



**INSPECTION GENERALE  
DES AFFAIRES SOCIALES**

# **Réforme du financement des transports de patients – mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017**

**n°2018-135 / Mission « flash »**

**Support de restitution de la « mission flash » aux  
représentants des transporteurs et des  
établissements**

**Benjamin Ferras, Alain Meunier et Angel Piquemal, membres de l'Igas**

**Version définitive – 18 janvier 2019**

# Présentation générale

- **Suite aux échanges intervenus**, la Ministre des Solidarités et de la Santé a souhaité diligenter **une mission « flash » de l'Igas chargée d'analyser les impacts et les modalités de mise en œuvre de la réforme** introduite par l'article 80 de la LFSS pour 2017 modifié par l'article 67 de la LFSS pour 2018 ; la mission a été **lancée le 11 décembre** ; elle a été confiée à Alain Meunier, Angel Piquemal et Benjamin Ferras
- **La mission s'est déroulée entre le 11 décembre et le 15 janvier** :
  - des échanges au niveau national, des déplacements dans **quatre régions** (Auvergne-Rhône Alpes, Bourgogne-Franche Comté, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur)... au total, la mission a rencontré **180 personnes** ;
  - le **traitement des signalements** formulés par les acteurs, l'administration d'un **questionnaire aux ARS** (entre le 14 et le 28 décembre 2018) ;
  - l'analyse de la **documentation** remise par l'administration et les acteurs ;
  - la mission a privilégié, autant que possible, une approche pratique, opérationnelle afin de prendre connaissance des sentiments des acteurs de terrain
- **La mission entend remercier l'ensemble des acteurs pour leur mobilisation et leur disponibilité dans une période singulière...**
- **Le support ci-après matérialise les travaux conduits et les conclusions** de la mission, il synthétise les points essentiels sans développer les éléments probants qui ont été réalisés par ailleurs... ce support va donc à l'essentiel au risque de la simplification
- La mission souligne qu'elle a travaillé dans une démarche de **proposer rapidement des solutions opérationnelles** ; par construction, les éléments ci-après ne prétendent pas à l'exhaustivité mais à permettre de nourrir les réflexions nécessaires à la décision et à l'action publiques

# Le contexte de la réforme

- Il n'appartenait pas à la mission de discuter de l'opportunité d'une réforme décidée par le gouvernement et adoptée puis confirmée en 2016 et en 2017 par la représentation nationale... elle entend néanmoins rappeler **plusieurs éléments de contexte...**
- **La dépense de transports sanitaires augmente de manière constante ; elle est quasi intégralement prise en charge par la puissance publique**
  - **Entre 2008 et 2017, une hausse** de 1, 601 Mds€ du poste « transports sanitaires » dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), soit **+47,5%** alors que, sur la période, la CSBM globale a cru de + 23,5% ...
  - Cette hausse a **des déterminants nombreux** qui n'ont pas tous à ce stade été appréciés (rapport IGAS/IGA/IGF de 2016) mais les écarts demeurent significatifs... en ce qui concerne le secteur des transports sanitaires au sens strict, la croissance est largement tirée par la dépense de **taxis**, la contribution à la croissance des dépenses d'**ambulances** étant notable et celle des dépenses de **VSL** moindre...
  - Ces dépenses sont largement financées par la solidarité nationale: en 2017, **la part de la dépense « transports » remboursée est de 94,1%** contre 77,8% pour l'ensemble de la CSBM
- **Les modes de régulation de la dépense sont nombreux** et complexes à combiner (rapport IGAS/IGA/IGF de 2016): prix, volumes et agrément / autorisation... on constate de **très fortes disparités territoriales** en matière de **consommation** et d'**offre** de transports sanitaires , qui ne sont pas directement expliquées par des déterminants identifiés... et **la dépense de transport sanitaire liée à l'activité des établissements de santé a un poids déterminant** - près des deux tiers de la dépense (entre 63 et 64% au cours des dernières années)...
- **Le choix de déconcentrer la gestion d'une partie limitée des transports et de la dépense en découlant** (10% des dépenses de transports des établissements, 7% de l'ensemble de la dépense de transports sanitaires) **doit être appréciée à l'aune de ces faits stylisés...** sachant que les travaux de la mission soulignent que **l'opération de transfert a été assurée à enveloppe constante et dans un souci de neutralité** globale donc sans souhait d'économie dès l'année de transfert...



# Une réforme concernant un champ limité et ayant une cohérence propre (1/2)

- **Pour prendre en compte les contraintes des établissements et des transporteurs, la déconcentration de la dépense, par son transfert de l'assurance maladie aux établissements de santé, a été assurée dans la perspective suivante :**
  - ne sont transférés **qu'une partie des transports** – les transports inter hospitaliers – sachant que les transports intra hospitaliers et les transferts inter hospitaliers inférieurs à 48 heures sont d'ores et déjà à la charge des établissements et donnent lieu, le cas échéant, à des procédures d'achat ou de marché ;
  - **deux principes cardinaux** conduisent à ce qu'un établissement finance un transport (i) le patient est hospitalisé et (ii) l'établissement est le prescripteur du transport ;
  - **les contraintes de certains parcours sont prises en compte** via des exceptions aux principes généraux (prestations interactivités/PIA et prestations entre établissements différents/PIE) et, à juste titre, des exceptions aux exceptions (EHPAD, dialyse hors centre et HAD...) et les acteurs dénombrent une 60aine de cas de figure ;
  - **L'ensemble est cohérent mais la complexité globale et opérationnelle est cependant évidente** car la réforme a conduit (i) à rappeler des règles peu connues et maîtrisées et (ii) à mettre en place des circuits cohérents mais parfois d'une très haute complexité et, sans effort important d'accompagnement, difficiles à approprier par les acteurs de terrain
- **Le financement de la réforme est assuré via une approche moyenne nationale : par des suppléments (MCO), par une intégration dans la DAF (SSR et PSY publics) ou dans les prix de journée (SSR et PSY privés); (i) avec une recherche de neutralisation des pertes éventuelles estimées (clause de « non perte » en MCO) et (ii) suscitant une compréhension difficile dans un contexte de contraintes financières accrues (« moindres baisses » des DAF et prix de journée dans le cadre des campagnes tarifaires et budgétaires)... ce qui ne facilite pas l'appropriation de la réforme par les établissements...**
- **S'agissant des patients**, la réforme (i) conserve la possibilité du « **libre choix** » (dont la mission n'a pu estimer la matérialité) mais uniquement pour les transports en dehors du périmètre de la réforme, (ii) considère certains **patients** comme **hospitalisés** alors qu'ils sont à domicile (dialyse péritonéale notamment) et (iii) précise le cadre et les règles applicables aux « **permissions de sortie** » à l'occasion du transfert aux établissements des montants pris en charge par l'assurance maladie...



