



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2013**

Date du Jury : **5 - 6 décembre 2013**

Transports sanitaires non urgents à la charge de l'établissement
Le marché public : un outil pour encadrer la prestation et mieux en
contrôler les coûts.

Marie-France Duluc

Remerciements

Je remercie l'ensemble des professionnels que j'ai pu rencontrer au Centre hospitalier d'Orsay et tout particulièrement :

Monsieur José Da Cunha, Directeur, Chef du Pôle du Patrimoine, des Services économiques et de la Logistique qui m'a accueillie sans son service.

Madame Sandrine Bednarski, Directrice de la Logistique, pour sa disponibilité, pour les missions qu'elle m'a confiées et pour m'avoir « initiée » à ce qui fait la richesse et la complexité des organisations logistiques...

Géraldine Guillart, mon maître de stage, pour son accueil et sa disponibilité, pour l'expérience dont elle m'a fait profiter, pour l'attention qu'elle a portée au bon déroulement de mes stages, pour ses précieux conseils et son soutien.

Stella Prudent, pour sa disponibilité, sa patience et sa bonne humeur.

L'équipe administrative des Services économiques : Annick Guillard, Christine Coupan, Coralie Méteau, Martine Ducamp et Roukia Boiguillé.

José De Sousa et les équipes « de terrain » de la Direction logistique.

Céline Poiret, stagiaire à la Direction logistique.

Christine Nguyen et Véronique Sirou, de la Direction des Finances.

Sylvie Denis, Martine Amrhein, Olga Prodhon, Annabelle Barbosa, Angela Accardo, Gilles Bouthé et Baptiste Fauquet, cadres de santé, infirmières et ambulancier, qui ont bien voulu participer aux entretiens.

Sommaire

Introduction	1
I - Les transports sanitaires à la charge de l'assurance maladie et des établissements hospitaliers : des coûts en constante progression qui imposent la mise en place de mesures afin de mieux maîtriser les dépenses	7
1.1 Les transports sanitaires	7
1.1.1 Le transport sanitaire et sa prise en charge.....	7
1.1.2 Un préalable au transport sanitaire : la prescription médicale.....	9
1.1.3 Les prestataires de transport sanitaire.....	10
1.1.4 Les tarifs des prestations.	12
1.2 Un poste de dépense d'assurance maladie en constante progression	14
1.3 ... Qui, en dépit de politiques de régulation et de dispositifs d'encadrement ..	16
1.3.1 Le référentiel de prescription de 2006.....	17
1.3.2 L'ANAP, support des établissements de santé pour améliorer la gestion des transports.....	18
1.3.3 Le volet transport sanitaire du programme pluriannuel régional de gestion du risque de l'ARS Ile-de-France.	20
1.4 Reste insuffisamment maîtrisé	21
II - Les transports sanitaires à la charge de l'établissement : état des lieux au Centre hospitalier d'Orsay (91)	25
2.1 Présentation de l'établissement	25
2.2 Présentation du constat	26
2.3 Eléments de diagnostic	26
2.3.1 Le nombre de transports et les dépenses augmentent.	27
2.3.2 Transports et transporteurs.....	30
2.3.3 Le circuit de la commande de transport : analyse des pratiques.	33
2.3.4 Le service interne de transport - ambulance.....	36

III - La mise en place d'un marché contractualisant la prestation de transport sanitaire montre que des économies sont possibles, mais d'autres actions s'imposent pour aboutir à une réelle maîtrise des dépenses.....39

3.1 La mise en place d'un marché encadrant les transports sanitaires à la charge de l'établissement..... 39

3.1.1 De la passation du marché au démarrage de la prestation..... 39

A) Rédaction et passation du marché de transport sanitaire. 40

B) Au démarrage de la prestation : campagne de communication, rédaction de procédure et accompagnement des équipes. 44

3.1.2 Une première évaluation trois mois après le début d'exécution du marché..... 47

A) Les services s'approprient la nouvelle procédure..... 47

B) Un contrôle de facturation facilité et des économies déjà réalisées..... 48

C) Un journal des incidents pour améliorer la qualité de la prestation. 49

3.1.3 Place de l'Attaché d'Administration Hospitalière dans le processus. 50

3.2 D'autres pistes d'actions à mener..... 52

3.2.1 Des actions à conduire dans le périmètre des transports à la charge de l'établissement. 52

A) Réintégrer l'équipe de transport interne dans le circuit de prise en charge. 52

B) Promouvoir une culture du signalement..... 54

3.2.2 Conduire une réflexion plus globale sur la prescription et sur d'autres modalités d'organisation des transports..... 55

Conclusion57

Bibliographie.....59

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

AAH - Attaché d'Administration Hospitalière

ALD - Affection de Longue Durée

ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et medico-sociaux

ARS - Agence Régionale de Santé

CCAP - Cahier des Clauses Administratives Particulières

CCTP - Cahier des Clauses Techniques particulières

CME - Commission Médicale d'Etablissement

CPAM - Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSG - Court Séjour Gériatrique

EHPAD - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FEI - Fiche d'Evènement Indésirable

GCS - Groupement de Coopération Sanitaire

GDR - Gestion Du Risque

MCO - Médecine Chirurgie Obstétrique Odontologie

ONDAM - Objectif National des Dépenses d'Assurance maladie

OPTL - Observatoire Prospectif des métiers et des qualifications dans les Transports et la Logistique

PPR GDR - Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque

SMUR - Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TAP - Transport Assis Professionnalisé

VSL - Véhicule Sanitaire Léger

Introduction

65,4 millions de transports sanitaires ont été réalisés en France, en 2010, pour un coût de 3,5 milliards d'euros¹.

Le transport sanitaire définit « *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* ² ».

En France, les transports sanitaires sont encadrés et pris en charge financièrement par l'assurance maladie selon deux modalités différentes³ :

- Les transports pris en charge sur l'enveloppe de ville concernent une entrée ou une sortie définitive en établissement de santé (retour au domicile, transfert vers une autre structure). Ils sont remboursés selon les droits des assurés directement par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

- Les *transports sanitaires à la charge des établissements* recouvrent, pour leur part, les transports de patients réalisés en intra-hospitalier ou dans le cadre de prises en charge inter-hospitalières provisoires (< 48h). Ces prestations sont réglées aux transporteurs directement par les établissements sur leur budget propre (enveloppe de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - ONDAM), le coût étant calculé de manière globale avec les autres charges logistiques et générales.

Ces transports, de même que ceux pris en charge sur l'enveloppe de ville, sont assurés puis facturés par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), par des sociétés d'ambulances privées et, dans une moindre mesure, par des exploitants de taxis conventionnés.

Les services d'ambulances internes des établissements peuvent également assurer des transports en véhicule sanitaire léger (VSL) et en ambulance, mais ces prestations, comprises dans les coûts de fonctionnement, ne donnent pas lieu à facturation.

Les *transports à la charge des établissements* sont régis selon les mêmes principes que les transports remboursés par l'assurance maladie sur l'enveloppe médecine de ville. Ils

¹ Cour des comptes, septembre 2012, *La sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre XI : Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie.*

² Code de la santé Publique Article L6312-1

³ Circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27/6/2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport des patients.

sont soumis à avis médical. Les prestataires doivent être détenteurs soit d'un agrément (ambulance et VSL) soit d'une convention (taxi) et les tarifs sont encadrés de la même manière.

La consommation de transports sanitaires progresse de manière quasi continue depuis le début des années deux mille du fait, principalement, de l'état de santé d'une population vieillissante, de la diversification des prises en charge, de l'éloignement des plateaux techniques et de l'offre de soins.

Parallèlement à l'accroissement du nombre de transports, les dépenses augmentent mathématiquement, cette augmentation étant, ponctuellement, accentuée par des données plus conjoncturelles, telles des revalorisations de tarifs, en particulier pour les ambulances et les VSL.

En 2012, la consommation de transports de malades s'élève à 4,1 milliards d'euros (soit 2,2% des dépenses d'assurance maladie) avec un taux de progression de 5,3% par rapport à 2011.⁴

Les *transports sanitaires à la charge des établissements* ne font pas exception à cette évolution. De fait, si leur poids paraît assez peu élevé (puisqu'il est évalué à seulement 6% du coût de l'ensemble des dépenses de transport sanitaire), il n'en demeure pas moins que leur financement constitue pour chaque établissement une part non négligeable de son budget.

A cet égard, les établissements multisites et ceux qui entrent dans des processus de recomposition hospitalière sont particulièrement concernés. Les premiers parce qu'ils doivent prendre en charge, au sein de l'entité juridique, des transports plus ou moins nombreux, parfois sur des sites distants de plusieurs kilomètres. Les seconds parce que, du fait de leur regroupement, ils requalifient des transports inter-hospitaliers, donc à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe de ville, en transports intra-hospitaliers désormais à leur charge.

Sous l'impulsion de l'assurance maladie, la situation du transport sanitaire a conduit les pouvoirs publics à engager depuis plusieurs années des actions pour enrayer le rythme de croissance de la consommation de transports et pour parvenir à en maîtriser les coûts. Un récent rapport de la Cour des comptes⁵, particulièrement critique sur le constat mené, rappelle que la réflexion et l'intervention des pouvoirs publics doivent porter sur tous les aspects qui concourent à l'organisation des transports sanitaires (prescription, règle de

⁴ Le Garrec A.-M., Bouvet M., 2013, *Comptes nationaux de la santé 2012*, DREES. Série statistiques, Document de travail, n° 185, septembre 2013

⁵ Cour des comptes, septembre 2012, *La sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre XI : Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie*.

l'établissement le plus proche, offre de transport, équipements et véhicules, tarification, facturation) et qu'il est indispensable de mobiliser l'ensemble des acteurs (médecins de ville, hospitaliers, transporteurs, CPAM, agences régionales de santé - ARS - ...).

C'est dans ce contexte que le Centre hospitalier d'Orsay (91), établissement multisite situé à proximité de Paris, a mis en place à l'été 2013 un marché de transport sanitaire afin d'encadrer la part des *transports non urgents à la charge de l'établissement* assurée par des sociétés d'ambulances privées. L'enjeu de ce marché étant de parvenir, aux moyens de la contractualisation et d'une remise sur les tarifs, à une prestation de qualité à moindre coût afin d'atteindre un objectif de maîtrise des dépenses.

La problématique du transport sanitaire dans sa globalité est tout autant une question de volume que de coût. A défaut de pouvoir contenir le volume des transports en agissant sur l'offre, une réponse consiste à tenter d'en maîtriser le coût, notamment par le biais d'outils de régulation parmi lesquels, la contractualisation.

L'objet de ce mémoire sera donc de montrer l'intérêt de la mise en place d'un marché public dans ce cadre, mais également ses limites.

Il proposera, également, des orientations de réflexion et d'action pour tenter de dégager d'autres pistes d'économies.

La réflexion s'articule autour de plusieurs interrogations :

- Dans quelle mesure la structure de l'établissement, les organisations et les modes de fonctionnement des équipes peuvent-ils avoir un impact sur le coût global des prestations de transport ?
- Quel intérêt la mise en place d'un marché et la contractualisation peuvent-elles avoir sur la qualité des prestations et sur la maîtrise des coûts ?
- Comment les équipes (médecins, soignants, administratifs) accueillent-elles le changement organisationnel induit par le marché ? Y-a-t-il dans la démarche des freins et/ou des leviers ?
- L'arrivée de nouveaux prestataires a-t-elle un impact sur la qualité de la prise en charge ?
- Quelle évaluation peut être faite de la mise en place de ce marché ? Les résultats sont-ils à la hauteur de ceux attendus, notamment sur le plan financier ?
- Indépendamment du marché, de quels moyens l'établissement dispose-t-il pour contenir les dépenses de transport ?
- Quelle place la thématique du transport sanitaire occupe-t-elle dans la stratégie de l'établissement ?

Au-delà de ces questions, ce mémoire tend aussi à rendre compte de la place et du rôle de l'attaché d'administration hospitalière (AAH) à chaque étape de la mise en place de ce marché, mais également dans le cadre d'une réflexion plus large et stratégique sur les moyens de réduire le coût du transport sanitaire.

En participant à la définition du besoin, en mettant en œuvre la démarche, en accompagnant les équipes, en élaborant des supports de diffusion d'information et des outils de suivi et en évaluant le dispositif, l'Attachée en poste à la Direction des affaires économiques mobilise les différents champs de compétences de l'AAH tels qu'ils ont été définis par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique : *expertise en fondamentaux de gestion logistique, management des processus d'activité et des acteurs, conception et diffusion d'outils à destination des acteurs internes et externes, relais et mise en œuvre des stratégies d'établissement.*

Sur le plan méthodologique, une démarche bibliographique a été menée afin de cadrer le sujet et les enjeux relatifs au transport sanitaire.

Si le transport sanitaire pris en charge par l'enveloppe de ville est assez bien documenté, notamment par les travaux et communications de l'assurance maladie, des CPAM ou les rapports publics, le *transport à la charge des établissements* ne fait l'objet d'aucune publication spécifique. Ceci s'explique vraisemblablement par la faible part qu'il représente dans l'ensemble des dépenses mais également par le fait que l'on ne dispose pas de statistiques globales consolidées et analysées le concernant. C'est donc à travers le spectre plus large du transport sanitaire, dont il présente les mêmes problématiques, que l'on peut l'appréhender.

La recherche et l'analyse de documents internes, tableaux de bord, tableaux de suivi financier ont également permis de nourrir la réflexion et d'apporter des éléments de diagnostic.

L'observation directe dans les services (notamment au démarrage du marché) ou lors de réunions, les échanges avec la Directrice de la logistique et avec l'Attachée de la Direction des services économiques, outre les entretiens menés auprès de certains professionnels (cadre de santé, infirmier, ambulancier, gestionnaire facturation) ont permis d'objectiver les données du premier constat, de cerner pour chaque acteur les enjeux du marché et d'identifier les difficultés éventuelles à le mettre en œuvre. Ces entretiens, en allant au-delà du marché, ont également permis de dégager des idées et des avis sur d'autres actions à conduire, éventuellement, pour tenter d'améliorer encore la maîtrise des dépenses de transport.

Dans une première partie, ce mémoire présentera les transports sanitaires, les interrogations qu'ils suscitent en termes de prise en charge financière et les orientations prises par les pouvoirs publics pour en maîtriser les coûts.

Une deuxième partie proposera un état des lieux des *transports sanitaires non urgents à la charge de l'établissement* sur le Centre hospitalier d'Orsay afin de voir dans quelle mesure une ou plusieurs actions d'amélioration de la gestion des transports sanitaires se justifie(nt).

La troisième partie présentera, pour cet établissement, les enjeux et les étapes de la mise en place d'un marché contractualisant la prestation réalisée par les transporteurs et ambulanciers privés. Elle s'efforcera de montrer que, si cette démarche peut contribuer à réaliser des économies précieuses et nécessaires, d'autres actions sont indispensables pour conduire à une maîtrise significative des dépenses.

I - Les transports sanitaires à la charge de l'assurance maladie et des établissements hospitaliers : des coûts en constante progression qui imposent la mise en place de mesures afin de mieux maîtriser les dépenses.

Le transport sanitaire entre à part entière dans les dispositifs d'accès aux soins proposés à la population. Activité réglementée sur le plan de son organisation par le Code de la santé publique, et encadrée et contrôlée sur le volet financier par le Code de la Sécurité sociale et l'assurance maladie, le transport sanitaire connaît depuis une quinzaine d'années une progression constante en termes de consommation et de coûts, progression qui semble difficilement maîtrisable.

Et ce, malgré toute l'attention portée par les pouvoirs publics et la mobilisation de nombreux acteurs.

1.1 Les transports sanitaires

Pour comprendre les enjeux financiers que recouvre aujourd'hui la problématique des transports sanitaires, il convient au préalable de présenter cette activité et sa prise en charge, tant au niveau de la réalisation des transports que des coûts.

1.1.1 Le transport sanitaire et sa prise en charge.

Le transport sanitaire, tel qu'il a été défini en introduction, est réparti en deux catégories qui impliquent, selon les situations, une prise en charge financière relevant soit de l'assurance maladie, soit des établissements de santé.

Les transports primaires correspondent à des transports réalisés dans le cadre d'une admission en établissement de soins. Relèvent de cette catégorie les patients non hospitalisés adressés par un service d'urgence vers un autre établissement, ainsi que les patients admis dans des structures assimilées au domicile tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les frais de transports primaires des assurés sont pris en charge par l'assurance maladie à 65% voire à 100% si le transport est en lien avec une affection de longue durée (ALD), un accident du travail, une maladie professionnelle ou encore dans le cas du transport d'une femme enceinte, d'un nouveau-né, etc.

Les transports secondaires concernent les déplacements réalisés lors de transferts d'un établissement vers un autre ou lors d'une sortie définitive de patient. Dans le cas d'un transfert provisoire pour soins ou diagnostic d'une durée inférieure à 48h, les frais sont à la charge de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé (sauf pour les séances de dialyse, radiothérapie, chimiothérapie ou pour les patients en unité de soins de longue durée). Il en va de même pour tous les transports « intra hospitaliers » réalisés entre les différents sites et établissements d'une même entité juridique.

Dans le cas d'un transfert définitif (> 48h) vers une autre structure de soins, le patient est considéré comme sortant de l'établissement d'origine et, comme tel, les frais sont à la charge de l'assurance maladie dans les mêmes conditions que celles indiquées ci-dessus. Il en est de même pour les retours à domicile de patients.

Pour les transports pris en charge sur l'enveloppe de ville, les frais sont remboursés directement par les caisses d'assurance maladie, soit aux patients assurés (qui ont réglé le déplacement) sur production de la prescription médicale de transport et des justificatifs de paiement (facture du transporteur, état de frais kilométriques, tickets de transport en commun), soit aux transporteurs (VSL, ambulances et taxis conventionnés) qui ont assuré la dispense des frais d'avance.

