixés par l'arrêté préfectoral en vigueur à la date du transport, pour : la prise en charge, le tarif kilométrique (sans temps de chute), l'heure d'attente. Un abattement tarifaire de 5% est appliquée sur le coût global de la facture constitué de la prise en charge, des kilomètres parcourus et du temps d'attente, pour les transports : avec retour à vide à la station (tarifs C et D), avec retour en charge à la station pour le transport répétitif, les transports en série vers un lieu distant de plus de 50 km et des transports exposés sur une distance de plus de 150 km (tarifs A et B en cas d'entente préalable). Pour les courses effectuées à l'intérieur des communes de Bourges, Saint-Amand-Montrond et Vierzon un forfait global de 11,10 € sera facturé. Ce forfait est indexé sur le tarif VSL.

Département d'Indre-et-Loire :

Application des tarifs fixés par l'arrêté préfectoral en vigueur à la date du transport, pour : la prise en charge, le tarif kilométrique (sans temps de chute), un tarif d'attente le cas échéant. La facturation est établie sur la base des kilomètres parcourus à partir de la commune de prise en charge de l'assuré de transporter jusqu'à la commune de la structure de soins. La distance est majorée de 6 km pour le transport autre qu'intra-muros. Il est institué un forfait kilométrique intra-muros pour Tours, de 11 km et de 9 km pour les autres trajets intra-muros. Ce forfait ne fait l'objet d'aucune majoration ni d'aucun abattement tarifaire. L'utilisation des tarifs C et D est réservé à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation pour lesquels les temps d'attente prévisible rendent le coût de l'attente supérieure à 50 % du coût d'une seconde course. Pour les transports autres qu'intra-muros un abattement tarifaire de 6 % est pratiqué par rapport aux tarifs fixés par le préfet.

Département du Morbihan :

Seuls les tarifs A et B qui correspondent à un retour en charge permettent la facturation d'heures d'attente. Le taux de remise à appliquer est de : 5 % hors coût de l'attente pour les courses aux tarifs A et B, la remise s'effectue sur la prise en charge et sur le tarif kilométrique ; 8% sur la totalité de la facture pour les courses aux tarifs C et D. Le minimum de perception ne subit aucune remise.

Département du Val de Marne :

Par rapport aux tarifs fixés par l'arrêté préfectoral en vigueur à la date du transport :

- remise de 5% sur les quatre tarifs (A, B, C, D) pour les transports occasionnels ou ponctuels,
- remise de 10% sur les quatre tarifs (A, B, C, D) pour les transports itératifs (4 ou plus transports en série) et pour les transports soumis à entente préalable.

L'approche est facturée dans la limite de 15 km. La marche lente est facturée au tarif préfectoral ainsi que l'attente dans la limite de deux heures. L'attente dans la commune de rattachement du taxi n'est néanmoins pas facturée

Les conventions examinées prévoient en général également les conditions de facturations en cas de transport de plusieurs patients. Elles n'ont pas été rapportées ici car ne sont pas en cohérence avec la convention type nationale. Dans certains départements, des recours devant le tribunal administratif ont, semble-t-il, été conduits pour faire annuler ces clauses de tarification de transports simultanés ou partagés.

Annexe 9

**Synthèse des préconisations du groupe technique « Frais de transport des personnes en situation de handicap »
Juillet 2009**

Synthèse des préconisations du groupe technique

« Frais de transport des personnes en situation de handicap »

Ces préconisations s'inscrivent :

- au regard du constat, fait par le groupe, que le dispositif actuel est :
 - producteur d'inégalités,
 - producteur de restes à charge pour des personnes livrées à elles mêmes face aux offres de transport
 - coûteux
 - pas toujours efficace
 - peu responsabilisant
 - peu lisible
- en réponse aux attentes et besoins exprimés et recensés par le groupe en termes de transports.

Elles poursuivent par ailleurs l'objectif premier du groupe qui conduit à rechercher le meilleur rapport qualité-coût dans un contexte budgétaire tendu pour l'ensemble des financeurs, y compris les usagers.

Le groupe a identifié comme publics prioritaires les personnes (adultes et enfants) dont le projet de vie est compromis en raison d'absence de prise en charge des frais de transport notamment entre le domicile et l'établissement pour les adultes accueillis en MAS, FAM et Foyers de vie.

I. Les priorités

1. Poursuite du moratoire relatif à la prise en charge par les CPAM (ou retour aux dispositions antérieures) dans l'attente de la mise en œuvre d'une solution législative ou réglementaire

2. Clarifier et compléter les textes relatifs aux prises en charge obligatoires

a. **Définir le champ de responsabilité de prise en charge et de financement de chacun** en ne laissant aucune zone d'ombre quelque soit la finalité du déplacement (lieu, type de soins ou d'établissement...).