# Une réforme concernant un champ limité et ayant une cohérence propre (2/2)

---

- Dans cette approche, **la réforme vise à permettre la rencontre libre entre l'offre (transporteurs) et la demande (établissements) au plus près des besoins locaux et des spécificités territoriales**
  - profil des transports demandés, spécificités territoriales en matière de transports (zones urbaines / rurales), exigences respectives des acteurs...
  - elle conduit ainsi, sur un champ que les pouvoirs publics ont souhaité limité, à permettre à **une organisation territoriale du transport sanitaire** des patients hospitalisés de se mettre en œuvre...
  - afin de rapprocher des territoires **le mode de détermination des « bonnes prestations » et de « tarifs ajustés »** par construction, aspect peut-être insuffisamment perçu et mis en avant *ex ante* et, comme on le verra, sans doute insuffisamment préparé
- **Les premiers travaux de la mission ne remettent pas en cause le bien-fondé d'une approche de ce type :**
  - **l'organisation des transports est éminemment territorialisée et justifie une approche dédiée ;**
  - **les établissements n'ont pas tous été amenés à se préoccuper de leur politique « transports »** alors même qu'elle est un élément indissociable du parcours patient et qu'elle est considérée comme annexe (prescription puis « bon » de transport sans que la commande donne lieu à une organisation *ad hoc* et adaptée) ;
  - **l'assurance maladie est dans l'incapacité d'assurer les actions de régulation nécessaires**, on ne peut attendre d'elle qu'elle prenne en compte les contraintes organisationnelles des transporteurs et des établissements et qu'elle détermine la « bonne prestation » ou le « tarif adapté »
- Loin d'être seulement une réforme « technique », l'évolution décidée par les pouvoirs publics constitue une évolution qui peut être bénéfique pour les deux parties (transporteurs et établissements) et, surtout, aspect peu mis en avant, **renforcer la qualité de prise en charge des patients**



# Une réforme nécessitant une mobilisation très forte... au plus près des territoires

- Par nature, **une évolution de ce type nécessite une rupture profonde avec les habitudes et pratiques -vertueuses ou plus ou moins contestables- de chacun des acteurs**
- Très schématiquement, **côté transporteurs, le besoin d'adaptation est très fort** ; cela concerne en particulier les petits voire très petits transporteurs qui ont un poids important au niveau national et encore plus prégnant dans certains territoires (« offre très atomisée ») ; quels que soient les modes de prise en compte de ces spécificités par les acheteurs, la réforme induisait **un mouvement coopératif et de mutualisation d'un type nouveau**
  - **sans que les acteurs aient tous acquis conscience de cette nécessité au regard de la spécificité du métier d'ambulancier** caractérisé en particulier par (i) des structures petites, (ii) qui ajustent quotidiennement leurs actions aux flux et à la nature des demandes, (iii) dont la précarité est parfois renforcée par des logiques financières et de rentabilité et en tension, (iv) marquée par un fort sentiment d'indépendance et de choix d'un métier par « goût » de l'autonomie, (v) fidèle à un « ADN » artisanal, sanitaire et (vi) combinant une conception, propre à chaque structure, entre deux objectifs distincts – « rentabilité » et « travail bien/mieux fait »...
  - **alors même que les tensions sont fortes en matière de concurrence** (recherche de parts de marché), que les acteurs redoutent une réorganisation brutale (montée en puissance de groupes, émergence d'acteurs nouveaux et crainte d'une « ubérisation »), que les prix sont fixés par les pouvoirs publics, que le recours à la main d'œuvre tant sur un plan quantitatif que qualitatif est souvent difficile...
- Là encore, très schématiquement, **côté établissements, ils doivent mener une « révolution copernicienne » car la prestation de transports** (hormis quand, pour certaines structures disposant de véhicules et de personnels, elle est pour partie internalisée) **est considérée comme un élément extérieur** à l'activité: on y fait appel au fil des besoins donc on la « subit » (qualité, disponibilité) et on lui demande de s'adapter à l'organisation générale de l'établissement dans un contexte indéniable de tensions financières
  - les contraintes pesant dans la période sur les établissements sont par ailleurs très fortes à la fois en ce qui concerne **les charges à assumer, les contraintes financières et la mise en œuvre récente de pratiques coopératives** d'un type nouveau (mise en place des volets « achats » des GHT au 1<sup>er</sup> janvier 2018 notamment)



# Des prérequis pour assurer la dynamique territoriale indispensables

- Les constats de la mission soulignent que, **dans la quasi-totalité des cas et des territoires visités et, pour la quasi intégralité des acteurs rencontrés, la prise de conscience de ces adaptations nécessaires demeure imparfaite sinon inexistante...**
- **Les travaux de la mission ont néanmoins permis d'identifier des territoires et établissements ou groupe d'établissements ayant mis en œuvre cette dynamique** et qui, à cet égard, ont su gérer les changements et le « choc » lié à la mise en œuvre de la réforme... Car, pour que la réforme produise les effets vertueux attendus, plusieurs étapes apparaissent incontournables : la capitalisation de ces retours d'expérience est riche d'enseignements...
- **En amont**, d'une part, les transporteurs du territoire et, d'autre part, les établissements doivent, chacun de leur côté, se préparer à la réforme: pour les premiers, en définissant les modalités dans lesquelles ils entendent répondre à la nouvelle demande (concurrence, regroupement total / partiel et modalités de ce regroupement, tour de rôle...) et, pour les seconds, en appréciant leurs pratiques et leurs besoins
- **La méthode type à déployer reposait donc sur un travail préalable interne à chaque acteur et la mise en place d'une concertation et d'une coopération territoriales** entre les établissements et les transporteurs qui n'existait pas; les grandes étapes à respecter dans la procédure d'achat étaient ainsi schématiquement les suivantes afin d'équilibrer les contraintes respectives des acteurs
  - par chaque établissement, analyse de sa dépense de transport et de l'organisation en découlant (prescription, commande, circuit patient), et de l'offre territoriale de transport (surface, capacité à répondre aux besoins, niveau de concurrence...)
  - par les transporteurs, analyse des volumes / flux existants et de l'implantation de l'offre / de la demande, définition coopérative / concurrentielle des modes de réponse aux besoins des établissements
  - à l'initiative de l'établissement, lancement d'un dialogue avec les transporteurs tant en amont de la procédure d'appel d'offre ou d'achat (calibrage des besoins et des lots, présentation des « règles du jeu » permettant de répondre aux besoins des patients)
  - adapter l'organisation de l'établissement afin de mieux prendre en compte la fonction de commande et d'achat et les contraintes des transporteurs (solution logicielle / organisationnelle); de même, adaptation des transporteurs aux contraintes nouvelles

➔ **La mission constate que ces prérequis ont été sous estimés par les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs**

# Le déploiement de la réforme a entraîné des dysfonctionnements et des dérives

- **L'insuffisance de la préparation des acteurs**, du fait de déterminants qui seront expliqués après (conception, gouvernance, pilotage national / territorial), **a conduit à des dévoiements importants**, reflets de la prise en compte insuffisante du caractère multi dimensionnel des actions préparatoires nécessaires et des changements à mener...
- **Deux cas-types** présentés ici de manière conventionnelle et que, fort heureusement, on ne trouve pas de manière « parfaite » sur le terrain, **permettent de cerner ces dévoiements**
  - **Dans le territoire A, l'établissement X est confronté à un grand nombre de transporteurs**; il entend donc –de manière consciente ou non- profiter de la mise en œuvre de l'article 80 pour imposer aux acteurs du transport sanitaire ses conditions en matière de tarifs, de disponibilité et de permanence, d'exigences techniques de natures diverses et, le cas échéant, optimiser son organisation en demandant aux seuls transporteurs de s'adapter (procédures de sorties notamment); la procédure d'achat ou de marché est assurée « en bloc » (lots importants, souhait d'un interlocuteur unique ou d'un nombre limité d'interlocuteurs)... les transporteurs sont alors divisés et face à un dilemme, (i) celui de répondre au risque de prendre mal en charge le besoin et avec une rentabilité basse voire négative ou (ii) celui de perdre les marchés proposés qui peuvent parfois représenter une part importante de leur CA...
  - **Dans le territoire B, un transporteur est en situation de quasi monopole ou les transporteurs représentant l'essentiel des volumes ont décidé de se regrouper**; l'établissement Y ne peut alors que « subir » l'ensemble des conditions fixées de manière unilatérale par le ou les transporteurs tant en termes de tarifs (majorations à 130, 140% voire sur certains transports à 200 ou 300%) qu'en ce qui concerne la prestation fournie (disponibilité, qualité de la prise en charge, exigences techniques, nature des tâches incombant à l'établissement et aux transporteurs...); l'établissement ne peut qu'accepter les contraintes liés au monopole ou au quasi « cartel »
- **La mission considère que la réforme n'a pas été mise en œuvre dans les territoires dans les conditions de nature à produire les effets attendus** ; pour la mission, cette réforme n'est motivée (i) ni par une volonté d'économie qui n'apparaît pas dans les modalités de compensation retenues ou (ii) ni par une volonté de transférer aux établissements une activité qui ne relèverait pas de leur champ de responsabilité...