Depuis janvier 2008, une franchise médicale de 2€ est appliquée sur chaque transport sanitaire avec un plafond journalier de 4€ et un plafond annuel de 50€. Elle concerne tous les assurés à l'exception des enfants et jeunes de moins de 18 ans, des femmes enceintes et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide médicale de l'État et des soins urgents.

Parmi toutes les prestations d'assurance maladie, la prestation de transport est celle qui est la mieux prise en charge : le taux moyen de remboursement est évalué à 93,4% en 2012⁶. On peut légitimement s'interroger sur le lien, sinon l'impact, d'un niveau aussi élevé de remboursement sur la consommation de transport médical, même si ce pourcentage est principalement dû au poids des affections prises en charge à 100%.

Pour les transports sanitaires qu'ils prennent en charge, les établissements remboursent directement les transporteurs sur facture et justificatifs. Il s'ensuit que la procédure et les coûts sont totalement transparents pour les patients.

⁶ Le Garrec A.-M., Bouvet M., 2013, *Comptes nationaux de la santé 2012*, DREES. Série statistiques, Document de travail, n° 185, septembre 2013

1.1.2 Un préalable au transport sanitaire : la prescription médicale.

Selon le Code de la sécurité sociale, le recours à un transport sanitaire et sa prise en charge par l'assurance maladie sont subordonnés à la présentation d'une prescription médicale « *précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit* » (art. L 162-4-1). La prescription est un préalable à la réalisation du transport, exception faite des situations d'urgence pour lesquelles une régularisation intervient après coup.

La prescription médicale de transport est normée sous la forme de deux imprimés *cerfa*. Le premier, référencé S3138c, concerne une demande simple ; le second, référencé S3139c, prescrit un transport pour lequel une entente préalable est nécessaire (déplacement > 150 km, transports en série, en bateau, en avion, etc...).

La prescription est établie pour des patients répondant aux différentes situations énoncées à l'article R 322-10 du Code de la sécurité sociale⁷.

Un principe général de maîtrise des dépenses encadre la prescription comme le souligne l'article L. 162-2-1 du Code de la sécurité sociale : « *Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ». S'agissant du transport sanitaire, l'article L. 322-5 du même code ajoute 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 bénéficiaire* ».

Il appartient donc au médecin, et à lui seul, de prescrire le mode de transport qu'il juge le mieux adapté à l'état du patient.

Le principe qui concourt à une meilleure maîtrise des dépenses par une prescription mieux ciblée concerne les médecins de ville mais également les praticiens qui exercent en établissements de soins, lesquels sont prescripteurs de 53% des dépenses de transport sanitaire, ce pourcentage s'élevant à 63% avec les transports d'urgence⁸.

⁷ Code de la sécurité sociale : Article R322-10 :

[Situations justifiant prescription médicale de transport] - 1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants : a) transports liés à une hospitalisation ; b) transports liés aux traitements ou examens prescrits (...) pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée (...); c) transports par ambulance justifiés par l'état du malade dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 322-10-1 ; d) transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres (...); e) transports en série (...) - 2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale (...) : a) pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé (...); b) pour répondre à une convocation du contrôle médical ; c) pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité (...); d) pour se rendre à la consultation d'un expert (...).

⁸ Source : Cour des comptes, septembre 2012, *La sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre XI : Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie*, p.315. Selon la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ile-de-France, les hôpitaux ont prescrit en 2010 dans cette région 69% des transports (source Caisse Primaire de Paris, novembre 2011, La prescription de transport en milieu hospitalier).

Les transports sanitaires à la charge de l'établissement répondent à la même contrainte de prescription⁹. Pour autant, le support matériel de prescription ne semble pas être normé et formalisé tel qu'il l'est pour les transports pris en charge par l'assurance maladie. Sans doute appartient-il aux établissements de mettre à disposition des médecins prescripteurs un modèle d'imprimé ad hoc.

Le constat réalisé dans le cadre de cette étude sur le Centre hospitalier d'Orsay reviendra sur ce point.

1.1.3 Les prestataires de transport sanitaire.

En dehors des services internes de transport dont dispose la plupart des établissements, ce sont principalement des entreprises privées qui assurent les transports terrestres (primaires ou secondaires) non urgents. Ces activités sont réglementées et réalisées, en fonction de l'état du patient, par deux types de prestataires : des transporteurs sanitaires (ambulances et VSL) et des taxis.

L'activité de transport sanitaire en ambulance et VSL est régie par le Code de la santé publique et soumise à l'agrément du Directeur général de l'ARS du département dans lequel est implantée la société.

Pour obtenir cet agrément, les transporteurs sanitaires doivent posséder au moins deux véhicules dont une ambulance. L'équipage embarqué doit être composé de deux personnes. Pour les ambulances, l'une de ces deux personnes au moins doit être titulaire du certificat de capacité d'ambulancier (CCA) ou du diplôme d'Etat d'ambulancier (DEA) et l'autre personne doit être détentrice de l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier ou conducteur ambulancier. Pour les VSL, l'équipage comprend un titulaire du CCA ou du DEA et un détenteur de l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier. Les personnels ont l'obligation d'être vaccinés et de porter une tenue professionnelle.

Les ambulances doivent disposer d'équipements aux normes : matériels de relevage et de brancardage, équipements d'immobilisation, de ventilation / respiration, de diagnostic, médicaments, bandages, matériels d'hygiène, équipements de protection, de communication et dispositifs spécifiques pour les transports de nouveau nés et nourrissons. Les VSL, quant à eux, doivent embarquer une mallette de secourisme d'urgence.

La réglementation pose d'autres exigences en matière de transfert d'autorisation d'exercice, d'implantation, de locaux, de type de véhicule, de désinfection des véhicules,

⁹ L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) établit, à la page 10 du *Guide pour améliorer la gestion des transports sanitaires en établissements*, la liste des transports à la charge des établissements « sous réserve de prescription médicale ».

etc. Les agréments sont délivrés dans la limite d'un nombre maximal de véhicules affectés au transport sanitaire décliné dans chaque département par le Directeur général de l'ARS à partir d'un indice national des besoins de transports sanitaires. Ce dispositif doit en principe permettre de contrôler l'offre.

En ce qui concerne la prise en charge par l'assurance maladie, transporteurs ambulanciers et VSL sont régis par le Code de la Sécurité sociale et par une convention nationale passée entre les organismes de Sécurité sociale et les professionnels.

L'activité de transport de patient en taxi n'est pas soumise à agrément parce qu'elle ne fait pas partie des « transports sanitaires » tels que définis par le Code de la Santé publique. A cet égard, la réglementation est moins contraignante. Cependant, la prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie est conditionnée par l'établissement d'une convention locale entre les sociétés de taxis et les caisses d'assurance maladie, qui depuis 2008, fait référence à une convention nationale type¹⁰. Le conventionnement encadre la prestation : installation du patient, transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante, règles d'hygiène et prévention du risque infectieux, obligation de disposer d'une trousse de secours minimale, normes imposées au véhicule et à la profession d'exploitant taxi, obligations de formation continue, etc.

En 2011, le parc de véhicules des transporteurs sanitaires était constitué de 34 382 taxis conventionnés, 13 745 ambulances et 14 510 VSL.¹¹

Selon l'Observatoire Prospectif des métiers et des qualifications dans les Transports et la Logistique (OPTL)¹², la branche professionnelle du transport sanitaire (ambulances et VSL) comptait, en 2009, 5 146 entreprises (pour un effectif total de 50 425 personnels) dont 28% employant jusqu'à 4 salariés, 36% employant entre 5 et 10 salariés et 35% employant entre 10 et 49 salariés. Seules 31 entreprises (0.6%) salariaient plus de 50 personnes. Entre 2008 et 2009, la profession a connu une progression de ses effectifs de 3,5%. En 2010, 520 nouvelles entreprises de transporteurs sanitaires ont été créées (dont 310 sans salariés) alors que dans le même temps 249 disparaissaient.

Le rapport sur les transports sanitaires terrestres de D. Eyssartier¹³ (2010) relève cet « émiettement » des entreprises observant que le seuil des 50 employés et les contraintes qu'il impose sur le plan social (mise en place d'un comité d'entreprise, d'un

¹⁰ Voir Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative : Décision du 8 septembre 2008 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie. JO du 23/9/2008.

¹¹ Cour des comptes, septembre 2012, *La sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre XI : Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie.*

¹² Observatoire Prospectif des métiers et des qualifications dans les Transports et la Logistique, mars 2011, *Rapport 2011.*

¹³ Eyssartier D., septembre 2010, *Rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre. Rapport au Ministre de la santé et des sports.*

comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail,...) contribuent certainement à entretenir cette dispersion. Cette situation n'exclut cependant pas des situations de gérance sur plusieurs sociétés.

Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, l'offre de transport sanitaire s'est modifiée entraînant des effets conséquents sur les dépenses.

Entre 2000 et 2004, sur l'ensemble des transports, la part de marché des ambulances est passée de 34% à 41%. Parallèlement, la part des déplacements en VSL a baissé de 42% à 30%, les taxis restant stables. A partir de 2005, la part de VSL a continué à diminuer mais, cette fois-ci, en faveur des taxis, la part des ambulances se stabilisant. En 2009, les ambulances représentaient 46% des dépenses de transport (pour 24% des transports réalisés), les VSL 23% (pour 40% des transports réalisés) et les taxis 31% (pour 36% des transports réalisés). En 2011, la part de dépenses respective de chaque type de transport était de 41% pour les ambulances, 20% pour les VSL et 34% pour les taxis.

Finalement, en quinze ans, la baisse de part de marché des VSL s'est toujours faite au profit de modes de transport plus coûteux pour l'assurance maladie et plus rentables pour les opérateurs (ambulances puis taxis). Le rapport de la Cour des comptes, déjà cité, observe que cette évolution de la structure du transport sanitaire est favorisée par le fait que la transformation d'un VSL en ambulance est aisée sur le plan administratif (dispense de demande d'autorisation) et que les taxis, qui se substituent progressivement aux VSL, ont des règles de contingentement peu contraignantes.

1.1.4 Les tarifs des prestations.

Les rapports entre les entreprises de transport sanitaire privées et l'assurance maladie sont encadrés par une convention nationale qui a été conclue le 26 décembre 2002 entre les caisses nationales d'assurance maladie, la Chambre syndicale nationale des services d'ambulance et différentes fédérations nationales représentant la profession. Cette convention encadre notamment les procédures de facturation et de remboursement des prestations, les modalités de dispense d'avance des frais, le suivi des dépenses de transport sanitaire et les modes de tarification. Six avenants successifs à la convention ont été publiés (le dernier, le 21/10/2011) mettant régulièrement à jour les tarifs et intégrant progressivement la profession dans une triple démarche de simplification de la gestion administrative, de recherche d'efficience et de maîtrise des dépenses. Des annexes locales déclinent la convention et ses avenants au contexte départemental, précisant notamment les barèmes kilométriques.

La tarification des transports sanitaires par ambulance et VSL comporte :

- ✓ Un forfait : forfait départemental (ambulance et VSL), forfait agglomération (ambulance) ou prise en charge (ambulance et VSL) selon une liste de communes ou le lieu du siège de l'entreprise.
- ✓ Une valorisation pour trajet court, dégressive, variant en fonction du nombre de kilomètres parcourus et du type de transport.
- ✓ Un tarif kilométrique applicable à la distance parcourue en charge.

A ces éléments s'ajoutent :

- ✓ Des majorations de nuit entre 20h et 8h, des majorations de dimanche et jour férié.
- ✓ Des suppléments pour des transports spécifiques par ambulance (urgence à la demande d'un médecin régulateur du centre 15 ou du SAMU, transport de prématuré, transport dans un aéroport, port ou gare pour embarquement ou prise en charge) et pour frais de péage (ambulance et VSL).

Des abattements sont également prévus pour le transport en VSL simultané de deux, voire trois patients (23% et 35%).

Si la tarification des deux modes de transport comporte quasiment les mêmes éléments de base, le montant respectif attribué à chacun diffère comme l'indique le tableau ci-dessous.

AMBULANCE ET VSL - TARIFS CONVENTIONNELS AU 1/2/2013 - Département de l'Essonne (Zone A)									
Type de transport	Forfait départemental	Forfait agglomération	Prise en charge	Valorisation trajet <= 5km	Valorisation trajet > 7 et <= 18 km	Valorisation trajet > 5 et <= 10km	Valorisation trajet > 10 et <= 15km	Valorisation trajet > 15 et <= 19 km	Tarif kilométrique
Ambulance	51,30 €	57,37 €	64,30 €	7,00 €		5,50 €	4,00 €	2,50 €	2,19 €
VSL	13,28 €		14,94 €		6,00 - 0,80 (12 tarifs)				0,85 €

La comparaison entre tarifs explique pour partie la désaffection que connaît actuellement le transport en VSL et la tentation pour les opérateurs de lui substituer des ambulances.

Pour les taxis, les tarifs sont négociés par des conventions locales entre les caisses primaires d'assurance maladie et les entreprises dans la limite de ceux fixés par le préfet de département. Une décote, justifiée par la solvabilité apportée par l'assurance maladie, est attendue de la part des opérateurs qui peut se situer entre 5% et 15% du tarif préfecture. Elle est actuellement de 5% dans le département de l'Essonne concerné par ce mémoire.

La tarification, fixée par arrêté préfectoral¹⁴, comporte :

- ✓ Un forfait de prise en charge patient variable selon le type et l'horaire de la course.

¹⁴ Pour le département de l'Essonne, voir Préfecture de l'Essonne, arrêté n° 2013 PREF - DPAT/0002 du 7 janvier 2013 portant fixation des tarifs horokilométriques applicables aux taxis de l'Essonne.

- ✓ Un tarif kilométrique applicable à la valeur affichée au taximètre lors de la prise en charge du patient.
- ✓ La facturation du temps d'attente ou de marche lente.
- ✓ La facturation des frais de péage éventuels.

Comme pour les VSL, des abattements sont prévus pour le transport simultané de patients.

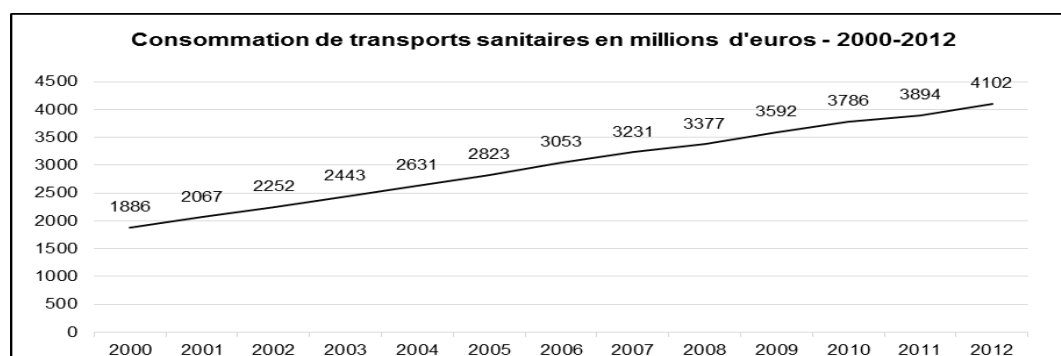
Le forfait de prise en charge est plus élevé pour les VSL que pour les taxis. Cependant, la possibilité offerte à ces derniers de facturer les temps d'attente entre l'aller et le retour (tarif horaire pour véhicule à l'arrêt) et de bénéficier d'un tarif kilométrique majoré en cas de retour à vide peut constituer, au final, une charge plus lourde pour l'assurance maladie.

1.2 Un poste de dépense d'assurance maladie en constante progression...

La France connaît depuis la fin des années quatre-vingt-dix, une hausse quasi continue de la consommation de transports sanitaires et des dépenses qu'elle induit.

Les données détaillées sur le nombre total de transports réalisés ne sont pas disponibles¹⁵. Par contre, chaque année, des statistiques sont publiées sur le montant des dépenses occasionnées par la consommation de soins et de biens médicaux et, notamment, de transports sanitaires¹⁶. Elles permettent ainsi d'appréhender la part croissante prise par ces derniers dans l'ensemble des dépenses de santé et, sur le seul poste des transports, de visualiser la part d'augmentation liée aux volumes et celle induite par une augmentation des prix.

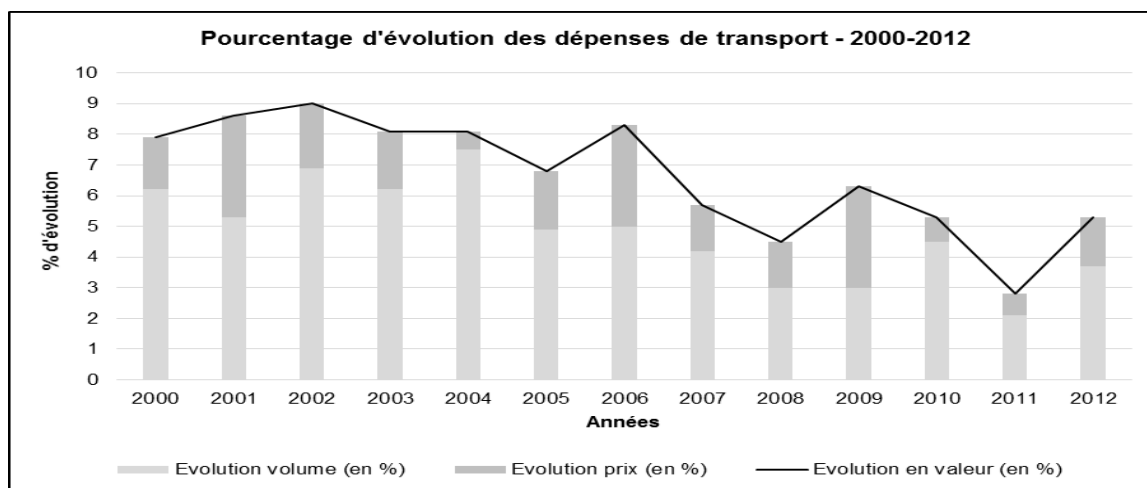
Le schéma ci-dessous montre la croissance continue des dépenses depuis 2000.