Principe : la finalité du déplacement concerné détermine l'identification du financeur

- Trajets du domicile vers le lieu de scolarisation (activités périscolaires, lieux de stages, trajets résidence universitaire – domicile parental,).
- Trajets domicile vers le secteur libéral : intégrer l'accessibilité du cabinet médical dans les critères de prise en charge.
- Trajets ESMS vers : domicile, lieux de soins, loisirs.

b. Inclure dans le code de la SS une troisième notion de transport, outre le VSL et transport couché, celui du **transport en fauteuil roulant à l'intérieur d'un véhicule** dont le prix serait intermédiaire.

c. Clarifier la notion de transport de substitution pour **faire reconnaître le transport adapté de porte à porte**.

d. Demander à l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale de produire un référentiel des **standards de qualité et de sécurité spécifique aux transports** à partir des référentiels existants (Cf. référentiel GIHP, norme Qualicert...)

e. **Produire un référentiel de prescription des transports** autres que sanitaires pour compléter celui-ci.

3. Prise en charge des frais de transports du domicile vers les ESMS

a. **Améliorer les orientations au plus près du domicile** notamment en ayant une politique de création de places en ESMS à la hauteur des besoins, en cohérence avec les lieux de vie et l'offre de transports.

- Renforcer les moyens des MDPH pour l'aide à la mise en œuvre des PPC et notamment le rôle d'observatoire
- Gestion des listes d'attente en établissement par les MDPH
- Revoir les périmètres de compétence géographique des établissements

b. En **réponse à l'interrogation première du cabinet de la secrétaire d'Etat**, le groupe s'est exprimé sur la question des trajets domicile établissement : l'idée d'intégrer les transports dans le budget (ligne 62) présente des avantages et des inconvénients.

Au titre des avantages :

- simplification des démarches pour les usagers ;
- atténue les inconvénients de la PCH (droit d'option ACTP, éligibilité, reste à charge) ;
- la famille n'est pas laissée « seule » face à des professionnels puissants ;
- le directeur peut lancer des appels d'offre (plus grande concurrence) ;
- permet la mutualisation ;
- le décideur étant le payeur, il est directement intéressé par les économies de gestion ;
- encourage le rapprochement entre la famille et l'établissement

Les inconvénients et limites :

- Cette idée n'est pas pertinente pour les structures de soins ambulatoires CAMSP-CMPP : prise en charge individuelle, multiplicité et variabilité des situations dont la majorité ne relèvent ni de la MDPH ni de l'ALD ;
- Cette solution n'est pas adaptée aux ESMS à agrément régional ou national ;
- Cette solution représenterait une dépense nouvelle pour les établissements, qui doit être compensée ;
- Risque de rigidité dans le fonctionnement des établissements au détriment de la liberté des personnes ;
- Risque de voir qu'un directeur d'établissement privilégie l'admission des personnes géographiquement les plus proches ;

- Il faut déléguer l'ingénierie, externaliser l'organisation (GIE, GCSMS ?)
- Sinon, il faut du personnel en interne ;
- Il faut un référentiel qualité (Quel type de véhicule ou d'accompagnement ? Quel temps de trajet ou d'attente acceptable ?)

Ce constat implique de faire des propositions différenciées selon le type d'établissement :

- **MAS et FAM, en particulier avec accueils de jour** : prise en charge dans le budget, par exemple sur le modèle AJ EHPAD, et stipulant l'obligation pour l'établissement d'organiser le transport. Idem pour les **foyers de vie** (en accueil de jour)

Par ailleurs, il existe une particularité pour le **foyer de vie**, qui doit permettre le pilotage de l'organisation des transports par l'établissement, tout en encourageant l'autonomie des personnes, par exemple par l'utilisation des transports en commun.

- **CAMSP et CMPP** : retour à la prise en charge individuelle CPAM (modification du 6e de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale) : la demande de prise en charge à 100% s'effectue au travers de l'entente préalable auprès du médecin conseil de l'assurance maladie (mécanisme détaillé dans la lettre ministérielle du 29 mai 1990).
- **ESAT** : clarification les notions de « transport collectif » et de « contraintes liées à l'environnement » évoquées dans le décret du 16 juin 2006 pour permettre une prise en charge satisfaisante par le budget de l'Etat des trajets domicile – ESAT et foyer d'hébergement – ESAT.
- **ESMS à agrément régional ou national** : prise en charge financière particulière à organiser (car éloignement des résidents), en évitant l'intégration dans le budget car fortes variations entre exercices budgétaires selon la distance avec le domicile familial.

4. Mutualisation

Il faut s'appuyer sur les acteurs existants pour mutualiser les réponses en matière de transports :

- les autorités organisatrices des transports ;
- les syndicats mixtes de transports collectifs quand ils existent ;
- les ARS.