# Les conditions de réussite nécessaires à la mise en œuvre de la réforme n'ont pas été réunies

- Les constats et travaux de la mission conduisent à souligner que, **pour les acteurs territoriaux, la prise en compte de la réforme a été plus qu'imparfaite...**
- Alors même que le Parlement s'était prononcé à deux reprises sur le sujet, à de rares exceptions près, **les acteurs de terrain ont indiqué que la mise en œuvre au 1<sup>er</sup> octobre a constitué un élément de surprise très important voire de « sidération »** tant pour les établissements que pour les transporteurs (*verbatim*):
  - « J'ai découvert cette réforme à la mi octobre... »
  - « Tout le monde pensait que la réforme, comme d'autres avant, ne se ferait pas »
  - « Je connaissais l'article 80 mais tout le monde disait qu'il ne se ferait pas, nous avons donc, comme les autres, attendu des signes de confirmation de sa mise en œuvre »
  - « Une réforme comme celle-là se fait au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet mais jamais au 1<sup>er</sup> octobre »

⇒ **La mobilisation territoriale nécessaire à la mise en œuvre de la réforme n'a pas été assurée**

- **La réforme a été mise en œuvre par plusieurs textes successifs :**
  - Article 80 de la loi n°2016-1827 du **23 décembre 2016** de financement de la sécurité sociale pour 2017 et article 67 de la loi n° 2017-1836 du **30 décembre 2017** de financement de la sécurité sociale pour 2018 (champ inchangé, entrée en vigueur repoussée au 1<sup>er</sup> octobre)
  - Note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du **19 mars 2018** relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 dont les éléments ont été mis à jour régulièrement –(FAQ notamment)
  - Décret n°2018-354 du **15 mai 2018** portant sur la prise en charge des transports de patients (JORF du 16 mai 2018)
  - Instruction n° DSS/1A/DGOS/R2/2018 du **27 novembre 2018** relative à la mise en œuvre de la réforme du financement des transports pour patients (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017)

⇒ **La détermination, par touches successives, du cadre normatif de la réforme, rapporté au délai qu'induisent sa déclinaison territoriale et son appropriation par les établissements et transporteurs, conduit la mission à constater que le temps d'implémentation et l'implication indispensable des acteurs à la mise en œuvre de la réforme ont été sous-estimés**



# Une responsabilité collective

---

- **La solution de facilité consisterait à considérer que seul le ministère est responsable** des retards et difficultés rencontrés... les travaux de la mission conduisent à une autre approche...
- **La concertation est intervenue, elle s'est déroulée dans un contexte particulier et n'a pas produit les effets escomptés; une concertation qui:**
  - **débute mal avec la découverte d'erreurs de chiffrages** (de 145 à 287M€) renforçant la contestation du principe même de la réforme...
  - est **intervenue relativement tardivement** du fait de contraintes techniques et des positions d'attente des acteurs concernant la position définitive du Parlement fin 2017...
  - a certes **permis de préciser certains éléments clefs** comme la spécialisation du champ (transports sanitaires uniquement), les modalités de financement (choix de suppléments et d'une identification aussi forte que possible des financements) , les conditions de rencontre entre l'offre et la demande (respect du principe de liberté totale, inhérent aux procédures publiques et privées)... éléments qui ont pu aussi être source de difficultés importantes...
  - **n'a pas permis de caler certains détails techniques** pourtant d'une importance majeure (accès des établissements et de l'échelon national aux données détail concernant les transports concernés par la réforme...)
  - **mais qui a surtout consisté pour les acteurs à rappeler leurs positions de principe** quant à la réforme, nombre d'entre eux continuant à escompter qu'elle soit purement et simplement reportée voire rapportée... et qui, de ce fait, n'a pas permis de procéder à la prise de conscience des actions opérationnelles devant être mises en œuvre pour appliquer la loi votée par le Parlement... et de mobiliser les acteurs des territoires à ce titre...
- *A posteriori*, la mission souligne **un paradoxe extrêmement fort** : il est avéré que **peu de réformes donnent lieu à autant de supports d'explication et d'accompagnement** de la part des administrations centrales... et d'efforts de pédagogie *via* des supports dédiés sur des volets opérationnels (organisation, prescription, facturation...)... **mais force est de constater que cet effort important n'a pas suffi**



# Une animation territoriale défailante

- **La réforme conçue au niveau national n'a pas été déclinée au niveau territorial de manière satisfaisante...** ce qui a posé le problème de sa gouvernance tant au niveau national qu'au niveau territorial... dans une période peu propice (trêve estivale et travaux à conduire –hors réforme - lors de la reprise de septembre)... et sur un sujet « transports » considéré comme annexe et peu investi...
  - **S'agissant des administrations publiques,**
    - les **agences régionales de santé** ont pris conscience tardivement des besoins à satisfaire et n'ont pas été mobilisées de manière standardisée et pilotée; elles n'ont donc pas toutes conduit des actions de sensibilisation et, lorsque celles-ci ont eu lieu, elles ont été très diverses et parfois tardives...
    - les **caisses primaires d'assurance maladie** se sont, de manière très notable, particulièrement mobilisées en ce que l'échelon national les a sensibilisées dès décembre 2017 aux effets de la réforme; des actions ont été conduites dans la quasi-intégralité des territoires, elles n'ont pas été standardisées, ont concerné soit les établissements soit les transporteurs soit les deux, elles ont pris des formes diverses (mailings, visites...) et, de l'aveu même des CPAM, si elles ont été effectives, ont été sans doute trop tardives...
  - **S'agissant des acteurs et de leurs représentants,**
    - les **positions nationales** ont souvent directement conditionné les efforts de pédagogie et de sensibilisation réalisés au niveau local...
    - **les acteurs de terrain se sont ainsi sentis peu ou pas accompagnés...** au risque de la manifestation de mécontentements très forts...
    - **la prise de conscience par les transporteurs a été variable** selon les profils des entreprises et selon les territoires...
    - **la mobilisation des établissements a été globalement tardive** et incompatible avec une mise en œuvre « pleine » au 1<sup>er</sup> octobre; on note une différence entre des établissements privés isolés, des établissements privés dans des groupes ayant été mobilisés *via* leur maison mère et des établissements publics
    - **le sentiment dominant** « nous n'avons pas que cela à faire », « ce sujet est secondaire », « la mise en œuvre ne sera pas assurée » a eu des effets sur la mobilisation des deux catégories d'acteurs...
- ⇒ **Une gouvernance organisée, la mobilisation forte / le relais des corps intermédiaires constituaient un élément clef de réussite de la réforme, les défailances constatées à chaque niveau ont conduit aux difficultés constatées...**