¹⁵ Le rapport Eyssartier (2010) indique 53 millions d'actes en 2008. Le *Rapport sur les comptes de la Sécurité sociale* de la Cour des Comptes (2012) cite 65 millions de trajets pour plus de 5 millions d'assurés en 2010.

¹⁶ Voir, notamment, les Comptes nationaux de la santé, publiés annuellement par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des affaires sociales et de la santé, dans la *Série statistiques, Document de travail*.

On observe qu'en douze ans, la consommation de transports a plus que doublé. Cependant, malgré cet aspect relativement linéaire, la figure ci-dessous montre que la progression des dépenses présente des taux d'évolution annuelle assez irréguliers.



De 2000 à 2006, la courbe d'évolution des dépenses en valeur indique que la croissance était en moyenne aux alentours de 8% par an, majoritairement liée à une hausse des volumes. A partir de 2006, le taux de progression diminue (5,3% en 2012), tout en présentant des différences marquées selon les années. Sur cette période, la part liée à la hausse des tarifs (donc des prix) est plus accentuée.

Ce schéma rend compte des actions menées par les pouvoirs publics pour contenir l'évolution de la consommation de transports mais aussi du poids de la profession de transporteur sanitaire dans l'évolution générale.

Des initiatives ont été prises pour mieux maîtriser les volumes, tels que des « contrats de bonne pratiques » (2004), la mise en place d'un nouveau référentiel de prescription (2007), la promotion du transport partagé, l'introduction d'une franchise à la charge des patients de deux euros (2008) ou encore la mise en place de nouveaux contrats-types entre les ARS, les caisses primaires d'assurance maladie et les établissements (2011).

Mais, dans le même temps, le système de tarification a été revu à la hausse (notamment les forfaits) et différentes revalorisations en faveur des transporteurs sont intervenues en 2005 et 2006 puis chaque année à compter de 2009.

Ainsi, si les mesures adoptées contribuent à ralentir la hausse des volumes de transport, les augmentations tarifaires qui varient en fonction des types de véhicules (taxis, VSL, ambulances) semblent, pour leur part, peser toujours plus dans l'évolution globale de la

consommation. C'est particulièrement visible sur le schéma pour les années 2006, 2009 et 2012.

Sur l'ensemble des dépenses de transport sanitaire (transports urgents et non urgents), la part à *la charge des établissements*, qu'elle relève de prestations externalisées et / ou de services de transports internes, n'est pas connue, car il n'existe pas de données consolidées au niveau national.¹⁷ Cependant, en s'appuyant sur des calculs réalisés à partir des Comptes des hôpitaux publics, le rapport Eyssartier les évalue entre 200 et 280 millions d'euros en 2008. Pour sa part, le rapport sur les comptes de la Sécurité sociale les estime à environ 200 millions d'euros en 2010 en partant d'une extrapolation des données disponibles à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

Ces sommes peuvent paraître assez modestes en regard des dépenses prises en charge par l'assurance maladie ; elles n'en constituent pas moins pour les établissements une charge de plus en plus lourde. En effet, ces transports subissent les mêmes tendances en volume que ceux pris en charge par l'assurance maladie et sont soumis aux mêmes contraintes tarifaires quant à la part externalisée à des prestataires privés. Les établissements partagent avec la médecine de ville des problématiques communes de vieillissement de la population, de prise en charge croissante de pathologies chroniques, d'accès aux plateaux techniques, voire de recours à des centres d'examen et de diagnostic très spécialisés,.... Contraintes auxquelles s'ajoutent les regroupements hospitaliers qui « internalisent » de plus en plus de transports.

Finalement, même si l'évolution des dépenses de transport sanitaire tend à ralentir, le transport de patients connaît, et c'est encore vrai en 2012, un taux d'évolution de consommation soutenu (5,3%), supérieur à celui de chaque poste de soins et de biens médicaux : soins hospitaliers (2,4%), soins de ville (3,2%), médicaments (- 0,9%) et autres biens médicaux (5,1%). Il est, de fait, bien au-delà de celui de l'ensemble des consommations de soins et de biens médicaux (2,2%) et très loin de l'objectif de progression de l'ONDAM (2,8%).

C'est cette situation qui a conduit les pouvoirs publics réagir sous différentes formes.

1.3 Qui, en dépit de politiques de régulation et de dispositifs d'encadrement ...

Afin d'enrayer la hausse constante des dépenses de transport sanitaire, les pouvoirs publics ont mis en place des dispositifs pour mobiliser l'ensemble des acteurs. La partie

¹⁷ Les référents *Transport Sanitaire* de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance qui ont été contactés à cet effet dans le cadre de ce mémoire, n'ont pu communiquer aucune donnée statistique.

suivante présentera des exemples d'actions menées par l'assurance maladie, par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et par l'ARS Ile-de-France, plus spécifiquement à destination des établissements de santé.

1.3.1 Le référentiel de prescription de 2006.

En listant à l'article R322-10-1 les différents moyens de transport pris en charge par l'assurance maladie (ambulance, transport assis professionnalisé (TAP), VSL, taxi, transport en commun terrestre, avion, ...), le Code de la Sécurité sociale ajoute qu'un « *référentiel de prescription arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale précise les situations dans lesquelles l'état du malade justifie respectivement la prescription des modes de transport prévus au présent article en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences* ».

Ce référentiel, publié le 23 décembre 2006¹⁸, définit les motifs de prise en charge et les modes de transports adaptés à la situation de chaque patient en fonction de ses déficiences et incapacités. Il prévoit ainsi la prescription d'une ambulance dans le cas où le patient 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 (en VSL ou taxi conventionné) peut être prescrit pour le patient « *qui présente au moins une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage [ou] 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 [ou] une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène [ou] une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule* ». Il peut également être prescrit pour le patient « *soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport* ».

Le texte précise enfin, qu'en l'absence de déficience nécessitant une ambulance ou un VSL / taxi conventionné, les patients bénéficiant d'une prise en charge de transport

¹⁸ Ministère de la santé et des solidarités, sécurité sociale, personnes âgées, personnes handicapées et familles. Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

médicalement justifiée devront se déplacer en transport en commun ou en transport individuel.

Les informations d'ordre médical qui justifient le motif de déplacement et le mode de transport choisis par le médecin figurent sur les formulaires de prescription de transport qui ont été refondus avec le nouveau référentiel.

Ainsi, ce référentiel, en renforçant le caractère médical de la prescription, contribue à responsabiliser davantage le médecin dans le choix du mode de transport le moins onéreux en adéquation avec l'état du patient.

En 2007, l'assurance maladie, relayée par les caisses régionales, a lancé une campagne de communication et a adressé le nouveau référentiel à tous les médecins prescripteurs. Dans un second temps, des contrôles ont eu lieu sur l'activité de « médecins sur prescripteurs » qui ont conduit à la mise sous accord préalable d'environ quatre-vingt d'entre eux.

Parallèlement, ont été mis en place, en direction des établissements de santé, des accords d'initiative locale de maîtrise des dépenses de transport qui prévoyaient un intéressement financier moyennant une limitation des prescriptions.

Enfin, depuis 2011, sont conclus des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, signés entre les ARS, les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements, lorsque ceux-ci dépassent un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport fixé annuellement¹⁹. En fonction de la réalisation ou non des objectifs de réduction des dépenses, ces contrats s'accompagnent, de sanctions financières ou d'intéressement.

1.3.2 L'ANAP, support des établissements de santé pour améliorer la gestion des transports.

En 2011, l'ANAP a travaillé avec sept établissements hospitaliers, en lien avec l'ARS Champagne - Ardennes et avec l'ARS Ile-de-France, sur l'optimisation de la gestion des transports sanitaires non urgents, avec l'objectif principal d'en maîtriser les coûts. Les réflexions issues de ces travaux ont donné lieu à la rédaction en mai 2013 d'un guide, *Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé*, qui propose une démarche et des outils²⁰.

Après un rappel réglementaire sur les transports sanitaires et une présentation des enjeux, les auteurs expliquent comment constituer une équipe et concevoir le pilotage du projet.

¹⁹ Taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport : 3% en 2011, 4% en 2012, 3,5% en 2013.

²⁰ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, mai 2013, *Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé*, coll. Mettre en œuvre et partager.

Puis, ils s'attachent à détailler les objectifs et les outils propres à établir un diagnostic du processus de transport sanitaire, lequel est appréhendé en quatre étapes : une phase d'autoévaluation, deux diagnostics qualitatifs (l'un avec l'outil *quickeval 2.0*, initialement développé par l'ARS Ile-de-France, l'autre à l'appui de grilles d'entretien), un diagnostic quantitatif (avec des informations CPAM et propres à l'établissement) et un diagnostic de l'activité (à partir d'un fichier de recueil de données). Pour chaque type de diagnostic, des questions sont proposées qui concernent toutes les étapes du process (aussi bien pour les transports à la charge de l'assurance maladie que ceux supportés par l'établissement) et tous les intervenants qui y participent à un moment ou un autre.

S'appuyant sur les constats réalisés au cours de la phase de diagnostic, le guide décline et détaille ensuite différents plans d'action (formalisés dans des fiches action) avec une priorisation, des objectifs et des indicateurs de suivi. Cinq thématiques sont retenues avec pour chacune une ou plusieurs actions. S'agissant de la gestion du processus de transport sanitaire, des propositions sont faites pour inciter les patients à recourir à un transport particulier moins coûteux pour l'assurance maladie, pour optimiser l'organisation interne d'ambulanciers (pour les transports à la charge de l'établissement), pour formaliser et homogénéiser le circuit de la demande, pour analyser le processus d'entrée du patient, pour organiser le covoiturage et pour regrouper consultations et examens le même jour. Pour le contrôle de la facturation, il est suggéré de mettre en place un processus de suivi des transports pris en charge par l'établissement de santé. S'agissant des relations avec les prestataires, il est préconisé de contractualiser la prestation de transport à la charge de l'établissement. Une thématique consacrée aux collaborations avec les caisses maladies propose d'intégrer les transports supportés par l'établissement dans le champ des contrats et conventions liant les établissements de santé et les prestataires, et de disposer d'une meilleure visibilité sur les transports pris en charge par l'assurance maladie. Une dernière thématique portant sur la communication préconise des actions pour informer sur les obligations des taxis conventionnés, sur le bon choix entre VSL et taxi, et sensibiliser les acteurs du processus et les patients.

Ce guide présente l'intérêt d'une part de faire le point sur la réglementation des transports sanitaires, en mettant l'accent sur ceux à la charge des établissements et d'autre part, de proposer une démarche très opérationnelle qui associe l'ensemble des acteurs (CPAM, praticiens, soignants, administration de l'établissement, prestataires,...) et qui englobe toutes les problématiques rencontrées par le transport sanitaire. Le guide la présente dans sa globalité, mais rien n'empêche a priori de l'appréhender de manière partielle à partir d'une ou plusieurs actions. Nous verrons, par exemple, comment le Centre hospitalier d'Orsay a priorisé certaines d'entre elles.

1.3.3 Le volet transport sanitaire du programme pluriannuel régional de gestion du risque de l'ARS Ile-de-France.

Depuis la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les ARS assurent le pilotage de la santé en région. La maîtrise des dépenses de santé constitue l'un de leurs champs d'action prioritaires, l'objectif étant d'impliquer l'ensemble des acteurs du système de santé (professionnels libéraux et hospitaliers, établissements, patients) pour aboutir à plus d'efficacité.

Une directive à l'intention des ARS de juillet 2009, complétée, depuis, par plusieurs circulaires, décrit dix priorités de gestion du risque (GDR) arrêtées au niveau national qui devront être déclinées dans les programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque (PPR GDR). Le transport sanitaire est l'une de ces dix priorités.

Le volet transport sanitaire du programme pluriannuel régional de gestion du risque de l'ARS Ile-de-France²¹ rappelle les objectifs à atteindre : « *ciblage (..), sensibilisation (...)* et *initiation d'un dialogue avec les établissements fortement prescripteurs ; (...)* *démarche contractuelle avec les établissements de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques (...); développement de nouvelles modalités d'organisation des transports* ». Il dresse un état des lieux de la situation du transport sanitaire en Ile-de-France (activité, dépenses) et présente les démarches et dispositifs qui sont développés dans la région pour maîtriser les dépenses. En dehors de la contractualisation avec les établissements, sont notamment présentés des outils qui permettent à chaque structure de réaliser un diagnostic de sa situation ou encore de développer une activité de régulation.

L'ARS Ile-de-France a également mené une étude comparative des pratiques dans une soixantaine d'établissements de tous types qui permet, analyse à l'appui, de comprendre les différentes organisations liées à la commande de transport²². L'étude a été conduite sous forme d'enquête comportant une trentaine de questions sur cinq thèmes : contexte institutionnel, achat et suivi des dépenses de transport, planification et suivi de l'activité transport, fonction régulation, communication au sein de l'établissement. Cette étude permet d'observer, en fonction des items, des disparités de fonctionnement et de perception de l'activité transport plus ou moins importantes selon le type d'établissement (publics / privés, < ou > 200 lits, multisite / monosite) et au sein d'un même type d'établissement.

Enfin, s'inspirant directement du constat réalisé dans l'étude précédente, un guide pratique a été rédigé pour permettre aux établissements de mettre en place une gestion

²¹ Agence Régionale de santé Ile-de-France, *Projet régional de santé. Programme gestion du risque 2010-2013* ; chapitre consacré au programme Transports sanitaires pp. 15-22.

²² Agence Régionale de santé Ile-de-France. Pôle d'appui à la qualité et à la performance, février 2011, *Transports sanitaires : Rapport du benchmark Île-de-France sur les pratiques de transports sanitaires en établissements de santé*, coll. Performance et qualité.

rationalisée des transports sanitaires²³. Des fiches actions, des outils (échanciers, fiche de poste, logigramme, supports de communication,...) sont proposés pour évaluer le besoin de transports et pour mettre en place des démarches dans les domaines déjà évoqués ci-dessus : achat et contractualisation de la prestation de transport via un marché public, planification des transports (anticipation des charges de travail, arrivées et sorties échelonnées,...), fonction de régulateur de transport, communication auprès des prescripteurs et des patients. Là encore, bien que ce guide soit envisagé dans la perspective d'une démarche globale, chaque thématique (achat, planification, régulation, communication) avec ses différentes actions peut être abordée séparément.

Le référentiel de prescription, les outils proposés par l'ANAP et les ARS sont autant d'exemples des démarches conduites par les pouvoirs publics pour réguler les coûts de transport sanitaire. Cependant, en dépit des objectifs de qualité et d'efficacité qu'elles recherchent, leurs effets sont semble-t-il encore limités sur l'évolution des dépenses.

1.4 Reste insuffisamment maîtrisé.

La difficulté à mettre en œuvre des moyens et actions efficaces pour maîtriser durablement les coûts, alors même que cela est rendu nécessaire par l'évolution des pathologies et du système de santé, fait l'objet depuis plusieurs années de nombreuses réflexions. Récemment, la Cour des comptes a dressé un constat plutôt critique de la situation dans le volet transports sanitaires du *Rapport sur les comptes de la sécurité sociale 2012*.

Reprendre dans le cadre de ce travail certains points de ce rapport permet de présenter de manière synthétique les éléments qui font obstacle à une régulation efficace des dépenses de transport sanitaire et également d'évoquer la complexité d'une démarche de maîtrise des coûts dans un environnement qui mobilise autant d'acteurs et d'intérêts divergents.

En préambule, la Cour observe qu'en égard aux dépenses engagées, les déterminants qui influencent la consommation de transports (vieillesse et état de santé de la population, habitudes des prescripteurs, offre de transport, pathologies chroniques, évolution des prises en charges,...) et les liens qu'ils ont entre eux ne sont pas

²³ Agence régionale de santé Ile-de-France. Pôle d'appui à la qualité et à la performance, mars 2011, *Transports sanitaires : mettre en place une gestion centralisée des transports sanitaires en établissements de santé*, coll. Performance et qualité.

suffisamment étudiés. Or, cela constitue toujours, selon la Cour, un enjeu majeur pour rendre plus efficaces les dispositifs de prise en charge et de maîtrise des dépenses.

Le rapport pointe ensuite une maîtrise insuffisante des flux de transports sanitaires estimant, après enquête menée auprès de caisses locales d'assurance maladie, que le référentiel de prescription est « *insuffisamment respecté* » et les prescriptions « *mal formalisées* » (imprimés mal et / ou insuffisamment complétés²⁴, rarement transmis au médecin conseil, prescriptions injustifiées, taux de prescription sans rapport avec l'ALD,...). En outre, la règle de l'établissement le plus proche n'est pas systématiquement appliquée et elle est manifestement peu contrôlée. Il observe également que les différents acteurs ne sont pas suffisamment responsabilisés même si quelques généralistes ont vu leurs prescriptions soumises à accord préalable. A l'hôpital, comme nous l'avons vu, depuis 2011 dans le cadre de contrats liant les ARS, les caisses d'assurance maladie et les établissements, ces derniers, s'ils dépassent un certain taux de dépense sont contraints de prendre en charge une partie des coûts (bénéfice d'un reversement dans le cas contraire). Or, en dépit de cette contrainte, selon la Cour aucune action n'a été menée autour du respect des règles de prescription et les établissements n'ont pas mis en place d'outil de suivi des prescriptions et de maîtrise des dépenses. Il est également observé que l'hôpital ne sollicite pas suffisamment les taxis qui, en l'absence de VSL, peuvent réaliser les transports assis et qu'en outre, ils ne respectent pas toujours le tour de rôle.²⁵ Enfin, s'agissant des *transports à la charge des établissements*, le rapport souligne plusieurs points. D'une part, les transporteurs privés, qui répondent aux appels d'offre dans le cadre des marchés peuvent ne pas avoir des capacités en VSL suffisantes, ce qui contraint souvent à substituer à ce mode de transport des ambulances plus coûteuses. D'autre part « *les modalités de liquidation des factures ne permettent pas d'avoir une assurance suffisante de la réalité de la prestation et du montant facturé* ». Et, enfin, compte tenu des différentes règles de prise en charge, les services de soins ne sont pas toujours en capacité de déterminer à qui il appartient d'effectuer le transport.