Il est essentiel de prendre en compte l'ensemble de la chaîne de déplacements (accessibilité de porte à porte) et de penser la question globalement (accessibilité des transports en commun, transport scolaire, transports domicile vers établissement, personnes âgées, personnes handicapées, enfants, adultes, ...).

a. Dans l'optique de la mise en place des agences, **missionner un professionnel au sein des ARS**, chargé de la prise en compte de la problématique des transports dans l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale en termes de qualité et d'accessibilité en privilégiant l'aspect multimodal et l'interopérabilité.

b. **Charger les observatoires des transports existant en France d'un éclairage sur les problématiques transports propres au handicap** (dont le coût) et de faire un bilan de toutes les actions innovantes locales en matière de

transports pour étudier la faisabilité de la mutualisation et les possibilités de généralisation (par exemple par des groupements de coopération) ;

c. **Financer l'ingénierie de projet pour favoriser les coopérations et mutualisations** (outils existants : CPOM et GCSMS) sur le sujet des transports.

d. **Organiser globalement les transports en fonction des problématiques les plus fréquentes** (et donc repérer et traiter dans le respect des choix de la personne les situations particulières ou exceptionnelles, hors normes dans le schéma ou en termes de coûts).

II. Autres préconisations

a. Engager une **étude nationale sur les déterminants de l'éloignement** entre le domicile et les établissements (familles recomposées, structure de l'offre).

b. Systématiser la **mise en concurrence des transporteurs** par les établissements ;

c. Développer dans les établissements pour enfant des apprentissages à partir de 16 ou 17 ans pour **encourager l'utilisation des transports en commun** ;

d. Encourager une ingénierie de **covoiturage** ;

e. **Répartir le surcoût de l'accueil de jour** sur un plus grand nombre d'utilisateur ;

Annexe 10
Sigles utilisés

Sigles utilisés

A

- ACOSS : agence centrale des organismes de sécurité sociale
- ACTP : allocation compensatrice de tierce personne
- ALD : affection de longue durée
- AFGSU : attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
- AJ : accueil de jour
- AM : assurance-maladie
- AME : aide médicale Etat
- ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANESM : agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale
- ARH : agence régionale de l'hospitalisation
- ARS : agence régionale de santé
- ASIP : agence des systèmes d'information de santé partagés
- ASSU : ambulance de secours et de soins d'urgence
- ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

C

- CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
- CGES : conseillers généraux des établissements de santé
- CJCE : cour de justice des communautés européennes
- CME : commission médicale d'établissement
- CMPP : centre Médico-Psycho-Pédagogique
- CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
- CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNG : centre national de gestion
- CPAM : caisse primaire d'assurance-maladie
- CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CSP : code de la santé publique

D

- DSC : direction de la Sécurité civile
- DARH : directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation
- DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DDCS : directions départementales de la cohésion sociale
- DDCSPP : directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations
- DGAS : direction générale de l'action sociale
- DGCS : direction générale de cohésion sociale
- DGOS : direction générale de l'offre de soin
- DGS : direction générale de la santé
- DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DIREM : direction des ressources énergétiques et minérales
- DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- DRJSCS : directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- DSS : direction de la sécurité sociale

E

- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ESAT : établissement et service d'aide par le travail
- ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux
- ETP : équivalent temps plein

F

- FAM : foyer d'accueil médicalisé

G

- GAO : Government Accountability Office
- GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-sociale
- GHM : groupe homogène de malades
- GHS : groupe homogène de séjours
- GIE : groupement d'intérêt économique
- GIP : groupement d'intérêt public
- GIHP : groupement pour insertion des handicapés physiques

H

- HAS : haute autorité de santé
- HPST : loi hôpital, patients, santé et territoires

I

- IGAS : inspection générale des affaires sociales
- IGF : inspection générale des finances

L

- LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

M

- MAS : maison d'accueil spécialisé
- MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
- MDPH : maisons départementales des personnes handicapées
- MIG : dotations hospitalières au titre des missions d'intérêt général
- MSA : mutualité sociale agricole

O

- ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance-maladie
- OQN : objectif quantifié national
- ORDAM : objectif régional de dépenses d'assurance-maladie

P

- PACA : Provence - Alpes - Côte d'Azur
- PCH : prestation de compensation du handicap
- PPC : plan personnalisé de compensation
- PSC1: formation prévention et secours civiques de niveau 1

R

- RGPP : révision générale des politiques publiques

S

- SAMU : service d'aide médicale urgente
- SDIS : service d'incendie et de secours
- SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
- SNIIRAM : système national d'informations inter-régimes de l'assurance-maladie
- SSR : soins de suite et de réadaptation

T

- TAP : transport assis professionnalisé
- TEPA : loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat
- TPMR : transport de personnes à mobilité réduite

U

- UNCAM : union nationale des caisses d'assurance-maladie

V

- VSAB : véhicule de secours aux asphyxiés et blessés
- VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes.
- VSL : véhicule sanitaire léger