# Des difficultés et impacts très nets liés à la mise en œuvre de la réforme

- Il est avéré que la réforme n'a pas été mise en œuvre au 1<sup>er</sup> octobre et qu'elle s'est mise / se met en place, territoire par territoire, par à coups et avec une compréhension variable et, le plus souvent, dans une « urgence » contreproductive...
- La mise en œuvre progressive de la réforme a, au premier chef, percuté les petits transporteurs sanitaires, rejoints par certains transporteurs plus importants mais n'ayant pas obtenu les marchés escomptés ou n'ayant pas souhaité participer aux procédures en cours
  - les pertes pour certains acteurs en matière de chiffre d'affaires sont difficiles à apprécier mais peuvent prendre des proportions importantes, entre 30 et 60% selon les transporteurs les plus concernés ...
  - pour ceux-là, la perte de « marchés historiques » est un élément de déstabilisation très prononcé; au-delà de l'aspect financier, c'est l'ensemble de leur modèle organisationnel et commercial qui est remis en cause car (i) l'activité ambulancière est difficilement planifiable et sa rentabilité se joue sur cette capacité à planifier – la perte des prises en charges « sûres et programmées » liées à des relations de longue date avec des établissements conduit à des déséquilibres majeurs (planification et capacité à « fidéliser » la patientèle), (ii) ces structures sont souvent gérées au jour le jour et ne peuvent assumer des chocs importants, même s'ils ne sont que de trésorerie, (iii) la dynamique exacerbe les difficultés de main d'œuvre (« course » aux meilleurs ambulanciers), (iv) les effets de marché semblent limiter la capacité de ces acteurs à retrouver une activité en dehors de l'article 80...
  - et les transporteurs ayant décroché des marchés soulignent de leur côté le fait (i) qu'ils ont du consentir des remises remettant en cause à terme leur rentabilité voire leur existence, (ii) que les changements organisationnels (gestion des prises en charge selon la procédure nouvelle de l'établissement, facturation...) sont des plus difficiles à intégrer et (iii) que la forte hausse des délais de paiement des établissements (versus ceux pratiqués précédemment par les CPAM) a un impact majeur sur leur gestion de trésorerie...
- ⇒ Pour autant, ces difficultés n'apparaissent que progressivement, les données AcoSS-Urssaf ne mettent pas en avant, entre octobre et décembre, une hausse des délais de paiement, des restes à recouvrer ou une baisse de la masse salariale; si une dégradation est à l'œuvre, elle n'a pas, à ce stade, conduit à des cessations d'activité ou des ruptures de contrats pouvant être mesurées via les données nationales disponibles...
- De leur côté, les établissements, qu'ils aient adopté des mesures transitoires ou mis en œuvre la réforme, sont confrontés à de nombreuses incertitudes liées (i) à leur sentiment de « mal acheter » des transports, (ii) aux contraintes organisationnelles internes (formation des personnels, mise en place de nouvelles solutions logicielles et procédures...) et externes (coordination avec les autres établissements sur qui fait quoi) et (iii) à l'incertitude dans laquelle ils se trouvent s'agissant des financements dont ils bénéficient...

# Des dérives et dysfonctionnements incontestables (1/2)

---

- Au-delà des cas-types territoriaux présentés précédemment, la réforme a conduit, compte tenu de son mode de mise en œuvre, à des dérives et dysfonctionnements qui conduisent les acteurs à interroger -à tort- la volonté initiale des pouvoirs publics, parfois en cohérence avec leurs positions initiales sur la réforme...
- La réforme a porté, de manière incidente, sur les « **permissions de sortie** » et a affecté certains patients dans le libre choix éventuel de leur transporteur
  - conformément au transfert des financements correspondants aux établissements, **le cadre des « permissions de sortie » a été revu...** or, dans le passé, chaque évolution du dispositif a souligné des différences de pratiques et une difficulté des acteurs à appréhender le cadre normatif applicable; **les dysfonctionnements en ayant découlé** ont conduit les pouvoirs publics à prendre, come par le passé, des **mesures transitoires** afin de régler les cas les plus problématiques...
  - **d'autres perturbations** ont affecté les patients: le secteur de la **dialyse** et en particulier de la dialyse à domicile doit être abordé de manière spécifique et **les autres perturbations -parfois inadmissibles- ont été liés aux mobilisations** de certains transporteurs conduisant à des atteintes majeures dans la prise en charge
  - enfin, **au-delà du champ couvert par la réforme, via des effets d'éviction, le libre choix du transporteur par le patient est affecté** lorsque l'établissement confie les retours à domicile au titulaire du marché ou du contrat « article 80 »
- **Des groupements de transporteurs au fonctionnement contesté et des nouveaux acteurs dont l'action doit retenir l'attention...**
  - pour les **groupements**: surremises éventuelles, participations aux frais de fonctionnement du groupement et nature des services offerts, respect ou non du tour de rôle entre les membres...
  - la nécessaire garantie du **cloisonnement entre activités** « établissements » et « ambulances » dans certains groupes...
  - de **nouveaux acteurs** « disruptifs » devant retenir l'attention...



# Des dérives et dysfonctionnements incontestables (2/2)

## ➤ Des marchés et procédures d'achat présentent des zones de non qualité évidentes :

- **la procédure retenue en tant que telle** par certains acheteurs – tant privés que publics- peut être source de contestations voire ne pas être conforme aux règles applicables (décision unilatérale et non publique, extension par voie d'avenant d'une prestation déjà en cours, contrat contesté...)
- certaines procédures conduisent à contraindre les transporteurs à procéder aux **opérations administratives de sortie** des patients par exemple sans pour autant que celles-ci aient été adaptées...
- d'autres contiennent des **erreurs d'appréciation évidentes** (obligation pour un taxi d'avoir un fauteuil roulant ou pour son chauffeur de porter un uniforme d'ambulancier...)
- enfin, certaines comportent des **demandes infondées ou excessives créant des déséquilibres** (cas des permanences 24h/24, 7j/7 et 365j/an sans prise en compte de la garde ambulancière)...

⇒ **Ces dérives s'ajoutent à celles présentés précédemment concernant les impasses rencontrées dans certains territoires à se faire rencontrer offre et demande sur la base d'une discussion tarifaire équilibrée et de la définition de critères partagés concernant la solution technique retenue et concernant les engagements de chacune des parties tant dans la réalisation de la prestation que dans sa facturation et de son paiement...**

## ➤ Des effets d'éviction constatés dans leur principe mais dont l'ampleur n'est pas évaluable

- outre les déplacements de marché constatés, des difficultés supplémentaires ont trait à des pratiques non souhaitées: **les transports « hors article 80 » seraient parfois embarqués par la réforme** du fait (i) de l'insuffisante formation des agents assurant la commande ou d'effets d'habitude ou (ii) d'arrangements locaux totalement prohibés et devant être réprimés;
- **face à ces pratiques, les transporteurs évincés le sont donc deux fois**; les effets de déplacement induits de la réforme ne permettent pas aux acteurs de rester en concurrence sur des segments qui étaient laissés de côté, de manière à permettre à chacun de conduire son activité