La Cour des comptes aborde ensuite l'offre de transports qu'elle considère comme « très mal maîtrisée et mal organisée » avec un parc suréquipé en ambulances du fait du non-respect d'un plafond global de véhicules (ambulances et VSL) institué par département en 1995 et d'un contournement assez facile des règles de contingentement des véhicules de

²⁴ Le rapport observe, page 317 en note de bas de page, que « *Dans les hôpitaux (...) les médecins délèguent souvent à leur secrétaire le soin de remplir ce formulaire* ».

²⁵ Tour de rôle : Dans le cas où un patient ne choisit pas le transporteur qu'il souhaite, il appartient à l'établissement d'organiser son transport. Pour garantir une certaine équité entre les sociétés de transport, un tour de rôle est organisé avec des sociétés volontaires implantées sur le territoire de santé selon une clé de répartition de l'activité définie au niveau de l'établissement. L'application du tour de rôle est facilitée par une régulation centralisée des demandes de transport.

transport, ces deux constats conduisant à une évolution vers les modes de transport les plus coûteux.

Sont également considérés comme « *insuffisants* » le pilotage et les contrôles de la fonction transport, du fait notamment du lien distancié entre les sociétés de taxis et l'assurance maladie, de principes de tarification et d'agrément différents selon les types de transports, de la quasi absence de contrôle sur les pièces justificatives jointes aux factures et sur leur conformité aux éléments facturés (distance, application des bons tarifs, corrélation du transport effectué et de la prescription,...).

En conclusion, le rapport formule une dizaine de propositions afin de réaliser à court terme des économies notables.

La plupart de ces préconisations suggère une politique plus volontariste, notamment en appliquant strictement, voire en renforçant, des dispositifs déjà existants ou progressivement mis en place.

Cette première partie avait pour objet de dresser un panorama de l'organisation des transports sanitaires et d'évoquer les difficultés que rencontre cette « prestation santé » en regard principalement de son financement. La consommation et les dépenses de transport sanitaire augmentent toujours, laissant planer une forte incertitude quant à la capacité du système à le financer. Et ce alors que les besoins des populations vont dans le sens d'une consommation soutenue. Pour tenter de répondre à ce défi, des mesures ont été prises par en particulier par le Ministère de la santé et l'assurance maladie. Des actions qui touchent tous les acteurs concernés par cette activité (patients, prescripteurs, établissements de santé, caisses d'assurance maladie, sociétés de transport,...) et qui s'attachent principalement à rechercher davantage d'efficience dans les organisations pour promouvoir de bonnes pratiques de gestion.

Les éléments théoriques proposés dans cette partie permettront également d'éclairer les données du diagnostic qui sera établi sur l'activité de *transport sanitaire non urgent à la charge de l'établissement* réalisée au Centre hospitalier d'Orsay.

II - Les transports sanitaires à la charge de l'établissement : état des lieux au Centre hospitalier d'Orsay (91).

Le Centre hospitalier d'Orsay est un établissement multisite particulièrement concerné par la question des transports sanitaires. Après une brève présentation de l'établissement, cette partie s'attachera à présenter les modalités d'organisation des *transports sanitaires non urgents à sa charge*, principalement assurés par les transporteurs privés.

2.1 Présentation de l'établissement.

Le Centre hospitalier d'Orsay est situé dans le département de l'Essonne à une trentaine de kilomètres au sud de Paris. Cet établissement de 401 lits et places emploie 900 personnes. Il assure des prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique, gériatrie et psychiatrie adulte, et réalise une activité annuelle de 78 500 consultations, 17 000 hospitalisations complètes (tous secteurs confondus) et 38 300 passages aux urgences.

Sur le plan juridique, l'établissement constitue depuis 2004 avec le Centre hospitalier de Longjumeau (91) le groupement de coopération sanitaire (GCS) Nord Essonne. Le Centre hospitalier de Juvisy (91) a rejoint le groupement en 2012. A cette date, le périmètre du GCS regroupe une direction et des services administratifs, techniques et logistiques communs, ainsi qu'un certain nombre d'activités communes : équipes médicales pour les activités chirurgicales, équipe opérationnelle d'hygiène, stérilisation, laboratoire d'anatomo-pathologie, activité d'Imagerie, département d'information médicale, achats, organisation des moyens de la permanence des soins²⁶.

Sur le plan de la localisation²⁷, l'activité du Centre hospitalier d'Orsay se répartit sur l'Hôpital général situé au centre de la ville d'Orsay pour la MCO, sur la Maison de l'Yvette, distante d'environ trois cents mètres pour la gériatrie, sur le domaine de Grand Mesnil à Bures sur Yvette, éloigné d'environ deux kilomètres pour la psychiatrie et sur une quinzaine d'autres structures extérieures (centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour) localisées dans les communes limitrophes de Bures sur Yvette, Palaiseau et Les Ulis.

²⁶ Voir le site Internet du Centre hospitalier d'Orsay : <http://www.gh-nord-essonne.fr/Etablissements> [visité le 27/10/2013] ; et l'arrêtée 12-417 du 23 Aout 2012 du Directeur général de l'agence régionale de santé de l'île de France portant approbation de l'avenant n°4 a la convention constitutive du GCS de moyens Nord-Essonne, disponible sur Internet : <http://www.idf.territorial.gouv.fr/actes3/files/fichieracte27768.pdf> [visité le 27/10/2013].

²⁷ Voir annexe 5.

De par la situation de ses sites mais également parce que les services sont amenés à solliciter des structures médicales plus ou moins éloignées pour des prises en charge ou examens complémentaires spécifiques, l'établissement doit gérer des flux de transports sanitaires relativement importants avec des coûts financiers à sa charge tout aussi conséquents.

2.2 Présentation du constat.

A mon arrivée sur le terrain de stage fin juin 2013, la Directrice de la logistique et l'AAH en poste aux services économiques m'ont proposé de travailler sur la phase de démarrage d'un marché public tout juste mis en place dans le périmètre *des transports à la charge de l'établissement*. La notification d'attribution du marché venait d'être faite aux prestataires retenus avec un début d'exécution attendu au 1^{er} juillet.

En préalable au démarrage opérationnel, la Directrice de la logistique, puis l'Attachée, ont présenté le contexte qui avait justifié la passation de ce marché.

Le constat, tel qu'il a été relaté, indiquait que l'activité était en partie externalisée, mais de manière non formalisée, qu'elle était réalisée hors marché alors que le seuil des engagements atteint le justifiait, que les services sollicitaient de manière quasi systématique les sociétés de transport sanitaire avec lesquelles ils avaient l'habitude de travailler, laissant peu de place aux autres prestataires, et, enfin, que les contrôles sur l'activité et sur la facturation n'étaient pas suffisants pour permettre une parfaite maîtrise des coûts.

Or, le contrôle des dépenses et la recherche d'économies constituent un enjeu de premier ordre dans un contexte tendu de coûts qui augmentent et de cadre budgétaire contraint.

2.3 Eléments de diagnostic.

Sur le plan méthodologique, des éléments de diagnostic ont pu être rassemblés à partir de l'observation réalisée sur le terrain, des entretiens menés auprès des professionnels et des tableaux et documents de suivi financier disponibles à la Direction logistique et à la Direction des finances. Les entretiens²⁸ ont été conduits sous la forme directive et semi directive à partir de grilles de questions non fermées avec prise de notes. Huit

²⁸ Voir annexe 1.

professionnels ont été interrogés : quatre cadres de santé, deux infirmiers, un ambulancier et la gestionnaire facturation de la Direction des services économiques.

Pour établir le constat qui suit, quatre axes ont été privilégiés : une étude des coûts et des dépenses de transport, une présentation des déplacements et des prestataires privés qui les réalisent, une analyse des pratiques professionnelles dans le processus de commande et de suivi des demandes de transports et enfin, un focus sur le service interne de transport ambulance de l'établissement.

2.3.1 Le nombre de transports et les dépenses augmentent.

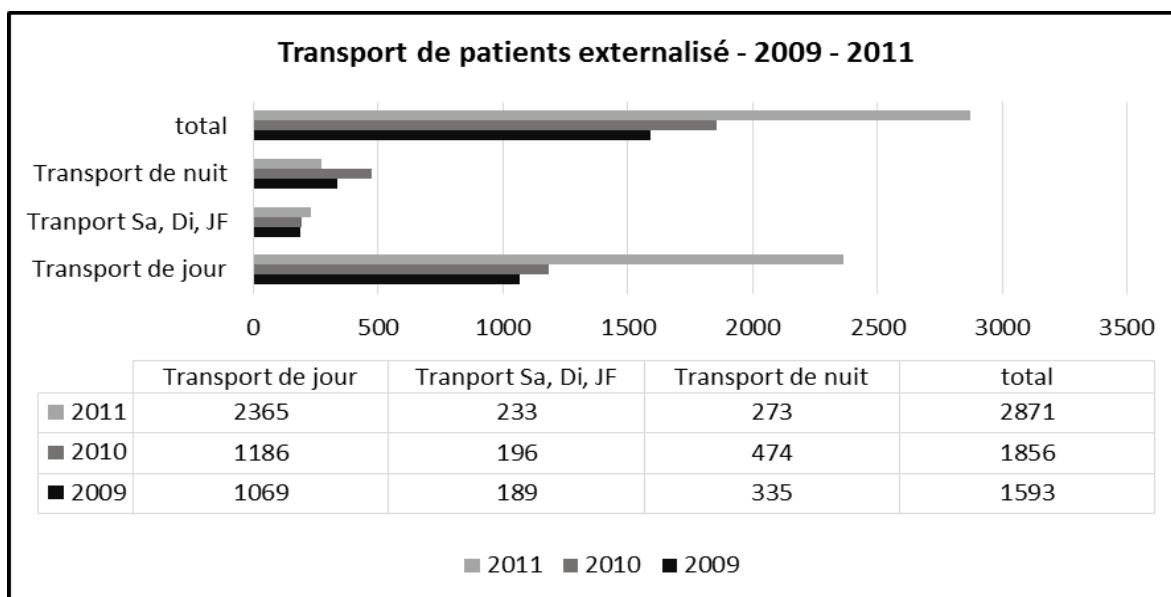
Au Centre hospitalier d'Orsay, comme cela sera développé ultérieurement, la procédure de demande de transport est gérée au niveau de chaque service.

Des données quantitatives sur les transports réalisées et sur les montants dépensés sont disponibles à la Direction logistique²⁹. Pour les volumes de transports des informations ont pu être compilées sur la période 2009-2011. En ce qui concerne les dépenses, des données sont disponibles depuis 2001. Le logiciel de suivi financier *Cpage* utilisé par l'établissement permet de restituer des informations financières très précises. Par ailleurs, une étude détaillée des transports a été réalisée par la Direction des affaires financières dans le cadre de la démarche de sincérité des comptes, laquelle a permis d'extraire quelques données qualitatives, notamment sur les parcours réalisés.

- Les données en volumes.

Les données en volume des transports externalisés disponibles pour les années 2009 à 2011 mettent en évidence une croissance continue, avec une accentuation toute particulière en 2011 comme l'illustre le schéma ci-dessous.

²⁹ La notion de « volume » renvoie au nombre de transports réalisés, quel que soit le type de transport (ambulance, VSL, taxi) ; la notion de « montant » exprime les dépenses de transports réalisés. Compte tenu du coût respectif de chaque type de transport, on ne peut pas conclure qu'une augmentation globale des dépenses est systématiquement liée à une augmentation du nombre de transports. A titre d'information, en 2010, l'assurance maladie évalue le coût moyen, sur la base d'un trajet de 10 km, d'un transport en véhicule personnel ou en transport en commun à 3,50€, en taxi conventionné à 28€, en VSL à 25€ et en ambulance à 89€ (source Assurance maladie Ile-de-France. Caisse Primaire de Paris, novembre 2011, *La prescription de transport en milieu hospitalier*, 2011, p. 13).



A lui seul, le transport de jour double entre 2010 et 2011. Le schéma ne distingue pas les types de transports, mais la part des VSL sur la période 2009-2011 était estimée à environ 10% de l'activité externalisée ; elle se situe actuellement à 15%. Le niveau des dépenses sur 2012 indique que l'activité du transport externalisée a continué de progresser.

Les raisons de la croissance continue de ces transports est à rechercher à la fois dans un contexte général de forte consommation de transport sanitaire et dans la situation particulière du Centre hospitalier (activité, recours à des plateaux techniques extérieurs, part de transport réalisée par l'équipe interne d'ambulance), sans qu'il soit possible de préciser quelle part occupe chaque critère.

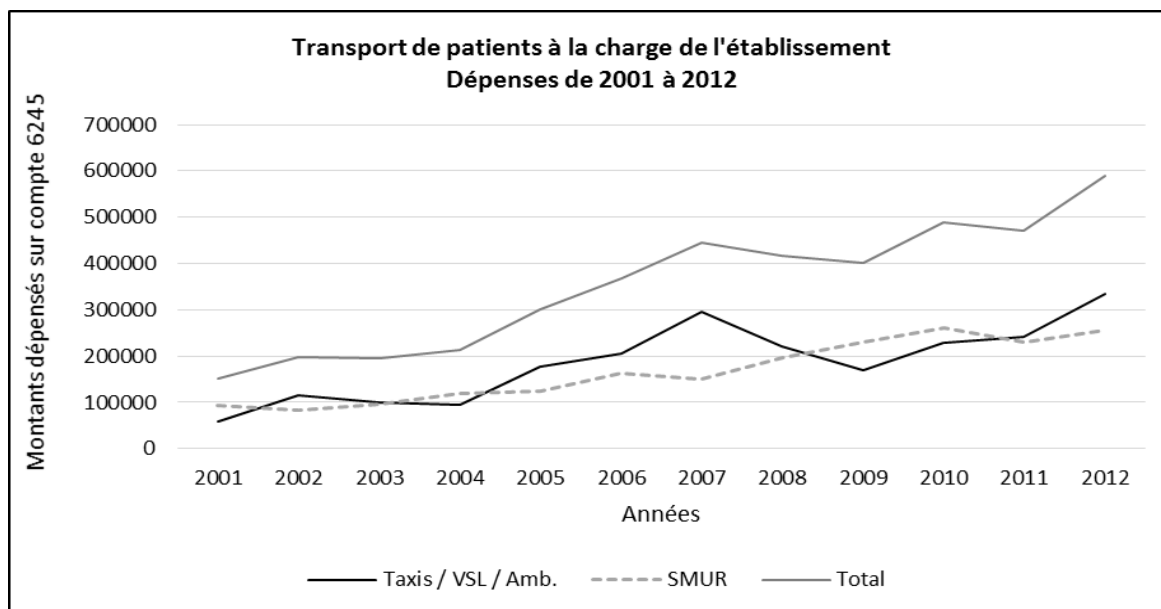
L'activité de transports à la charge des établissements ne se limite pas au seul transport externalisé. Ainsi pour 2011, année pour laquelle des données sont disponibles, faut-il ajouter aux 2 871 transports réalisés par des ambulanciers privés, 163 transports SMUR et 2 495 courses assurées par le service interne d'ambulanciers, soit près de 5 500 transports.

A titre d'information, si l'on ajoute à ces données les 3 090 transports pris en charge par l'enveloppe de ville³⁰ (entrées et sorties / transferts définitifs), on constate en 2011 plus de 8 500 transports sanitaires réalisés pour les besoins de l'établissement.

➤ Les données en valeurs.

³⁰ Données de l'assurance maladie à usage interne communiquées par la CPAM d'Evry le 25/9/2013.

Les informations sur les coûts de *transport sanitaire à la charge de l'établissement* rendent compte de la part croissante prise par ces dépenses³¹ depuis au moins 2001. Le schéma ci-dessous illustre cette tendance en distinguant la part affectée au transport d'urgence réalisée par les SMUR et la part externalisée aux sociétés d'ambulances privées pour le transport non urgent.



**Transport de patient non urgent (VSL, ambulance) à la charge de l'établissement
Dépenses 2001 - 2012**

An.	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Mtt.	58560	114193	98987	95553	177106	205764	294767	220070	169539	229424	241285	333949

Quand on regarde la courbe noire qui reprend les montants dépensés pour la part externalisée (signalés dans le tableau ci-dessus), on observe une progression certaine bien qu'irrégulière. En dix ans, la dépense a presque triplé mais l'évolution ne s'est pas faite de manière linéaire. Il est difficile d'en indiquer les raisons et de préciser quelle part la tendance générale et le contexte local occupent respectivement dans cette croissance. A titre d'exemple, pendant la reconstruction des unités de psychiatrie au Grand Mesnil (2003-2008), une partie de l'activité est partie sur le site de Perray Vacluse à Epinay sur Orge (à 18 km), ce qui a eu une répercussion sur les coûts de transports sanitaires, sans qu'il soit possible d'évaluer à quelle hauteur. De même, en 2008, le service de chirurgie neuro-vasculaire a été ouvert et, plus récemment, l'EHPAD a été fermé au profit d'une unité de court séjour gériatrique (CSG), l'activité de ces deux services ayant eu assurément un impact sur la consommation de *transports sanitaires à la charge de l'établissement*.

³¹ Sur le plan budgétaire les dépenses de transport sont imputées sur le compte 6245 (*Transports d'usagers*).

Comparer la courbe d'évolution des dépenses de l'établissement avec celle des transports pris en charge par l'assurance maladie, telle qu'elle a été présentée précédemment (p.15), ne paraît pas pertinent car les taux d'évolution présentés par l'hôpital d'Orsay (avec de très forts écarts) ne sont en rien comparables en valeurs absolues et en fluctuations.

En 2011, les services qui ont eu le plus fréquemment recours aux transports sanitaires non urgents (ou plus précisément dont les dépenses de transport ont été les plus élevées) sont les urgences, les services de médecine, de gériatrie et la psychiatrie.

Lorsque l'Attachée en poste aux services économiques a décrit le contexte dans lequel l'établissement a décidé de passer un marché, elle a souligné l'enjeu premier de se mettre en conformité avec la réglementation en regard des marchés publics. Les montants dépensés attestent bien de cette nécessité puisque le seuil des 200 000 € au-delà desquels, depuis 2012, le Code des marchés publics impose de passer par un appel d'offres, est largement dépassé.

Il y a quelques années, un premier marché avait été lancé pour encadrer la prestation, mais aucune société n'avait répondu à l'appel d'offres, de telle sorte que l'établissement a continué à fonctionner sans véritable régulation, que ce soit sur le volume de transports ou sur le nombre et la qualité des prestataires qui entraient dans le dispositif.

2.3.2 Transports et transporteurs.

- Des transports majoritairement réalisés sur de courtes distances.

Les sondages qui ont pu être réalisés à partir des fichiers communiqués par la Direction des Finances et des factures indiquent que la majorité des transports réalisés dans la prestation externalisée le sont sur des destinations de proximité.

Sur la période de juillet à septembre 2013, les transports ont été effectués, chaque mois, sur une quinzaine de villes différentes en moyenne. La part la plus importante (près de 60%) est réalisée, ambulances et VSL confondus, sur les deux principaux sites extérieurs du Centre hospitalier (services de gériatrie à la Maison de l'Yvette et de psychiatrie sur le domaine de Grand Mesnil). Viennent ensuite les dessertes de Massy, à 13km, commune sur laquelle se situe l'Institut hospitalier Jacques Cartier (environ 20% des transports), puis, celle du Centre hospitalier de Longjumeau, également distante de 13km, (environ

8%), ces deux centres de soins étant facteurs d'attraction du fait de leurs plateaux techniques. Les autres destinations, moins nombreuses et plus éloignées se font vers d'autres centres hospitaliers et établissements de soins du département (Evry, Etampes, Corbeil, Briis sous Forges,...), vers Paris ou vers des structures plus spécialisées, tel l'Institut Gustave Roussy à Villejuif.

Au total, sur la période la plus récente, on constate que 90% des transports sont réalisés dans un rayon inférieur à 15 kilomètres, près de 60% sur une distance de moins de 5 kilomètres et environ 40% à proximité immédiate du Centre hospitalier (distance d'un kilomètre).

Ces derniers transports « de proximité », soit en moyenne une centaine de courses par mois, sont réalisés à 95% en ambulance. Ils le sont essentiellement en journée et concernent principalement des flux de patients en provenance ou à destination du pôle gériatrie de la Maison de l'Yvette situé en dehors de l'enceinte de l'établissement, et, dans une moindre mesure, des unités d'investigation localisées dans l'établissement mais de manière excentrée (médecine nucléaire Frédéric Joliot, notamment).

Sur le plan financier, ces transports « de proximité » constituent certainement un enjeu important pour les sociétés d'ambulance dans la mesure où ils permettent de réaliser des prestations de meilleur rapport sur un délai d'intervention minimisé. A titre d'exemple, la prise en charge aller - retour, en journée, pour un examen d'un patient entre la Maison de l'Yvette et l'hôpital, qui est estimée en moyenne à trente ou quarante minutes, est facturée par deux forfaits de prise en charge et deux forfaits de valorisation pour faible kilométrage auxquels s'ajoute le tarif kilométrique soit un total d'environ 160 €.

Le domaine de Grand Mesnil, deuxième site de proximité, où sont situés les services de psychiatrie, est distant de plus d'un kilomètre de l'hôpital. Ici, un quart de l'activité de transport est réalisée en VSL, essentiellement de jour. Les autres trois quarts des transports sont effectués en ambulance, de nuit et le week-end pour près de 60%.

Finalement, dans la configuration actuelle de l'établissement (multisite avec plateau technique), on observe que le transport sanitaire externalisé est autant un outil de desserte interne qu'un moyen à usage externe vers des établissements d'investigation et de diagnostic plus pointus.

- Un marché « partagé » par très peu de sociétés de transport.

En regard de l'activité de transport à réaliser sur l'établissement et en l'absence d'un marché ayant désigné un ou plusieurs prestataires particuliers, on pourrait raisonnablement imaginer l'activité de transport sanitaire largement ouverte à la concurrence. C'est tout du moins ce que pourraient laisser penser les listes de sociétés

d'ambulances à disposition dans les services de soins ou encore le relevé du nombre de prestataires qui ont assuré des transports tel qu'il figure ci-dessous :

Nombre de sociétés d'ambulances privées ayant réalisé des transports sur l'établissement de 2001 à 2012												
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de prestataires	13	15	15	10	8	8	11	19	22	21	37	35

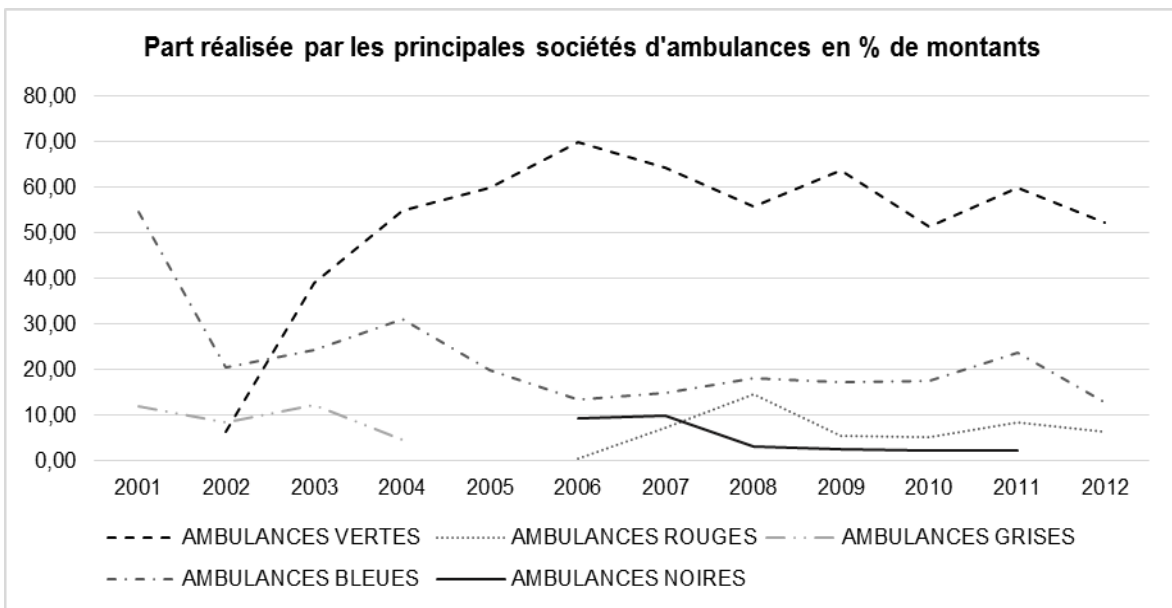
Il est intéressant à cet égard de constater qu'après une nette diminution entre 2004 et 2007, les sociétés paraissent être de plus en plus nombreuses à travailler avec l'établissement.

La réalité est tout autre et le détail montre que l'activité et les dépenses sont très inégalement réparties.

Part des dépenses (en %) des sociétés d'ambulances privées ayant réalisé des transports sur l'établissement de 2001 à 2012												
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de prestataires	13	15	15	10	8	8	11	19	22	21	37	35
< 1%	7	11	10	5	5	7	6	13	13	16	27	25
>= 1% et < 5%	4	1	1	2	1	1	1	3	5	1	6	7
> = 5% et < 10%	0	2	1	1	0	1	2	0	2	2	2	7
> 10%	2	1	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2

En fait, la très grande majorité des sociétés ne réalise que des prestations ponctuelles ne représentant même pas, pour chacune, un pour cent de la dépense totale. Il n'y a quasiment pas de société de taille moyenne et la majeure partie de l'activité est assurée pendant presque toute la période par deux sociétés³², dont l'une a « capté » presque tout le marché avec des pourcentages variant entre 50 et 60% des dépenses,.

³² Pour le mémoire, le nom des sociétés de VSL / ambulances a été volontairement anonymisé.



Le prestataire *Ambulances Vertes*, implanté à proximité de l'établissement, a investi rapidement en 2002 - 2004, une part de marché assez conséquente à la faveur d'une baisse d'activité de son principal concurrent dont les raisons sont inconnues. Depuis cette date il se maintient, laissant loin derrière lui deux autres prestataires.

Même si les données chiffrées en valeur ne disent pas tout de l'activité effectivement réalisée en volume, et si de petits transporteurs peuvent encore réaliser quelques courses sur l'établissement, il n'en demeure pas moins qu'il reste très peu de place pour la concurrence. Or, sans contrat pour contrôler la qualité des prestations et les coûts, l'établissement se retrouve tributaire des deux plus gros transporteurs travaillant sur le site.

2.3.3 Le circuit de la commande de transport : analyse des pratiques.

Les entretiens menés avec différents personnels de l'établissement et les documents conservés au service facturation de la Direction logistique ont permis de décrire le processus par lequel les équipes sollicitaient les sociétés privées d'ambulance avant la mise en place du marché.

Contrairement à ce qui se passait pour les retours de patients ou pour les transferts définitifs qui faisaient (et font toujours) l'objet d'une prescription médicale de transport normée (modèles assurance maladie) dûment signée par le médecin prescripteur, les *transports à la charge de l'établissement* n'étaient pas prescrits de manière formalisée.

A cet égard, pour certains soignants, c'était la présence ou l'absence d'une prescription qui permettait de savoir si le transport était ou non à la charge de l'établissement. Aussi, lorsque le marché a été mis en place et que la nouvelle procédure a été présentée dans

les services, peu d'infirmiers étaient capables de définir précisément à quels types de transport correspondait chacune de ces prises en charge.

Un cadre a également précisé que, souvent, c'était le régulateur de la société de transport qui, au téléphone, indiquait quelle procédure suivre.

Sur le principe, c'est toujours le médecin qui formule la demande et c'est lui qui apprécie le mode de transport le plus adapté à l'état du patient. C'est la situation la plus commune, même si dans certains services, il le fait en prenant préalablement l'avis des soignants. Dans certaines unités cependant, des infirmiers peuvent être amenés à demander eux-mêmes les transports, d'une part parce que l'organisation du service le justifie et d'autre part car ils connaissent très bien l'état des patients. C'est le cas notamment au service des urgences.

De même, dans d'autres services que celui des urgences, en l'absence de médecin, dans les situations qualifiées d'urgentes, des infirmiers peuvent avoir la même démarche. Des professionnels, qui se sont trouvés dans cette situation et qui ont été interrogés sur ce qu'ils font lorsqu'ils ont un doute pour « choisir » entre VSL et ambulance, précisent qu'ils privilégient avant tout la sécurité et le confort du patient, donc l'ambulance. Certains évoquent aussi la mise en cause de leur responsabilité pour le cas où un transport mal apprécié (en l'occurrence un VSL) aurait un impact sur l'état du patient.

Sur le plan pratique, une fois la demande de transport formulée par le médecin, l'infirmier ou parfois un cadre appelait soit la société d'ambulance désignée par le patient (situation assez rare), soit une autre entreprise. Les services disposaient à cet effet (et disposent encore) de listes non institutionnelles référençant les coordonnées de plusieurs sociétés d'ambulance.

Pour autant, dans la pratique, même si certains services faisaient appel à différentes sociétés (notamment sur une même journée), dans la plupart des unités, c'étaient souvent les mêmes qui étaient sollicitées, comme cela a été évoqué ci-dessus. Les soignants interrogés sur ce point justifient cette situation par « *l'habitude* » ou par la proximité (« *plus facile et plus rapide pour venir* ») ou encore « *parce qu'ils les connaissent et qu'ils ont l'habitude de transporter et de manipuler (leurs) patients* » (sous-entendu les patients porteurs de tel type de pathologie ou de tel handicap).

Lorsqu'une société ne pouvait assurer le transport, l'infirmier en sollicitait une deuxième, voire une troisième jusqu'à ce que la prise en charge soit actée.

Le type de transport (VSL / ambulance), ainsi que les informations nécessaires au transport, notamment l'horaire de prise en charge et d'arrivée sur le lieu d'examen, étaient convenus oralement au moment de l'appel. En fonction des services, la date du transport et le nom du transporteur étaient tracés sur l'agenda et/ou sur la planification murale.

Après avoir commandé le transport, le service appelait le standard pour demander que soit établi en double exemplaire un *bon de transport économat*, équivalent d'un bon de commande à l'intention des sociétés de VSL / Ambulances.

Les *bons de transport économat* étaient rédigés de manière manuscrite sur une demi-page blanche numérotée. En général, ils portaient la mention « Pour transport » et indiquaient la date et l'horaire de prise en charge, le nom de la société d'ambulance appelée, les nom et prénom du patient, le service de départ, le lieu d'examen et, éventuellement, l'information d'un aller-retour.

Lorsque le transport demandé était un VSL, il était possible de recourir en première intention au service interne de transport de l'établissement, les sociétés privées n'étant sollicitées que si la course ne pouvait être réalisée.

Le processus de demande de *transport à la charge de l'établissement*, tel que décrit ci-dessus, permet d'identifier plusieurs risques potentiels du point de vue de la bonne exécution de la commande et surtout de la facturation.

En l'absence de prescription formalisée, des doutes peuvent persister sur la bonne qualification du transport (à la charge de l'enveloppe de ville / à la charge de l'établissement) et sur sa nature (taxi, VSL, ambulance). De même, l'échange téléphonique avec le prestataire, en direct, sans confirmation ni traçabilité peut-il également entretenir ce doute.

L'échange téléphonique entre le service et le standard aurait pu permettre de tracer les éléments de la commande, mais les *bons de transports économat* n'étaient pas toujours complétés de manière exhaustive et la mention générique « Pour transport » portée dessus ne permettait pas de savoir, sauf à être complétée, quel type de transport (taxi, VSL, ambulance) avait vraiment été commandé. En outre, dans le cas où le service n'appelait pas le standard, le processus d'information sur la commande était rompu et l'on se trouvait parfois dans une situation où l'ambulancier dictait au personnel les informations à consigner sur le bon de transport.

A la réception des factures, la gestionnaire de la Direction logistique en charge de la liquidation devait mettre en regard des transports facturés les *bons de transport économat* qui lui avaient été transmis. Compte tenu des informations souvent succinctes figurant sur ces bons, le contrôle était surtout réalisé sur les montants et particulièrement sur les plus élevés. Lorsqu'elle avait des doutes sur un transport, la gestionnaire contactait le service des admissions ou bien le service d'origine pour connaître la situation du patient et le type

de transport qui avait été demandé. Il n'est pas exclu que des erreurs de facturation aient pu avoir lieu en raison du manque de formalisme des demandes.

Les tarifs des prestations facturées étaient conformes dans la mesure où forfaits de prise en charge, valorisations pour faible kilométrage, taux kilométriques et calcul des temps d'attente sont encadrés par la réglementation. Cependant, quelques sondages sur des factures ont montré, à la marge, des écarts entre sociétés d'ambulance sur les distances kilométriques parcourues pour des courses identiques.

En dépit de ce que pourrait laisser penser les éléments évoqués ci-dessus, il est évident que la très grande majorité des transports pris en charge et facturés à l'établissement le sont conformément à la réglementation et aux besoins des patients.

Pour autant, l'analyse du processus de demande de transport montre que le défaut de communication précise et tracée de manière formelle fragilise le contrôle de facturation. On perçoit bien par exemple, que si le mode de transport réalisé ne correspond pas à celui qui a été commandé, sans traçabilité, aucun élément de la chaîne (soignant présent au moment du départ, personnel du standard pas ou mal informé, gestionnaire liquidant la facture) ne peut, sauf exception, corriger l'information.

2.3.4 Le service interne de transport - ambulance

Le centre hospitalier, comme de nombreux établissements, dispose d'une équipe interne de conducteurs ambulanciers.

Avant 2011, cette équipe comprenait six agents avec un parc composé, entre autres véhicules, de deux ambulances et d'un VSL. Les chauffeurs étaient polyvalents sur les missions de transport de patients et de transport de matériels (laboratoires, stérilisation, lingerie,...). Le service réalisait les transports sur une amplitude horaire de 8h - 18h et fonctionnait le week-end. Il assurait des prestations de proximité (desserte des lieux d'examens sur l'hôpital et des sites proches de l'établissement, avec une activité d'ambulance soutenue pour la gériatrie) mais également des transports sur des lieux plus distants.