# Le diagnostic de la mission

- **La réforme a été, tout au long de son élaboration, systématiquement contestée**
  - **les dérives et dysfonctionnements constatés relèvent tant (i) de la prophétie auto réalisatrice que (ii) d'une faiblesse dans la conduite du projet et de son pilotage** tant par les pouvoirs publics que par l'ensemble des acteurs... mais les justifications des oppositions à la réforme sont toutes différentes et de natures diverses – ce n'est pas LA réforme qui est contestée mais bien les conséquences différenciées et plus ou moins profondes qu'elle peut avoir pour les acteurs
  - **pour la mission, les moyens développés par les opposants à la réforme côté transporteurs sont ainsi strictement différents de ceux portés par les fédérations d'établissements ou par les représentants de patients**, nier ce qui relève de l'évidence ne conduit qu'à adopter une démarche contreproductive et empêchant de résoudre les problématiques rencontrées.
- **Elle conduit à des dérives et dysfonctionnements qui**
  - n'étaient **en aucun cas souhaités** par les pouvoirs publics,
  - **doivent impérativement et dans les délais les plus courts être éradiqués**
  - **Et participent d'une trajectoire totalement insoutenable** à court / moyen et long termes, tant pour les établissements, pour le secteur du transport sanitaire que pour les pouvoirs publics.
- **Pour autant, ce diagnostic sévère doit être nuancé en ce que**
  - **la réforme n'est pas pleinement mise en œuvre et que les difficultés avérées sont souvent présentées sur des territoires particulièrement exposés** (Rhône, Ile-de-France et Bouches du Rhône en particulier)
  - **et ce n'est pas la réforme en tant que telle qui pose des difficultés mais bien ses modalités concrètes d'implémentation et de mise en œuvre...**
- **Il n'y a pas de solution simple car, au bénéfice des constats de la mission, si les acteurs territoriaux ont mis du temps à se mobiliser dans le contexte exposé précédemment, la mécanique de mise en œuvre de la réforme est inéluctable...**
  - **l'arrêt définitif du dispositif ne ferait pour la mission que déplacer le problème** car des difficultés juridiques et opérationnelles nombreuses ne manqueraient pas d'apparaître et seraient sans doute de même nature que celles rencontrées actuellement, la mission note en outre que cette option conduirait (i) à pénaliser les territoires et acteurs ayant mis en œuvre la réforme dans le cadre arrêté par les pouvoirs publics et (ii) à réfléchir à des modes alternatifs de régulation qui pourraient fortement mettre à contribution tant les établissements que les transporteurs... *a contrario*, la poursuite de la réforme dans le cadre actuel ne peut être envisagée

⇒ **Les difficultés rencontrées dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme révèlent des problématiques plus structurelles que tant les acteurs que les pouvoirs publics doivent et devront surmonter**

# Les solutions proposées

- A titre liminaire, au bénéfice des échanges intervenus, **la mission souligne que les crispations constantes rencontrées tout au long de la conception et la mise en œuvre de la réforme peuvent et doivent être surmontées** ; sortir des postures et jeux d'acteurs, tant du côté des pouvoirs publics que du côté des représentants des acteurs, constitue la condition *sine qua non* pour trouver une issue favorable aux difficultés rencontrées par tous et chacun; au final, **la mobilisation de chacun est incontournable pour assurer aux patients la prise en charge optimale à laquelle ils aspirent et qu'ils financent**
- Au-delà, forte de ses constats indiqués de manière schématique précédemment, la mission considère nécessaire de revoir les modalités et le rythme de déploiement de la réforme ; elle ne propose ni sa poursuite ni son arrêt mais, **afin de sécuriser la réforme, recommande une pause temporaire dans son déploiement – pour, d'une part, apporter les clarifications nécessaires et, d'autre part, mettre en œuvre le dispositif de gouvernance proposé**
- Cette pause conduirait ainsi (i) à cesser les procédures en cours de notification et (ii) à réexaminer, au cas par cas, les procédures passées ou les mesures transitoires mises en œuvre; dans l'intervalle, il serait demandé à titre transitoire aux acteurs de se baser sur les procédures préexistantes d'achat et de régulation, soit le recours au tour de rôle et l'application des tarifs conventionnés
- **Loin de signifier la « fin de la réforme », cette période devrait être mise à profit de manière active pour éradiquer les dérives et leurs racines ainsi que pour répondre aux besoins légitimes de nombreux acteurs; la mission considère incontournable de prendre des mesures de court, moyen et long termes qui consisteraient à**
  - **Reprendre le cadre normatif ;**
  - **Développer un mode de pilotage et d'accompagnement adapté ;**
  - **Créer le cadre d'analyse et de travail indispensable aux ajustements nécessaires de la réforme ;**
  - **Approfondir des pistes complémentaires**



# Reprendre le cadre normatif

- **Une réforme dont les modalités d'application sont à reprendre : un nouveau décret, une nouvelle circulaire d'application dont le contenu opposable serait affirmé** et comprenant notamment les étapes devant être retenues dans la conduite du projet, le cadre de pilotage et de gouvernance de la réforme, des questions – réponses opposables sur les différents volets utiles
- La mission recommande **de clarifier le périmètre d'application** de la réforme, de réexaminer le mode de traitement de la dialyse, de sortir du champ la **dialyse à domicile et en particulier la dialyse péritonéale**, de lever les dernières incertitudes concernant l'**HAD** et de réexaminer la **problématique des permissions de sortie**
- **Pour les permissions de sortie, une approche en deux temps**
  - **Création d'un droit** à permission de sortie par voie d'instruction puis par voie réglementaire et législative (dans le CSS et dans le CSP) **pour les personnes en situation de handicap lourd et irréversible nécessitant des soins lourds et constants**, sécurisation du financement ;
  - **Réexamen des autres permissions** de sortie pour les autres bénéficiaires afin de clarifier le cadre applicable et mettre un terme aux éventuelles inégalités de traitement
- **Une circulaire qui doit clarifier de nombreux éléments et en particulier**
  - **Mode de recours au groupement** par les transporteurs et les règles applicables à ces entités [fonctionnement selon le « tour de rôle », absence de deuxième niveau de remise, encadrement des frais prélevés par le groupement...] ;
  - **Définition des prix par référence aux tarifs conventionnés et préciser les modes de régulation des variations de tarifs ;**
  - **Caractère prohibé ou disproportionné de certaines exigences** techniques des acheteurs publics ou privés ;
  - **Conditions conduisant à déclarer un appel d'offre infructueux ;**
  - **Pour traiter les problèmes de délais de paiement, recommandation aux établissements du recours aux avances** dans le cadre de l'exécution des marchés et contrats - en faire un élément de négociation entre les établissements et transporteurs en amont des marchés et contrats
- **Des dispositions nouvelles pour les groupements et acteurs de l'intermédiation et la prévention des conflits** ou fraudes pouvant intervenir entre une **filiale transports** et une **filiale établissement d'un même groupe**



# Développer un mode de pilotage et d'accompagnement adapté

- Une **communication globale sur la réforme confiée aux ARS** (réunions départementales pour les établissements et les transporteurs) **dans le cadre d'une plus forte mobilisation des agences, appelées à jouer un rôle clef dans le pilotage de la réforme**
  - sur la base de supports types, précisant outre les objectifs poursuivis et partagés : (i) le périmètre, (ii) les étapes devant être assurées, (iii) les actions prohibées, (iv) les modalités de financement de la réforme [pour les établissements non éligibles aux suppléments, démontrer le détail des financements reçus liés aux transports et produire les montants versés en application de la clause de « non perte »]. Communiquer sur les étapes à venir
- Sur la base des travaux réalisés par la mission, **assurer le traitement des signalements** recueillis et prévoir un **dispositif national de signalement** ouvert aux ARS, aux caisses d'assurance maladie, aux patients, aux établissements, aux transporteurs et à leurs représentants
- Mettre en place, **au sein du ministère chargé de la Santé, un dispositif adapté et dédié** au pilotage et au suivi de la réforme
- Au-delà du comité de suivi national et des comités régionaux, **mettre en place des instances ad hoc en charge des travaux et de la concertation**
  - concernant (i) le **financement** des établissements de santé, (ii) **l'accompagnement des transporteurs** sanitaires, (iii) le **rapprochement entre offre et demande** de transport sanitaire, (iv) la prise en charge des **patients** et de leurs parcours
- Déployer un **dispositif de soutien aux transporteurs sanitaires reposant sur**
  - un **suivi national régulier** de la situation du secteur (données AcoSS-Urssaf et DGFIP, reporting des CCSF),
  - l'octroi éventuel de **délais de paiement** et de reports d'échéances pour le paiement des prélèvements obligatoires et leur suivi,
  - l'extension du champ de l'instruction ministérielle aux **prélèvements fiscaux** [DGFIP],
  - **accorder des soutiens ponctuels** –sur la base de critères de sélection encadrés nationalement- (a) aux transporteurs les plus en difficulté, (b) aux actions de modernisation de transporteurs [modernisation technique, constitution de groupements d'intérêt économique notamment], (c) aux actions de nature à leur permettre de répondre aux procédures de marché