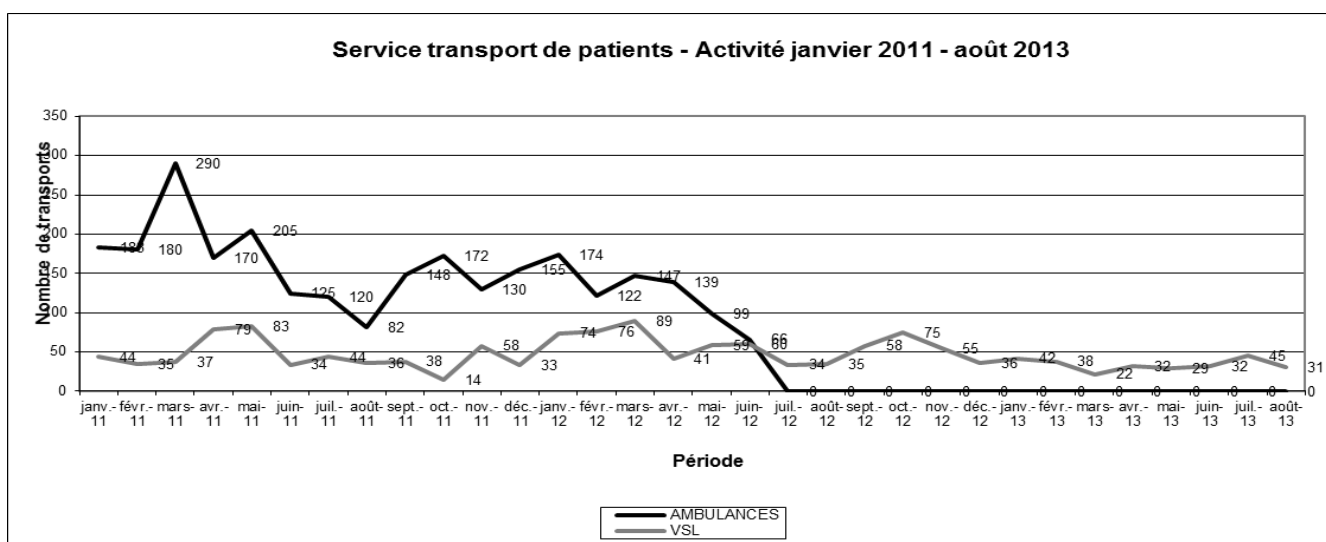
Fin 2011 - début 2012, suite à une réorganisation du service, l'équipe affectée aux transports sanitaires internes a été réduite. Actuellement, deux ambulanciers assurent la régulation et le tri des appels des services qui les sollicitent encore et ils continuent à prendre en charge des transports de patients en VSL. Parallèlement à cette activité, les ambulanciers effectuent des courses de transport de sang ou d'examens et assurent l'entretien des véhicules (VSL, minicar, autres voitures).

En termes d'activité, en 2010, le service a réalisé 2 218 déplacements dont 63% en ambulances, soit davantage que la part de transports externalisés. En 2011, il a effectué 2 495 transports dont 78% en ambulance. Si l'on met cette activité en regard de celle des transports effectués par les sociétés de transport privées la même année, on observe que l'équipe interne réalisait à cette époque une activité globale (ambulance et VSL) représentant l'équivalent de 80% de celle qui était externalisée.

En 2012, suite à sa réorganisation, le service n'a plus réalisé que 1 439 transports (dont 747 transports en ambulance). La baisse d'activité est de l'ordre de 40%. Avec la disparition du transport en ambulance en juillet 2012, l'activité VSL est devenue prépondérante et même vitale pour ce service.

Sur les huit premiers mois de l'année 2013, 271 transports en VSL ont été effectués, soit une moyenne mensuelle de 34 transports.

Le schéma ci-dessous illustre l'activité du service interne de transports de patients depuis 2011³³.



Au premier semestre 2012, tous les services de l'établissement sollicitaient encore l'équipe interne d'ambulanciers, la médecine neurologique, les urgences, le CSG et l'unité de soins de suite et de réadaptation étant les principaux utilisateurs pour le transport en ambulance. S'y ajoutaient deux des trois services de psychiatrie pour le VSL.

A partir de juillet 2012, l'activité d'ambulance s'arrête. De façon quasi concomitante, certaines unités comme la gériatrie et le service de médecine neurologique semblent renoncer également à faire prendre en charge la prestation VSL par l'équipe interne. Le service des urgences maintient ses demandes et un service de psychiatrie les augmente,

³³ Ce schéma est repris, année par année, en annexe 6.

allant même jusqu'à représenter 52% de l'activité de VSL sur les huit premiers mois de 2013.

La réorganisation du service de transport interne puis la suspension de la prestation d'ambulance ont eu un impact certain sur l'organisation logistique et sur l'économie de la fonction transport de patients. Si l'effet de report de l'activité d'ambulance de l'équipe interne sur la prestation externalisée ne peut être quantifié précisément en termes de volume de transports, il constitue néanmoins assurément une part importante de l'augmentation de la dépense constatée sur l'exercice 2012.

La prestation VSL, quant à elle, a manifestement fait l'objet d'une désaffectation de la part de certains services. Si les raisons invoquées peuvent parfois paraître légitimes (restriction des horaires d'activité, indisponibilité des ambulanciers déjà en course, souci de gagner du temps,...), cette « fuite » est d'autant plus dommageable qu'au regard du planning des prises en charge, les ambulanciers estiment qu'ils pourraient assurer davantage de courses. Cette situation peut paraître paradoxale alors que chaque mois une quarantaine de transports VSL en moyenne est externalisée aux sociétés d'ambulances privées, dont une bonne partie réalisée sur les horaires d'ouverture du service.

Le constat tel qu'il a pu être réalisé conforte la présentation qui en avait été faite à l'arrivée sur le site. Il confirme que les dépenses de transports sanitaires à la charge de l'établissement augmentent. Que, par ailleurs, la combinaison des pratiques professionnelles, d'une gestion des commandes au niveau des services et d'une procédure non formalisée rendent difficile un strict contrôle de la facturation. Le diagnostic a relevé qu'il est difficile de connaître et d'analyser dans le détail les volumes de transports effectivement réalisés et leur répartition entre taxis, VSL et ambulances. Il a permis, dans une certaine mesure, de préciser certains aspects des trajets réalisés en mettant, notamment, à jour l'importance des transports de proximité. Enfin, il a confirmé que les ressources de l'équipe interne de transport ambulancier sont sous utilisées.

Observer, constater et réfléchir sur ces éléments de diagnostic ont aussi permis de les croiser avec certaines des problématiques évoquées en première partie pour lesquelles des actions ont déjà été engagées par les pouvoirs publics : question des prescriptions, des procédures de commande de transport, du contrôle de facturation, de la maîtrise des dépenses....

A cet égard, la mise en place sur le Centre hospitalier d'Orsay d'un marché dans le périmètre des *transports sanitaires à la charge de l'établissement* traduit bien le souci de se situer dans cette dynamique.

III - La mise en place d'un marché contractualisant la prestation de transport sanitaire montre que des économies sont possibles, mais d'autres actions s'imposent pour aboutir à une réelle maîtrise des dépenses.

Comme cela a été observé en première partie, la contractualisation est l'un des moyens dont disposent les établissements engagés dans des processus de maîtrise des dépenses. S'agissant des *transports à la charge des établissements*, c'est un outil efficace dans la mesure où il peut conduire assez rapidement à de réelles économies sur les montants engagés. Cependant, le contrat ne se suffit pas à lui seul, notamment parce qu'il ne permet pas d'agir sur les volumes de transports commandés. Il doit donc s'inscrire dans une démarche plus large de changement des comportements et des pratiques professionnelles afin de favoriser une prescription au plus juste des besoins et de nouvelles modalités de transport.

3.1 La mise en place d'un marché encadrant les transports sanitaires à la charge de l'établissement.

La mise en place d'un marché répond à un double enjeu. Le premier est de nature juridique : il s'agit, en regard des sommes dépensées, de mettre l'établissement en conformité avec la réglementation sur les marchés publics. Le second est d'ordre financier : encadrer et maîtriser des dépenses qui ne cessent d'augmenter.

A cet égard, la contractualisation est un outil qui permet d'établir un partenariat commercial avec des sociétés qui s'engagent à assurer, de manière réactive, une prestation de qualité sur un certain volume d'activité, moyennant une remise sur les tarifs.

Au Centre hospitalier d'Orsay, la passation de marché a été faite par l'Attachée en poste aux Services économiques. Une fois le marché notifié, et afin de commencer dans les meilleurs délais, une campagne d'information destinée à accompagner ce changement a été menée à destination de l'ensemble des services.

3.1.1 De la passation du marché au démarrage de la prestation.

Ce mémoire n'a pas pour objet de retracer une à une toutes les étapes de la passation du marché. Seront simplement précisés ici les éléments clés qui, dans la rédaction des

documents contractuels du marché et dans la procédure de sélection des opérateurs, permettront d'encadrer la prestation aussi bien sur le plan de la qualité que dans l'objectif financier de contrôler et contenir les dépenses.

A) Rédaction et passation du marché de transport sanitaire.

Préalablement à la rédaction du marché, un groupe de travail composé de cadres de soins des services de pédiatrie, de gériatrie, de médecine et d'un ambulancier s'est constitué autour de la Directrice de la logistique afin d'identifier, évaluer et décrire les besoins en transports sanitaires de l'établissement. Parallèlement aux travaux de ce groupe, faute d'une expertise suffisante sur l'établissement, l'Attachée chargée des marchés a mené des recherches complémentaires, notamment sur les aspects réglementaires et normatifs encadrant les prestations de transport et sur les modes de tarification.

Une fois le besoin identifié et précisé, la phase de rédaction puis de passation du marché a été engagée.³⁴

Le cahier des clauses techniques particulières (CCTP) et le cahier des clauses administratives particulières (CCAP) qui formalisent l'appel d'offre stipulent les attendus de la prestation de la manière la plus précise et détaillée qui soit.

En ce sens, l'étape d'analyse et d'évaluation des besoins est fondamentale. Cela concerne bien entendu l'étendue horaire de la prestation (jour, nuit, jour férié, selon un principe de continuité du service) et son périmètre (cadre du transport, étendue de la mission, patients concernés). La contractualisation avec un prestataire unique induit pour le transporteur de prendre en charge tous les patients, sans possibilité de choix entre ceux qui sont plus faciles ou plus rentables à transporter. Dans un établissement comme le Centre hospitalier d'Orsay, le prestataire, doit être en capacité de transporter indifféremment des personnes âgées, des adultes, des femmes enceintes, des enfants de tous les âges, des patients relevant du secteur psychiatrique, tous étant plus ou moins mobiles et autonomes. Ce qui suppose des véhicules et des équipements de sécurité adaptés à toutes les configurations ainsi que des équipages formés à cette exigence. Il doit également être en mesure de gérer le flux des demandes qui pourront se présenter

³⁴ Le marché de transport sanitaire passé par le Centre hospitalier d'Orsay est un appel d'offres conclu sous la forme d'un marché à bons de commande multi attributaire (mode d'attribution en cascade). Il comporte deux lots : le premier concerne les prestations de transport en ambulance et VSL ; le second porte sur l'activité de transport sanitaire pédiatrique para-médicalisé telle qu'elle est définie dans la circulaire DHOS/01/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants (parue au Bulletin officiel santé n° 2005-2). Le second lot, qui concerne une activité assez limitée (en 2012, 18 transports pour un coût total d'environ 6 800 €) ne sera pas, de ce fait, davantage étudié dans ce mémoire.

simultanément. Le marché ne doit laisser sur ces points aucun doute qui risquerait de conduire à une rupture dans l'exécution de la prestation.

Le marché décrit également les principes qui encadrent le service attendu, précisant notamment les modalités pratiques de commande en cas de transport programmé ou non programmé, la contrainte de prise en charge du patient dans l'heure qui suit l'appel, les modalités d'annulation et le choix du mode de transport. Ce dernier point est d'importance car il stipule de manière précise que le choix (VSL ou ambulance) appartient au Centre hospitalier et que si le prestataire n'est pas en mesure de répondre à une demande de VSL et y substitue une ambulance, le règlement sera fait sur la base du tarif applicable au VSL. Cette clause a pour objet de préserver l'intérêt de l'établissement face à une offre qui, comme cela a été évoqué précédemment, réduit de plus en plus le parc de VSL sans tenir compte du besoin réel de la population.

Sont également détaillées des dispositions relatives aux personnels des sociétés candidates : périmètre de leur responsabilité, secret professionnel, tenue générale et comportement, obligation de visite médicale, respect du règlement intérieur de l'établissement, conformité des diplômes. Sont aussi notifiées des dispositions concernant les véhicules et leur équipement : conformité des matériels biomédicaux et paramédicaux embarqués, maintenance, contrôle des véhicules. L'établissement se réserve le droit de vérifier l'état des véhicules et des matériels et de demander tous justificatifs les concernant.

Le marché détaille également les bonnes pratiques d'hygiène, notamment pour le lavage des mains, la tenue vestimentaire des équipages, le linge et l'hygiène du véhicule.

En outre, en contractualisant leur prestation avec l'établissement, les sociétés doivent s'engager à mettre en œuvre un « *plan de progrès en vue de l'amélioration continue et du suivi de la qualité de la prestation* » durant l'exécution du marché. Ce plan peut, notamment, proposer des indicateurs de suivi de performance en termes de délais d'exécution, porter sur la formation continue du personnel ou encore sur l'optimisation des organisations pour améliorer le service rendu au patient.

Les clauses relatives au prix de la prestation décrivent, dans un premier temps, ce qu'il englobe : mise à disposition du véhicule et de l'équipage, fourniture et lavage de la literie, fourniture d'oxygène si besoin, nettoyage du véhicule après chaque transport, voire désinfection, prise en charge, transport et brancardage du patient du lieu de départ jusqu'à destination.

Le marché indique ensuite que les tarifs devront être appliqués en référence à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés et à ses avenants en vigueur. Il

précise que les prix seront diminués de la remise éventuellement consentie par le fournisseur. Les sociétés souhaitant répondre à l'appel d'offre devront produire à cet effet un bordereau de prix unitaires hors taxe.

Ces clauses définissent en outre les modalités de tarification pour les transports aller-retour, pour le transport simultané de plusieurs patients (VSL) et les majorations applicables pour le service la nuit. Elles prévoient également la possibilité pour le transporteur de percevoir une indemnité en cas de retard d'information sur l'annulation d'un transport ou de facturer les temps d'attente et pour l'établissement d'appliquer des pénalités pour retard sur les prises en charge, voire pour mauvaise exécution des termes du marché.

Un relevé devra être établi pour chaque patient transporté et une facture mensuelle, (formalisée par le marché) sera adressée pour règlement à l'établissement. L'abattement consenti à l'établissement s'appliquera sur la totalité de la prise en charge.

Enfin, une clause prévoit un principe de révision des prix, à la hausse ou à la baisse, à chaque parution d'un arrêté ministériel ajustant les tarifs fixés par la convention nationale et ses avenants.

En annexe aux pièces réglementaires du marché figurent un tableau quantitatif des besoins en VSL et ambulances du Centre hospitalier et un tableau des distances des principales destinations de transport, ces deux documents n'étant pas contractuels.

Le CCTP et le CCAP contiennent d'autres clauses indispensables à la bonne exécution du marché qui ont trait notamment à sa durée, aux intérêts moratoires dus en cas de retard de paiement, à des modifications affectant l'agrément du titulaire,... Mais, elles présentent un intérêt moindre en termes de qualité des prestations et de contrôle de facturation.

Les clauses du contrat ci-dessus, telles qu'elles sont détaillées dans l'appel d'offres, encadrent la prestation au plus près de ce qui est attendu par l'établissement. Elles permettent de sécuriser la relation client / prestataire, donnent des outils pour garantir des transports de qualité dans le respect de la réglementation et de la prescription et ce, à un coût contrôlable.

Le principe d'une remise du prestataire sur les tarifs présente un caractère d'éventualité dans le CCTP. Pour autant, l'établissement, entend bien pouvoir bénéficier d'une remise, le coût de la prestation entrant pour une part relativement importante dans les critères de choix de « l'offre la plus économiquement avantageuse ».

Dans le processus de passation d'un marché public, une fois toutes les étapes de rédaction des pièces réglementaires, de publicité, de dépôt des candidatures puis des offres réalisées, l'établissement (pouvoir adjudicateur) analyse et juge les offres.

Les critères de jugement et de choix des offres sont connus des sociétés qui se portent candidates dès l'ouverture de l'appel d'offre par le règlement de consultation.

Dans le cas présent, les critères évalués portent d'une part sur la valeur technique de l'offre proposée : organisation pour assurer la prestation, plan de progrès pour l'amélioration de la qualité des transports, prise en compte des exigences environnementales ; et d'autre part sur le coût de la prestation calculé à partir d'une simulation après remise.

Sur trois sociétés qui ont répondu à l'appel d'offres, dans la mesure où il s'agissait d'un marché à bons de commande multi-attributaires, deux ont été finalement retenues pour assurer la prestation de transports sanitaires en ambulances et VSL. Toutes deux présentaient la même valeur technique avec des garanties suffisantes quant à l'exécution de la prestation (horaires couverts, véhicules, équipages, capacité à « monter en charge »...). La première société a présenté une offre tarifaire un tout petit peu plus avantageuse pour l'établissement. A qualité jugée égale, c'est donc la meilleure offre financière qui a emporté le marché. Cette offre prévoit une remise de 20% sur les ambulances et de 10% sur les VSL.

Les trois sociétés ayant répondu à l'appel d'offres sont des entreprises relativement importantes. A cet égard, la première retenue déclare 43 membres d'équipage (dont 24 ambulanciers) pour 15 véhicules (dont 10 ambulances).