# Développer un mode de pilotage et d'accompagnement adapté

---

- Déployer un **dispositif de soutien aux établissements de santé rencontrant des difficultés** financières suite à la réforme
  - **critères nationaux** d'appréciation des difficultés; **accord**, au cas par cas, *via* les ARS, **des soutiens adaptés et suivi** de ces soutiens pour en tirer les conséquences au niveau national (analyse des causes des difficultés rencontrées au regard de la mise en œuvre de la réforme)
- Mettre en place un **dispositif de soutien aux établissements concernant leurs procédures d'achat et de marchés et le choix de solutions techniques** et notamment le déploiement de plateformes de commande pilotées par les établissements; en effet, la mission considère que les procédures d'achat et de commande doivent, au sein des établissements, être structurées donc centralisées... et, par conséquent, professionnalisées
- **Repérer et supprimer –dans le cadre actuel- les « effets d'éviction »**,
  - Suivi par les CPAM, en lien avec les ARS, de la concentration de la dépense de transports sanitaires sur certains acteurs afin d'écartier toute extension du champ de la réforme au-delà de son périmètre prévu par les textes
- **Poursuivre les actions d'information des transporteurs et des établissements** sur la mise en œuvre de la réforme *via* le réseau des **CPAM** en lien avec les ARS, associer les autres réseaux d'assurance maladie
- **Déployer un dispositif national / régional / local de pilotage et de suivi de la réforme** associant, pour le pilotage, la CNAMTS et les CPAM ainsi que la DSS, la DGOS et les ARS et, pour le suivi, les représentants des acteurs. Afin de garantir la représentation de l'ensemble des acteurs (transporteurs en particulier), **ouvrir des sièges dans ces instances à des personnes qualifiées**
- **Piloter les actions de contrôle et de vérification conduites par les CPAM** et les autres caisses d'assurance maladie



# Créer le cadre d'analyse et de travail indispensable aux ajustements nécessaires de la réforme

---

- **Poursuivre les analyses concernant les hypothèses ayant conduit à déterminer le financement de la réforme**, tant au titre de l'année 2016 que de l'année 2017 (travaux ATIH – CNAMTS), et rapprochement avec les données effectivement constatées
- Dans la continuité des actions en cours, **définir les aménagements nécessaires dans le système de financement et ses modes de répartition**, qui créent des disparités de situation entre établissements, notamment pour intégrer la **distance** dans le calcul des montants alloués dans le respect du cadrage financier initial ; définir un mode de financement dédié pour les **permissions de sortie** ; dans le cadre de ces travaux, porter une attention spécifique aux **territoires les plus fragiles** (analyse en premier lieu de la situation de la Guyane)
- **Permettre aux établissements et au niveau national de suivre les dépenses relevant du champ de la réforme en adaptant le plus rapidement possible le mode de remontées des informations à l'ATIH**, lever les obstacles rencontrés à ce titre en menant une concertation avec les acteurs et en faisant évoluer les logiciels nécessaires
- **Garantir la convergence entre les différentes actions de régulation en cours** concernant les transporteurs (travaux CNAMTS sur le secteur des taxis et la garde ambulancière notamment)



# Autres pistes à regarder

---

## ➤ Au-delà des travaux concernant la réforme, la mission souligne l'opportunité de

- réaliser une **analyse de l'offre** de transports sanitaires aux niveaux national et territorial avec une méthode reproductible et intégrable dans la planification régionale (PRS, SROS)
- affirmer le **besoin de coordination et d'intégration entre les différents modes de régulation** (prix, volumes, agrément / autorisation)
- **apprécier largement les transports sanitaires** en intégrant tant les ambulances que l'ensemble du transport assis professionnalisé (VSL et taxis conventionnés), les services de secours et d'urgence (SAMU et SDIS)
- **analyser les démarches à l'œuvre s'agissant du secteur** et des modalités de nature à permettre de renforcer la concurrence ou de prévenir son « ubérisation »
- **diligenter**, compte tenu des données disponibles, **une analyse du métier** d'ambulancier et de ses évolutions et des tensions rencontrées par les acteurs sur le marché du travail
- demander une analyse des potentialités et limites des solutions de « **plateformes** » tant pour les acheteurs de transport (ville et hôpital) que pour les transporteurs sanitaires
- mener une réflexion sur la **prescription de transports**
- en cohérence avec la stratégie nationale de santé concernant les « parcours patients », **définir une régulation « de, par et pour la qualité », mettant le patient au centre des processus** (fluidité et cohérence du parcours patient) et reposant sur (i) des engagements / obligations des établissements [adaptation des organisations internes pour renforcer la qualité de prise en charge et prendre en compte les contraintes des transporteurs] et (ii) des engagements / obligations des transporteurs [au-delà de la ponctualité, qualité de prise en charge, évolutions technologiques, mise en place d'organisations mutualisées...]





**INSPECTION GENERALE  
DES AFFAIRES SOCIALES**

# **Réforme du financement des transports de patients – mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017**

**n°2018-135 / Mission « flash »**

## **Annexe – liste des personnes rencontrées**

**(Sont mentionnées les personnes avec lesquelles la mission a échangé dans le cadre d'un rendez-vous physique, téléphonique ou en visioconférence)**

**Version définitive**

# Ministère des Solidarités et de la Santé

Raymond Le Moign	Cabinet de la Ministre des Solidarités et de la Santé	Directeur de cabinet
Laurent Habert	Cabinet de la Ministre des Solidarités et de la Santé	Conseiller budgétaire et finances sociales
Mathilde Lignot-Leloup	Direction de la sécurité sociale (DSS)	Directrice
Thomas Wanecq	Direction de la sécurité sociale (DSS)	Sous-directeur du financement du système de soins
Laurent Butor	Direction de la sécurité sociale (DSS)	Chef du bureau Etablissements de santé et établissements médico-sociaux
Yann Desplan	Direction de la sécurité sociale (DSS)	Adjoint du chef du bureau Etablissements de santé et établissements médico-sociaux
Delphine Albert	Direction de la sécurité sociale (DSS)	Chargée de mission - bureau Etablissements de santé et établissements médico-sociaux
Cécile Courrèges	Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	Directrice
Thomas Deroche	Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	Sous-directeur de la Régulation de l'offre de soins
Clémence Charras	Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	Cheffe du bureau Premier recours - R2
Sabine Fourcade	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)	Secrétaire générale
Eric Ginésy	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)	Adjoint au secrétaire général
Malik Lahoucine	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)	Chargé de mission Offre de soins
Eve Robert	Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	Membre de l'IGAS
Pierre Lesteven	Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	Membre de l'IGAS
Vincent Maymil	Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	Membre de l'IGAS
Louis-Charles Viosat	Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	Membre de l'IGAS
Thierry Wahl	Inspection générale des finances (IGF)	Membre de l'IGF



# Organismes publics nationaux

Annelore Coury	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	Directrice déléguée - Direction de l'Organisation des soins
Delphine Champetier	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	Directrice de l'Offre de soins - DDGOS/DOS/DHOSPI
Florence Lalardrie	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	Responsable adjoint - DDGOS/DOS/DHOSPI
Franck de Rabaudy	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	Responsable - Département des professions de santé
Gonzague Debeugny	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	Responsable - Département d'Etudes sur l'offre de soins
Véronique Sauvadet	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	Chef de service- Financement et analyse économique
Clément Rallet	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	Chef de service adjoint - Financement et analyse économique
Nathalie Rigollot	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	Statisticienne - Financement et analyse économique
Elsa Ptakhine	Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)	Directrice associée
Jamel Mahcer	Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)	Manager
Alain Gubian	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	Directeur financier et Directeur des statistiques, des études et de la prévision
Emmanuel Dellacherie	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	Directeur de la réglementation, du recouvrement et du contrôle
Annabelle Klein	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	Chargée d'études, direction des statistiques, des études et de la prévision
Anne-Laure Zennou	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	Responsable de département, direction des statistiques, des études et de la prévision



# Fédérations des Etablissements de santé

Christine Schibler	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)	Directrice de l'offre de soins
Stéphanie Rousval-Auville	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)	Directrice adjointe- Direction de l'offre de soins
Sandrine Boucher	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER)	Directrice de la stratégie médicale
Nicolas Noiriel	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)	Délégué national
Maud Robert	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)	Chargée de mission organisation des établissements
Michèle Deschamps	Fédération hospitalière de France (FHF)	Adjointe pôle financier
Cécile Chevance	Fédération hospitalière de France (FHF)	Responsable Pôle financier
Emmanuel Daydou	Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP)	Secrétaire général
David Castillo	Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France / psychiatrie (FHP Psy)	Délégué général



# Fédération des transporteurs sanitaires et ADTS

Philippe Lauriot	Fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP)	Président
Frédéric Delesse	Fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP)	Vice-président
Guillaume Narguet	Chambre Nationale des Services d'Ambulances (CNSA)	Secrétaire général
François Bonnet	Chambre Nationale des Services d'Ambulances (CNSA)	Président délégué
Thierry Schifano	Fédération Nationale des Transporteurs Sanitaires (FNTS)	Président
Jean-Yves Moine	Fédération Nationale des Transporteurs Sanitaires (FNTS)	Secrétaire général
Jean-Claude Maksymiuk	Fédération Nationale des Artisans Ambulanciers (FNAA)	Président
Serge Beaujean	Fédération Nationale des Artisans Ambulanciers (FNAA)	Secrétaire général adjoint
Saliha Restani	Association de défense des transporteurs sanitaires (ADTS)	Membre du bureau
Rachid Soukhmani	Association de défense des transporteurs sanitaires (ADTS)	Président



# Autres personnalités

Pierre Ricordeau	Agence régionale de santé d'Occitanie	Directeur général
Mathieu Roy	Agence régionale de santé d'Occitanie	Responsable de l'unité efficacité, responsable par intérim de l'unité régulation financière du pôle soins hospitaliers de la direction de l'offre de soins
Jean-Yves Grall	Agence régionale de santé Auvergne - Rhône Alpes	Directeur général
Olivier de Cadeville	Agence régionale de santé de Bretagne	Directeur général
Christophe Lannelongue	Agence régionale de santé Grand Est	Directeur général
Monique Ricômes	Agence régionale de santé des Hauts de France	Directrice générale
Michel Laforcade	Agence régionale de santé de Nouvelle Aquitaine	Directeur général
Anne Bouyard	Agence régionale de santé Centre-Val-de-Loire	Directrice générale
Dr Jean-Marie Woehl	Conférence des présidents de CME de CH	Vice-président et président de la CME du CH de Colmar
Cécile Anger	Association Les ptits loukoums	Présidente
Richard Darbéra	Chercheur et universitaire	Retraité
Mehdi Ben Abroug	Ambler	CEO
Evan Champiot-Bayard	Ambler	Chargé d'affaires publiques
Pierre Duperat	Groupe Ramsay	Directeur de l'audit et des investissements
Denis de Frémont	Groupe Ramsay	Directeur des opérations



# Bourgogne-Franche Comté

Pierre Pribile	Agence régionale de santé	Directeur Général
Jean-Luc Davigo	Agence régionale de santé	Directeur de l'Offre de soins
Natacha Segaut	Agence régionale de santé	Adjointe au directeur de l'offre de soins
Nadia Ghali	Agence régionale de santé	Chargée de mission Accès aux soins primaires
Chantal Mehay	Agence régionale de santé	Conseillère technique soins de ville
Juliette Taranier	Agence régionale de santé	Chargée de mission Transports
Christian Manlay	FNAP	Représentant Régional
Bruno De Rossi	Collectif des Transporteurs sanitaires	Représentant Régional
Stéphane Combe	CNSA	Président régional
Jean-Jacques Hézard	Société Jussieu Secours	Directeur- Gérant
Johannes Ussel	Fédération départementale des Taxis	Président
Eric Vannet	FNTS- département de la Haute- Saône	responsable départemental
Michael Braida	Assurance Maladie- Direction régionale de la coordination de la gestion du risque	Sous-directeur
Yvon Jezegou	Assurance Maladie- Direction régionale de la coordination de la gestion du risque	Statisticien
Yves Bailly-Maître	Membre du Comité Régional de suivi	Représentant FNAP
Jérôme Dalas	Membre du Comité Régional des suivi	Représentant FNAP
Antony Bezard	Membre du Comité Régional de suivi	Représentant Fédération départementale des Taxis du Doubs
Clément Lévy	Membre du Comité Régional de suivi	Représentant FHP
Frédérique Bordet	Membre du Comité Régional de suivi	Représentant FHP- directrice de l'établissement SSR Pasori
Denis Valzer	Membre du Comité Régional de suivi	Représentant FHF- Délégué régional
Sévéna Relland	Membre du Comité Régional de suivi	Représentant FHF- permanente régionale
Alain Lalié	Membre du Comité Régional de suivi	Représentant Unicancer
Nadeige Ruppli	Membre du Comité Régional de suivi	Représentante FEHAP
Guillaume Koch	CHU de Dijon (21)	Directeur des Achats
Jean-Yves Gerbet	CHU de Dijon (21)	Responsable Transports
Jacques Bidault	CHU de Besançon (25)	Directeur financier
Jean-Michel Scherrer	CH de Nevers (58)	Directeur

# Provence-Alpes-Côte d'Azur

Hamed El Bahri	Agence régionale de santé	Directeur de l'Organisation des soins
Céline Barraud	Agence régionale de santé	Référent régional Transports sanitaires
Olivier Panza	Agence régionale de santé	Responsable régulation financière et budgétaire
Virginie Cassaro	Assurance Maladie- direction régionale de la coordination de la gestion du risque - CPAM 13	Directrice adjointe
Philippe Lauriot	FNAP et AMS ambulances (06)	Président
Frédéric Delesse	FNAP et société de transports santaires (83)	Vice-président et directeur général de la société Delesse SA
Anthony Abhissira	FNAP et AVA ambulances (13)	Président
Thierry Schifano	FNTS et ambulances la Mimétaine (13)	Président FNTS , Directeur la Mimétaine , directeur stratégie santé mobilité service
Maurice Wolff	Ambulances la Mimétaine (13)	Directeur financier
Nabil Sadni	Collectif des Transporteurs sanitaires 06, ambulances Elite (06)	Président 06
Jamel Boudehira	Collectif des transporteurs sanitaires, ambulances SARA (13)	Président PACA
Cédrik Amroune	Collectif des transporteurs sanitaires, ambulances plein sud (13)	coordonnateur ADTS PACA
Jean-Pierre Mettez	Collectif des transporteurs sanitaires, ambulances Odessa (13)	Membre du collectif
Baadr Laator	Collectif des transporteurs sanitaires, ambulances Sainte-Anne (84)	Membre du collectif
Xavier Vaillant	Polyclinique les fleurs (83)	Directeur ,Directeur territorial méditerranée groupe Elsan, secrétaire général FHP PACA
Loic Souriau	Clinique les Cyprès (groupe Korian 84)	Directeur d'établissement
Jean-Luc Dalmas	Hôpital européen Marseille (13)	Directeur , secrétaire général FEHAP PACA
Hervé Nardias	Institut Paoli-Calmettes (CLCC - 13)	Secrétaire général adjoint
Sandrine Mounier	Institut Paoli-Calmettes (CLCC - 13)	Directrice financière
Sylvia Breton	Assistance publique - hôpitaux de Marseille (APHM - 13)	Directrice générale adjointe
Adrien Baron	Assistance publique - hôpitaux de Marseille (APHM - 13)	Directeur adjoint: direction des finances
Karine Ayache	Assistance publique - hôpitaux de Marseille (APHM - 13)	Directrice adjointe: direction des achats