Il est intéressant de préciser qu'aucun des deux prestataires qui travaillaient sur l'établissement avant la passation du marché n'a répondu à l'appel d'offres. Par ailleurs, pour la période 2009-2012, l'une des deux sociétés attributaires du marché n'avait réalisé aucun transport pour l'établissement et l'autre seulement des prestations ponctuelles (variant entre 0,41% et 3,02% des dépenses totales). En conséquence, la mise en place du marché a totalement renouvelé les prestataires dans le périmètre *des transports sanitaires à la charge de l'établissement*.³⁵

Les services continuent, néanmoins à faire appel aux autres sociétés pour les transports remboursés par l'assurance maladie, ce qui, en principe, devrait empêcher la constitution de monopole.

³⁵ En ce qui concerne le lot 2 (transport pédiatrique paramédicalisé), deux prestataires ont également répondu à l'appel d'offre ; tous deux ont été retenus selon le même principe d'attribution des courses « en cascade » que pour le lot 1 (VSL et ambulance). Mais, contrairement à ce qui s'est produit pour le lot 1, le premier attributaire du lot 2 est le prestataire qui travaillait déjà avec l'établissement. Cela s'explique principalement par le caractère très spécialisé de la prise en charge du transport pédiatrique paramédicalisé et, de ce fait, par une offre de prestataires moindre.

B) Au démarrage de la prestation : campagne de communication, rédaction de procédure et accompagnement des équipes.

Fondamentalement, le marché mis en place ne change rien sur les principes d'organisation des transports sanitaires. Par contre, sur le plan pratique, l'obligation de faire appel prioritairement à telle société plutôt qu'à telle autre, de tracer les accords et surtout les refus de prise en charge, induit un changement d'organisation à tous les niveaux (médecins, soignants, ambulanciers, standard, service facturation).

Aussi, pour faciliter le démarrage, l'établissement a choisi de communiquer au moyen de supports écrits mais aussi de rencontrer les équipes, dans chaque service, afin de les accompagner dans ce nouveau processus.

Sur le plan pratique, les différentes actions menées pendant la phase qui s'étend de fin juin à octobre 2013, qui seront décrites ci-dessous, entraînent dans le périmètre des missions qui m'ont été confiées pendant le stage. En fonction des orientations qui m'ont été données par le Directrice de la logistique et par l'Attachée en poste aux services économiques, j'ai donc rédigé les documents supports au démarrage du marché, accompagné les équipes, créé le fichier de suivi des signalements d'incidents et réalisé une première évaluation du dispositif.

a) *Communication et supports écrits.*

Le marché a été notifié aux sociétés attributaires mi-juin 2013 pour un début de prestation au 1^{er} juillet. Parallèlement, la Directrice de la logistique a confirmé le démarrage aux membres de la commission médicale d'établissement (CME). Les médecins et cadres de l'établissement ayant, quant à eux, été informés en amont de la future mise en place d'un marché de transports sanitaires.

Dans la dernière semaine du mois de juin, une rencontre a eu lieu avec le groupe de travail transport sanitaire et avec les représentants de la première société attributaire du lot ambulances / VSL pour arrêter la procédure de demande de transport. A l'issue des échanges, un modèle d'organisation a été proposé : les services téléphonent à l'équipe interne des transports de l'établissement, lequel assure une régulation et transmet la demande d'intervention par fax à la société d'ambulance. En dehors des heures d'ouverture de la régulation, les services adressent directement leur demande au prestataire. La prise en charge par l'ambulancier étant induite par la demande faxée, aucune confirmation par téléphone ou par fax n'est faite. Toutefois, un appel (confirmé par

fax) est donné dans le service pour le cas où, exceptionnellement, le prestataire ne pourrait assurer le transport.

Dès le départ, les cadres de soins indiquent que l'envoi d'un fax est techniquement contraignant pour les équipes, notamment du fait qu'un fax n'est pas toujours à disposition dans les postes de soins. Cette solution est néanmoins retenue car, en l'état, elle seule permet une traçabilité pour la société mais également pour l'institution au regard de la bonne exécution du marché. En effet, le recours au second attributaire du marché n'est possible que si le refus du premier a été tracé.

A la suite de cette réunion, plusieurs documents ont été rédigés pour informer les équipes : une note de service, une procédure formalisée rappelant le périmètre couvert par les *transports sanitaires à la charge de l'établissement* et indiquant les différentes étapes à suivre pour faire appel à une société ainsi que le modèle de demande à faxer à chaque attributaire.

En outre, la Directrice de la logistique a souhaité que soit créée une fiche navette justifiant la demande de prise en charge du transport. Ce document³⁶ est composé de trois feuillets carbonés : le premier destiné au service d'examen ou de transfert, le deuxième à l'ambulancier et le troisième au service logistique pour information sur le transport effectué. Ce nouveau triptyque est rempli au niveau du service de soins. Il se substitue au *bon de transport économat* anciennement rédigé par le personnel du standard. Des cases à cocher permettent de renseigner le type de transport réalisé (pour examen < 48h, transfert sur un autre site du Centre hospitalier,...) et le mode de transport (VSL, ambulance). Figurent également le nom du patient, le type, l'heure et le lieu d'examen ou le lieu de transfert. Enfin, ce document doit être signé par le médecin prescripteur.

Toutes les informations figurant sur le triptyque doivent permettre, en bout de chaîne, au service logistique de s'assurer du respect par le transporteur des attendus de la prescription, de contrôler la facture et d'assurer le paiement correspondant.

Enfin, une notice d'information complémentaire a été rédigée afin d'expliquer comment utiliser le triptyque.

Les documents ont été rédigés en s'inspirant de modèles utilisés dans un autre établissement. Ils ont été validés par la Directrice de la logistique et signés par le Directeur général. Les deux notes, la procédure et les modèles de fax ont été adressés par voie électronique à l'ensemble des services le 1^{er} juillet. Le triptyque, qui devait être reprographié, et sa notice ont été transmis dans les jours qui ont suivi.

³⁶ Voir annexe 3.

Au troisième jour du démarrage, la procédure a été réajustée, invitant les équipes à téléphoner au prestataire préalablement à l'envoi du fax et leur donnant la possibilité de solliciter en direct les sociétés sans passer par la régulation assurée par l'équipe de transport interne. Ces aménagements ont fait suite à la remontée de plusieurs dysfonctionnements : manque de réactivité du prestataire suite à l'envoi du fax, lourdeur d'un circuit passant par la régulation interne (ambulanciers déjà en déplacement, difficulté pour ces derniers d'obtenir des réponses de la part du prestataire, surcroît de travail), retards plus ou moins importants de prise en charge par l'opérateur....

Puis, un logigramme³⁷ figeant définitivement la procédure a été transmis aux équipes.

Un fichier de suivi des incidents mis en place dès le démarrage permet de tracer le retour des services et d'objectiver les dysfonctionnements. Un signalement est fait systématiquement au prestataire avec demande d'explications et d'actions de correction rapides. Ici, il est attendu de la part de l'AAH un positionnement ferme quant au rappel des objectifs et finalités du marché (notamment quant au délai d'intervention). A travers le suivi des incidents, se manifeste la volonté du transporteur de travailler à une amélioration continue de la qualité de ses prestations.

b) *Accompagnement des équipes.*

Outre les supports de communication présentés ci-dessus, la Directrice de la logistique a souhaité que je rencontre les personnels soignants afin de leur expliquer le dispositif. Des réunions ont donc été organisées pendant les transmissions (13h / 14h30) sur les trois sites. Des cadres de soins, des infirmiers, quelques secrétaires médicales et, dans une moindre mesure, des médecins ont participé à ces réunions d'information. Il s'agissait alors de rappeler les enjeux réglementaires et financiers du marché, de (re)définir le périmètre des transports sanitaires, de présenter la procédure et le triptyque de prise en charge.

Organiser un temps dédié à cette rencontre a permis à des équipes très sollicitées de s'approprier la procédure et de réajuster, quand cela était nécessaire, la notion de *transport à la charge de l'établissement*. En effet, pour certains soignants, cette dernière ne se différencie pas forcément du transport à la demande du patient. D'où l'enjeu de redéfinir cette notion essentielle dans la mesure où, pour les transports à la charge de l'assurance maladie le choix du transporteur est libre, alors que le prestataire est imposé pour les déplacements pris en charge par l'hôpital.

³⁷ Voir annexe 4.

Une première difficulté a consisté à contenir les insatisfactions nées des contraintes logistiques imposées par l'envoi d'un fax, du « *surcroît de travail* » induit par la mise en place du triptyque perçu comme « *une nouveauté imaginée par des administratifs* », qui « *posera problème quand le médecin ne sera pas là* ». Curieusement, le changement de prestataire n'est pas ressenti comme une source particulière d'inquiétude, même si, avec les précédentes sociétés d'ambulanciers, les services avaient « leurs habitudes ». Par contre, le respect des horaires de prise en charge est un point sensible sur lequel les soignants demandent à être rassurés. A cet égard, il est rappelé que des contraintes sont imposées au transporteur par les termes mêmes du marché et qu'un « recadrage » est fait avec la société prestataire via le journal des incidents.

Si la rencontre avec les services a pu parfois servir à exprimer un peu de mécontentement voire de résistance, assez rapidement les échanges ont permis de recentrer le propos sur les enjeux et objectifs du marché. La procédure, expliquée et commentée étape par étape, a fini par être mieux acceptée.

Une deuxième difficulté est venue de la position de certains médecins qui ont indiqué qu'ils ne signeraient pas le triptyque de prise en charge parce que cela n'est pas une prescription médicale. Finalement, ce point a été clarifié entre la Directrice de la logistique et le président de la CME et les praticiens se sont conformés à la procédure.

Enfin, la gestionnaire transport de la Direction logistique est également « impactée » par la mise en place de ce marché. Elle ne reçoit plus qu'une seule facture mensuelle et le contrôle de facturation doit être facilité avec le triptyque de prise en charge plus précis que l'ancien *bon de transport d'économat*. Sur ce dossier, ses tâches évoluent par la prise en charge du suivi qualité de la prestation (fichier des incidents).

3.1.2 Une première évaluation trois mois après le début d'exécution du marché.

En octobre 2013, soit trois mois après le démarrage du marché, un premier bilan peut être fait sur les plans de la procédure de commande de transports, des coûts et de la qualité des prestations.

A) Les services s'approprient la nouvelle procédure.

Les équipes se sont finalement approprié assez facilement la nouvelle procédure. Le relais des cadres ainsi que le passage dans les services ont été des leviers efficaces. Le prestataire premier attributaire du marché est rapidement « monté en charge » pour assurer l'ensemble des transports. Sur les 892 déplacements réalisés pendant les mois de juillet à septembre 2013, il en a assuré 879 (soit 98,5%). Le second attributaire du

marché en a réalisé 8 et une société a été sollicitée hors marché à cinq reprises (dont quatre en juillet et une en août) manifestement par méconnaissance des nouvelles dispositions.

Les personnels se sont habitués à commander par téléphone en première intention, particulièrement pour les transports non programmés, puis à faxer une confirmation de demande et enfin à faire remplir le triptyque de prise en charge par le médecin. Pour autant, tous les soignants interviewés regrettent la lourdeur de la procédure et la perte de temps qu'elle induit. L'un regrette même à ce sujet que « *le temps d'infirmier soit de plus en plus accaparé par du temps de médecin, de logisticien et de secrétariat et de moins en moins consacré au soin* ». Certains cadres estiment, pour leur part, qu'un régulateur pourrait tout aussi bien assurer ces missions, ce qui permettrait de libérer du temps soignant.

B) Un contrôle de facturation facilité et des économies déjà réalisées.

Sur le plan du suivi financier, le contrôle mensuel des coûts de prestation est facilité par l'émission d'une seule facture dont la lecture est plus aisée, notamment dans le mode de calcul des différents éléments tarifaires. La cohérence du type de transport et des éléments facturés est contrôlée à partir du triptyque de prise en charge lequel est adressé de manière quasi systématique à la Direction logistique. Dans l'ensemble, ce triptyque est correctement renseigné et signé par un médecin.

En ce qui concerne les coûts facturés, des réajustements à la marge ont été demandés au prestataire sur le kilométrage de certains déplacements manifestement surestimés. Par ailleurs, en l'absence de prestation de VSL la nuit et le dimanche, la question de leur remplacement systématique par des ambulances (avec facturation en ambulance) fait encore l'objet d'un désaccord entre le prestataire et l'établissement. Ici s'oppose un besoin - des demandes de transports en VSL en soirée et en nuit pour des patients à destination principalement des secteurs de psychiatrie - à une offre devenue quasi inexistante, compte tenu du peu de rapport de cette prestation pour les sociétés de transport. En tout état de cause, dans cette situation, les clauses du marché imposent au prestataire d'appliquer un tarif VSL.

L'enjeu premier de la passation de l'appel d'offre consistait à contrôler les dépenses en réalisant des économies susceptibles, au moins, de compenser l'évolution continue de la consommation de transports, la remise proposée par le prestataire devant être le moyen principal pour y parvenir.

Etablir un bilan des économies réalisées à trois mois n'est pas chose facile, particulièrement lorsque l'activité couverte se déroule sur les deux mois d'été. En outre,

s'il est possible d'avoir pour 2012 une vision globale des dépenses, il est difficile de suivre en temps réel les prestations effectivement réalisées (et donc la dépense qui s'y attache) car les fichiers de suivi reflètent uniquement la liquidation et le mandatement des factures, ce qui induit forcément un décalage dans le temps. De ce fait, le parti a été pris de comparer les coûts sur une moyenne mensuelle. En 2012, la moyenne mensuelle des dépenses mandatées de transport non urgent en VSL et ambulance était de l'ordre de 28 000 euros. Sur les trois mois écoulés depuis le démarrage du marché, elle est d'environ 21 500 euros. Cette dernière valeur figure toutefois, ici, davantage à titre d'information pour un premier bilan que comme une donnée vraiment représentative dans la mesure où juillet et août ne sont pas forcément les mois les plus chargés au regard de l'activité de transport. Une chose est certaine : le prestataire consent à sa remise qui est en moyenne de 5 150 euros par mois sur les trois factures de juillet à septembre. Cette remise devrait permettre de réaliser annuellement des économies de l'ordre de 20% sur la part externalisée des *transports sanitaires non urgents à la charge de l'établissement*.

C) Un journal des incidents pour améliorer la qualité de la prestation.

Dès de démarrage de la prestation, un fichier des incidents a été ouvert répertoriant tous les dysfonctionnements signalés, principalement par mail informel, à la Direction logistique. Chaque incident est remonté au prestataire pour demande d'explication et réajustement, puis, un retour d'information est fait dans le service émetteur, voire à l'ensemble des unités si la portée de l'incident le justifie.

Au démarrage, plusieurs dysfonctionnements ont été signalés qui étaient essentiellement liés à la procédure (fax et passage par la régulation interne de l'équipe d'ambulance) et à l'organisation du transporteur (notamment pour les transports appelés de nuit et le week-end). A présent, les signalements les plus fréquents concernent des retards de prise en charge de patients pour des examens. Leur nombre tend cependant à diminuer avec la « montée en charge » du prestataire pour répondre au besoin de l'établissement (maintien de véhicules en permanence sur le site, recrutement de nouveaux équipages). D'autres dysfonctionnements ponctuels ont été signalés tels que l'emprunt de draps par les ambulanciers, un accompagnement insuffisant de patient, un problème d'installation de patient agité ou encore des ambulanciers qui sollicitent trop souvent des soignants pour réinstaller les patients. Le fait de systématiquement demander des explications et des mesures correctives impose au prestataire une certaine pression, de sorte qu'excepté pour les retards, un même incident a rarement été signalé à plusieurs reprises.

A cet égard, la contractualisation a des effets certains puisqu'elle permet de contraindre les sociétés attributaires à respecter les clauses de qualité imposées par le marché. Ainsi

est-il possible à l'établissement de se faire indemniser lorsque du linge est emporté ou encore d'imposer des pénalités en cas de retard de prise en charge.

Par ailleurs, le caractère annuellement reconductible du marché permet de garantir, dans une certaine mesure, une prestation conforme à ce qui est attendu. Auparavant, en l'absence de contrat, lorsqu'un transport n'avait pas été correctement réalisé, les « explications » se faisaient entre le cadre et l'ambulancier et, parfois, le service cessait de faire appel à la société, ce qui n'empêchait pas cette dernière de continuer à travailler avec les autres unités.

Finalement, depuis le démarrage de la prestation, relativement peu d'incidents ont été signalés.³⁸ Mais on peut raisonnablement penser que, pour des raisons de temps et d'organisation, tous les incidents et tous les retards ne sont pas signalés.

S'agissant du formalisme, les appréciations divergent. Certaines unités (en gériatrie par exemple) ont pris l'habitude de systématiquement rédiger une fiche d'évènement indésirable (FEI) et de l'adresser à la cellule qualité, y compris pour les retards. Des soignants interrogés dans d'autres unités estiment qu'un retard de prise en charge non préjudiciable au patient ne relève pas d'une FEI mais d'un signalement plus informel.

La qualité de la prestation fait aussi l'objet de réunions de suivi avec le prestataire premier attributaire du marché. Ces temps de rencontre qui permettent de fluidifier les relations et de construire un réel partenariat sont aussi l'occasion de revenir, notamment sur les dysfonctionnements, de réfléchir en commun et d'engager des actions pour améliorer le service.

3.1.3 Place de l'Attaché d'Administration Hospitalière dans le processus.

L'Attachée de la Direction des services économiques est intervenue à toutes les étapes du processus de passation et de début d'exécution du marché. Elle a travaillé sur la définition et l'analyse des besoins et elle a mené les recherches documentaires nécessaires pour sécuriser les clauses de l'appel d'offre sur le plan réglementaire. Dans la phase de passation du marché, elle a été rédactrice et, comme telle, garante de la conformité de la procédure sur la forme et sur le fond. Elle a assuré les étapes intermédiaires de publicité et de recherche de réponse aux questions complémentaires des candidats. Enfin, elle a analysé les offres et associé le groupe de travail au choix de la meilleure réponse.