# Provence-Alpes-Côte d'Azur

Fabienne Remant-Dole	Soins assistance (HAD-13)	Directrice déléguée régionale FEHAP
Pierre-François Gasco-Finidori	HAD Clara Schumann (13)	Directeur, délégué régional adjoint FNEHAD
Thierry Acquier	FHF PACA	Délégué régional
Michel Perrot	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Directeur d'établissement
Arnauld Thibaud des lions	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Directeur Adjoint, chargé de la Direction des Achats du GHT 83 et Coordonnateur du Pôle Ressources Supports, Responsable de la Coordination des Transports Sanitaires – Direction Commune CHITS/CHH
Brigitte Genetelli	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Coordinatrice Générale des soins – Direction Commune CHITS/CHH
Jean-Marc Gianguialano	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Directeur Adjoint chargé de la qualité, de la gestion des risques et de la communication – Direction Commune CHITS/CHH
Laurent Coignard	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Directeur des systèmes d'information
Robert Lupi	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Attaché d'administration Hospitalière, Coordination des Transports Sanitaires - Gestion des relations avec les transporteurs, les Etablissements Parties du GHT, l'ARS et la CPAM
Valérie Lafay	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Cadre Supérieur de Santé en charge de la régulation des transports sanitaires et du brancardage - Gestion des relations avec les unités de soins CHITS et CHH
Dominique Andreotti	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Chef de Pôle Oncologie, Chef du Service Pneumologie et ancienne Présidente de CME
Karen Voltury	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Secrétaire Médicale, service pneumologie
Laurent Buscemi	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Cadre de Santé, service pneumologie
Thierry Paoli	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Agent de Maitrise Principal
David Lupi	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Adjoint des Cadres, en charge de la plateforme de régulation des transports sanitaires
Sophie Griggio	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Agent au sein de la plateforme de régulation
Jessica Florencey	CHI Toulon La Seyne (CHITS - 83)	Agent au sein de la plateforme de régulation
Johan Cabrita	Société VAR ASSISTANCE (83)	Directeur général



# Ile de France

Aurélien Rousseau	Agence régionale de santé	Directeur Général
Nicolas Péju	Agence régionale de santé	Directeur Général adjoint
Pierre Ouahnnon	Agence régionale de santé	Directeur adjoint de l'offre de soins
Bénédicte Dragne-Ebrardt	Agence régionale de santé	Directrice du pôle efficience à la direction de l'offre de soins
Jean-claude Maksymiuk	FNAA, ambulancier retraité	Président
Serge Beaujean	FNAA, ambulances de la Vallée (77)	Secrétaire général adjoint, dirigeant des ambulances de la vallée (77)
Mohammed Dara	FNTS, gérant de sociétés de transport sanitaires (93)	Dirigeant des ambulances des 4 routes (93)
Pierre-Yves Vanstavel	CNSA, gérant de sociétés de transport sanitaires (60)	Conseiller technique CNSA, Dirigeant de plusieurs sociétés d'ambulances (60)
Muriel Viquerat-Bardin	CNSA, Montfort ambulances (78)	Dirigeante de la société Montfort ambulances (78)
Yaka Saki	FNAP, Allo ambulances	Dirigeant de la société Allo ambulances
Sonia Gibon	GHT Yvelines Sud, CH de Versailles (78)	Directrice des Achats
Alice Tessier	CH de Versailles (78)	Responsable logistique
Thibaut Tenailleau	Hôpital de Forcilles (ESPIC 78)	Directeur d'établissement
Jean-louis DI Tommaso	Hôpital de Bligny (ESPIC 91)	Directeur d'établissement
Denis de Fremont	Groupe Ramsay (générale de santé)	Directeur adjoint chargé des transports
Grégory Dieusaert	Cliniques de Champigny (94) (groupe Ramsay)	Directeur d'établissement
Edwige Masson-Parent	Groupe Korian	Directrice performance médico-économique
Michaël Cohen	Assistance publique - hôpitaux de Paris (APHP)	Directeur adjoint, direction des finances
Jean-Charles Grupeli	Assistance publique - hôpitaux de Paris (APHP)	Directeur du service central des ambulances
Cindy Gorvien	Assistance publique - hôpitaux de Paris (APHP)	Responsable de la plateforme de transport
Fabienne Pioch-Laval	Croix Rouge	Déléguée nationale Sanitaire (coordination de 22 établissements de santé, dont 20 SSR)



# Auvergne – Rhône Alpes

Serge Morlais	Agence régionale de santé	Directeur Général adjoint
Corinne Rieffel	Agence régionale de santé	Directrice déléguée Offre de soins
Angélique Grange	Agence régionale de santé	Responsable du Pôle Offre de soins de premier recours
Nadia Tebourski	FNAP et gérante de sociétés d'ambulances (69)	Présidente du Rhône, Ambulances Eclair, Transport Eclair, SAM ambulances, Ambulances Saint Christophe et Alia Ambulances
Bernard Léger	FNTS, ambulances taxis Mounier (01)	Secrétaire général adjoint, président régional, dirigeant de sociétés de transports sanitaires
Lionel Timotéo	CNSA et ambulances de Belledonne (38)	Représentant régional, dirigeant de sociétés de transports sanitaires
Katia Trespalles	FNAA, médical ambulances (69)	Présidente Rhône, gérante société médical ambulances
Bruno Basset	ATSU Rhône, sociétés Dokever, Urgever, Perf Santé et Mobilité Médicale Services (69)	Président régional, dirigeant plusieurs sociétés de transports sanitaires et d'un groupement de transporteurs
Saliha Restani	ADTS, société lugdunum ambulances (69)	Présidente régional gérante lugdunum Ambulances
Lakba Toufik	ADTS, Ambulances Gerland (69)	Membre de l'ADTS, gérant de Ambulances Gerland
Alain Schneider	FEHAP, centre SSR Orcet-Mangini (01)	Président département 01, directeur d'établissement
Sarah Chevrier	FEHAP, Caly dial (69)	Directrice adjointe
Ivan Raucroy	FEHAP, CMI de Romagnat (SSR 63)	Directeur d'établissement
Pierre de Vilette	FHP, Pôle Santé république (63)	Directeur d'établissement, Vice-Président FHP Région- Directeur territorial Groupe Elsan-Auvergne
Jérôme Trapeaux	Centre Hospitalier de Vichy (03)	Directeur d'établissement
Pierre Dubois	Centre Hospitalier de Chambéry- GHT Savoie-Belley (73)	Directeur des achats
Pierre Tardif	Groupe Ramsay (générale de santé) (69)	Directeur du Pôle Lyon du groupe -clinique Jean Mermoz)
Arthur Brezac	STEP (groupe Ramsay)	Directeur des activités transports du groupe Ramsay et Dirigeant de STEP
Anne-Marie Mercier	Assurance maladie - direction régionale de la coordination de la gestion du risque	Directrice régionale de la DCGDR Auvergne - Rhône Alpes
Vincent Sauzereau	Assurance maladie - direction régionale de la coordination de la gestion du risque	Sous directeur pi de la cellule DCGDR
Serge Krikorian	Assurance maladie - CPAM du Rhône (69)	Sous directeur en charge du secteur hospitalisation et transports
Thérèse Malatray	Assurance maladie - CPAM du Rhône (69)	Responsable du service établissements