Au cours des stages, j'ai participé au démarrage du marché en rédigeant à l'intention des équipes des notes de services, procédures et logigrammes. J'ai animé les rencontres

³⁸ Au total, 18 signalements ont été faits entre le 1^{er} juillet et le 25 octobre 2013 : 9 au mois de juillet, 4 en août, 2 en septembre et 3 en octobre.

organisées dans les services, conduit les réunions de suivi avec le prestataire et mené une première évaluation de la procédure.

L'Attachée de la Direction des services économiques, en sa qualité de responsable d'équipe, suit et coordonne le contrôle et la liquidation des factures et elle fait du « reporting » auprès l'équipe de direction du pôle³⁹.

Pendant tout le processus, elle a travaillé en collaboration étroite avec la Directrice logistique et « en interface » avec les cadres, les équipes de soins, les personnels administratifs concernés et les prestataires extérieurs.

Finalement, cette mission fait appel à des champs de compétences très variés : expertise marché, fonction de conseil, management de projets et d'équipes, coordination, communication, élaboration d'outils et démarche d'évaluation. La dimension stratégique peut aussi être appréhendée à travers la réflexion menée par l'Attachée sur l'opportunité d'externaliser ou non tout ou partie d'une activité, également dans l'aide apportée à la décision et encore dans la participation à la mise en œuvre d'une politique institutionnelle visant à maîtriser les dépenses.

Par la contractualisation d'une partie de la prestation de transport sanitaire à sa charge, le Centre hospitalier d'Orsay s'est inscrit dans la démarche proposée par l'ANAP et par l'ARS d'Ile-de-France. La mise en place du marché a permis d'une certaine manière à la Direction logistique de « reprendre la main » sur le processus, de clarifier les procédures et de mieux contrôler la facturation.

Sur ce dernier point, en dépit de la limite méthodologique d'un bilan réalisé à trois mois (surtout sur la période estivale), il est évident que la remise consentie par le prestataire retenu permettra de faire une économie financière. Cependant, seul un bilan à un an confirmera si celle-ci est à la hauteur des attentes (de l'ordre de 20%) et, également, si elle sera, ou non, suffisante pour contenir la progression de consommation de transports dans les limites imposées sur le plan budgétaire.

Le marché public est assurément un levier pour contrôler les coûts de transport, mais cette démarche de contractualisation ne peut, à elle seule, suffire pour réduire de manière conséquente les dépenses.

³⁹ Comme cela a été indiqué plus haut, une partie de ces missions faisaient partie du stage. A cet égard, il est utile de préciser qu'en dehors de la présence d'un stagiaire, la phase de démarrage du marché n'aurait sans doute pas été organisée de la même manière, notamment l'information aux services qui aurait été faite au moyen de réunions avec des interlocuteurs ciblés plutôt que par un passage dans chaque unité.

3.2 D'autres pistes d'actions à mener.

Comme cela a été développé précédemment, le champ des transports sanitaires a fait l'objet de nombreuses initiatives de la part des pouvoirs publics. De ce fait, il est difficile d'imaginer des actions qui n'auraient pas déjà été envisagées. Deux préconisations sont néanmoins faites qui pourraient s'inscrire dans la dynamique de recherche d'économies déjà impulsée sur l'établissement.

Au-delà de ces propositions il sera nécessaire, dans une perspective plus large, de revenir sur la prescription et d'engager une réflexion sur d'autres modes de transport.

3.2.1 Des actions à conduire dans le périmètre des transports à la charge de l'établissement.

Deux préconisations sont faites qui pourraient être mises en place et opérationnelles rapidement en impliquant l'équipe interne de transport et l'ensemble des professionnels.

A) Réintégrer l'équipe de transport interne dans le circuit de prise en charge.

Dans la partie constat de ce mémoire, il a été observé que depuis la suspension en juillet 2012 de la prestation d'ambulance et à la « fuite » qui s'en est suivie sur une partie des VSL, « la compétence métier » les deux ambulanciers de l'équipe interne de transport de patients est sous-utilisée. Il a été également précisé que l'établissement se trouve « captif » des sociétés privées sur les transports de courte distance qui sont, proportionnellement, les plus nombreux et les plus coûteux.

Dans ce contexte, il est suggéré de réactiver une prestation d'ambulance assurée par l'équipe interne de transport en recrutant un troisième ambulancier en remplacement de celui parti en juillet 2012. Le coût salarial annuel moyen d'un ambulancier étant de l'ordre de trente-cinq mille euros, charges comprises, il faudrait mathématiquement que l'équipe parvienne à prendre en charge mensuellement un minimum de quarante à cinquante transports actuellement externalisés pour couvrir ce poste⁴⁰. Les courses de proximité à réaliser entre la Maison de l'Yvette et le site de Grand Mesnil devraient être privilégiées.

⁴⁰ Ce point justifierait une analyse d'opportunité et de faisabilité plus poussée intégrant, notamment, le coût salarial de manière plus détaillée (ancienneté des personnels, intégration des congés annuels, RTT et absences diverses, taxe sur les salaires) et les dépenses induites par la remise en fonction du véhicule et son utilisation (entretien, assurance, carburant,...).

Le quota de transports « réservés » au prestataire attributaire du marché n'ayant pas été contractualisé, l'établissement a toujours la possibilité de faire prendre en charge une partie de l'activité par l'équipe interne.

Ce dispositif ne pourra toutefois fonctionner que si l'équipe peut elle-même contrôler et filtrer l'ensemble des commandes de transport. Il apparaît donc indispensable d'adosser une mission de régulation centralisée à ce poste. Ce pourrait être l'opportunité de promouvoir, pour un personnel motivé, la fonction de régulateur⁴¹.

Cette fonction de régulation, dans un premier temps partagée avec une activité d'ambulancier et limitée au périmètre du transport à *la charge de l'établissement*, pourrait être élargie au transport à la charge de l'assurance maladie lorsque le tour de rôle sera mis en place sur l'établissement.

Le régulateur tracera pour tout l'établissement le suivi des interventions.

Préconiser la remobilisation des moyens d'une équipe interne de transport pourrait apparaître comme une démarche à contre-courant du mouvement général d'externalisation des fonctions supports engagé pour alléger les dépenses de personnel. Pour autant, et sans même entrer dans le débat sur l'opportunité de savoir si l'activité d'ambulancier est ou non au cœur du métier du soin, force est de constater qu'une équipe est déjà en place et qu'elle dispose de locaux et de véhicules. L'absence d'activité d'ambulance interne (faute d'un troisième ambulancier) est coûteuse pour l'établissement (salaires des personnels et recours à des prestataires extérieurs), dommageable pour les équipes de soins et certainement démotivante pour les ambulanciers concernés. Au-delà de ces aspects, c'est avant tout la possibilité de mettre en place une régulation centrale qui plaide en faveur d'une restructuration de cette équipe. La fonction de régulateur est stratégique. Elle s'imposera lorsque le tour de garde sera mis en place pour gérer les flux de transports à la charge de l'assurance maladie. Par conséquent, autant anticiper sur une organisation qui permettrait, en outre, de soulager les équipes de la gestion des demandes de transport.

L'unité de transport interne devra être réorganisée dans un esprit prestation de service induisant une relation « opérateur » / client contractualisée avec des objectifs précis en termes d'organisation (périmètre, horaires d'ouverture, disponibilité), d'activité (transports pris en charge) et de qualité de la prestation. Les personnels devront être associés et responsabilisés sur ces aspects qui seuls permettront de pérenniser l'activité. La motivation des ambulanciers sera déterminante. Elle devra être évaluée, préalablement à la mise en place du projet, qui pourra du reste faire l'objet d'une phase d'expérimentation.

⁴¹ Dans le guide *Mettre en place une gestion centralisée des transports sanitaires en établissements de santé*, (2011), le Pôle d'appui à la qualité de l'ARS Ile-de-France présente le périmètre d'un tel poste et propose des outils pour le créer (fiche de poste, formulaire de demande de transport, procédure, exemple d'échéancier de mise en place ,...).

Le problème pratique d'une régulation embarquée lorsque les trois ambulanciers sont en déplacement en même temps, la position des équipes habituées à gérer elles-mêmes les commandes de transport, ou encore l'organisation à prévoir la nuit et le week-end, constitueront certainement une difficulté à la réactivation de l'équipe avec une régulation centralisée. Mais pour l'heure, c'est, semble-t-il, la dimension humaine qui constitue le principal frein au projet, l'enjeu étant de parvenir à convaincre la Direction des ressources humaines du bien fondé d'étoffer l'effectif de l'équipe de transport interne.

B) Promouvoir une culture du signalement.

Une seconde préconisation consiste à promouvoir les signalements d'incident et de retard en rapport avec les transports. En effet, il est manifeste que les équipes ne font pas remonter à la Direction logistique tous les dysfonctionnements qui se produisent (comme cela leur avait été demandé dans la procédure). Cela n'est pas fait parce que les professionnels manquent de temps, parce qu'ils jugent les incidents mineurs ou encore parce qu'ils estiment que « *cela ne sert à rien* ». Assez souvent, les cadres gèrent les dysfonctionnements en direct avec les ambulanciers et l'information ne parvient pas jusqu'à la Direction. Cette étape est cependant indispensable pour garantir la bonne exécution de la prestation et les réajustements nécessaires, particulièrement si un incident identique, même jugé mineur, se reproduit à plusieurs reprises. De même, l'application de pénalités de retard de prise en charge ne pourra être effective que dans la mesure où la gestionnaire facturation (également en charge du suivi des incidents) en aura été informée.

Au-delà du nombre d'incidents remontés, la « culture du signalement » doit également promouvoir la communication de données objectivées et factuelles. Assez souvent, les faits relatés manquent de précision sur ce qui s'est effectivement produit et / ou oublient de mentionner des éléments de contexte ou de procédure importants. Pour éviter à l'établissement de se retrouver face aux prestataires « *parole contre parole* » et donc en situation de blocage, il est indispensable de former les soignants à cet aspect du signalement d'incident. A cet égard, les cadres constituent le principal relais pour sensibiliser les professionnels à cette démarche.

D'un point de vue plus pratique, le troisième volet du triptyque de prise en charge destiné à la gestionnaire facturation de la Direction logistique pourrait être aménagé dans sa partie inférieure avec un espace dédié aux observations sur le transport effectué.

Les deux propositions évoquées ci-dessus, auxquelles s'ajoute la contractualisation des transports externalisés via le marché public, peuvent contribuer à améliorer l'analyse des *transports à la charge de l'établissement*, l'encadrement des prestations et, dans une certaine mesure, le contrôle des coûts.

Elles ne permettent toutefois pas de répondre à la principale problématique du transport sanitaire qui est celle des volumes. En effet, à aucun moment, elles ne peuvent agir sur la demande qui se produit en amont. Or, c'est bien la consommation de transports qui contribue à l'augmentation globale des dépenses, avant les coûts de prise en charge.

3.2.2 Conduire une réflexion plus globale sur la prescription et sur d'autres modalités d'organisation des transports.

Ce constat conduit à dire que le *transport sanitaire à la charge des établissements* ne peut pas s'affranchir d'une réflexion plus globale sur l'amélioration de l'ensemble des transports sanitaires.

Il s'agit bien alors de repartir des préconisations formulées par l'assurance maladie en sensibilisant à nouveau les médecins et les équipes à une prescription adaptée à l'état du patient et en promouvant des interventions programmées plus nombreuses, un recours plus fréquent au transport VSL à plusieurs passagers et le regroupement des examens. Il convient également de réfléchir à la mise en place d'une régulation centralisée et aux les moyens de limiter les temps d'attente.

Les soignants interrogés pointent cependant des limites à ces initiatives, notamment pour les *transports à la charge de l'établissement*. En effet, le public « cible » est majoritairement constitué de personnes âgées et/ou de patients peu mobiles ou peu autonomes (services de gériatrie, de médecine neurologique,...) nécessitant surtout des ambulances. Par ailleurs, ces mêmes soignants s'interrogent sur la marge de manœuvre possible en termes de transport partagé alors que seulement une quarantaine de transports en VSL sont réalisés mensuellement (majoritairement pour des patients relevant du secteur psychiatrique), nonobstant les problèmes d'hygiène induits par un transport simultané.

Ces questions pourraient faire l'objet d'une nouvelle sensibilisation, voire d'actions initiées au sein d'un groupe de travail spécifique et formalisé que pourrait manager un référent transport, compétent sur l'ensemble des transports sanitaires, quel que soit le mode de prise en charge.

Une prescription adéquate et l'augmentation des dépenses restent au cœur des préoccupations. En témoignent les visites fréquentes dans les unités des correspondants

transport de la CPAM, les données chiffrées globales et comparatives de l'assurance maladie transmises à l'établissement, les tableaux de dépenses de *transports à la charge de l'établissement* communiqués aux cadres et chefs de pôle et l'obligation parfois faite aux équipes de justifier telle ou telle dépense de transport jugée trop élevée.

Un cadre, qui a déjà une certaine ancienneté dans son service, a néanmoins observé que les pratiques ont changé et qu'aujourd'hui les médecins, et particulièrement les internes, réfléchissent davantage à la prescription, estimant qu'ils sont certainement davantage sensibilisés pendant leurs études. Ce cadre a également précisé que, dans son service, les soignants sont moins soumis qu'avant à la pression des familles, ajoutant que cela est peut-être dû aux campagnes d'information et plaquettes distribuées aux assurés sur les transports pour raison de santé.

Il n'en reste pas moins que pour impliquer et responsabiliser les prescripteurs et les équipes sur les volumes de transport, la direction des établissements dispose d'un outil, le contrat de pôle, qui définit, entre autres choses, des objectifs à atteindre en termes d'activité et d'économies budgétaires. Tous les contrats de pôle de l'établissement consultés définissent un objectif de maîtrise des dépenses des transports d'usagers effectués par des prestataires extérieurs. Des documents comptables comparant les dépenses sur plusieurs exercices y sont joints ou sont signalés en annexe permettant de connaître l'évolution de la dépense. Pour autant, il ne semble pas qu'il y ait d'objectif chiffré, de pourcentage ou d'indicateur précisément stipulé. Formaliser un tel objectif permettrait certainement de responsabiliser davantage les équipes dans la mesure où il aura été négocié et fixé en tenant compte des particularités et contraintes des services concernés (type de patient pris en charge, pathologies rencontrées, activité).

La passation puis la mise en place d'un marché de transport sanitaire non urgent ont permis, en contractualisant avec les transporteurs privés, d'encadrer les prestations et de réaliser des économies. Cette démarche a été portée par la Direction logistique de l'établissement, tout comme pourrait l'être la préconisation de réintégrer l'équipe de transport interne dans le circuit de prise en charge en ambulance.

Pour autant, la thématique du transport sanitaire ne peut pas être totalement gérée par une seule direction fonctionnelle. Dans la mesure où elle impacte les organisations et les pratiques professionnelles, notamment celles des médecins et des soignants, elle doit être appréhendée dans une perspective plus globale. Ainsi en est-il des actions à conduire quant à la prescription médicale, au transport partagé, à la planification des transports ou encore à la gestion des temps d'attente.

Conclusion

Le transport sanitaire est la dépense de santé qui connaît actuellement la plus forte croissance, croissance entretenue par une consommation soutenue et des coûts de prestation à la hausse.

Cette situation résulte de la combinaison de plusieurs facteurs parmi lesquels l'état de santé de la population, la part croissante des affections chroniques, l'organisation et l'accès à l'offre de soins, les nouvelles formes de prises en charge, mais également une maîtrise insuffisante des coûts.

Les établissements de santé prescripteurs sont concernés par cette problématique, tant en ce qui concerne les transports pris en charge par l'assurance maladie (admission, sortie, transfert définitif) que ceux qu'ils supportent sur leurs fonds propres (transports intra-hospitaliers et transferts provisoires).

Pour tenter de contenir ces coûts, voire de le réduire, les pouvoirs publics ont engagé des démarches et mis en place des dispositifs de régulation touchant tous les acteurs du transport sanitaire : patients, prescripteurs, soignants, établissements de soins, transporteurs, organismes d'assurance maladie,... Chacun à son niveau est appelé à respecter les bonnes pratiques et à rechercher davantage d'efficacité.

Pour les établissements de santé, plusieurs dispositifs (dont certains ont un caractère contraignant) doivent conduire à une régulation des dépenses.

L'application du référentiel de prescription, qui prévoit le mode de transport le moins onéreux adapté à l'état du patient, est un outil qui permet de réguler la consommation et l'offre de transport au tout début du processus.

Les démarches de contractualisation sont également des leviers efficaces pour encadrer les procédures, les prestations et pour fixer des objectifs. Pour les transports sanitaires, ce mode d'intervention régit notamment les relations entre l'assurance maladie, les ARS et les établissements, entre l'assurance maladie et les transporteurs, entre l'établissement et les transporteurs, entre l'établissement et ses pôles.

D'autres actions sont également possibles qui visent, notamment, à promouvoir les transports partagés, la mise en place de régulations, la planification des transports, etc.

Le succès de ces actions et dispositifs repose en grande partie sur des changements d'organisation, de pratiques, voire de mentalité.

Comme la majorité des structures de soins, le Centre hospitalier d'Orsay est concerné par l'augmentation des dépenses de transports sanitaires. Les coûts sont en progression constante depuis une dizaine d'années, la situation étant accentuée par le caractère multisite de l'établissement.

En 2013, pour des raisons juridiques liées à la réglementation sur les marchés publics, et financières guidées par un objectif de maîtrise des dépenses, le Centre hospitalier a contractualisé au moyen d'un appel d'offres une partie de la prestation de transports.

Dans le périmètre des *transports sanitaires non urgents à la charge du Centre hospitalier*, ce marché a eu pour effet immédiat de faire venir sur l'établissement de nouveaux prestataires et d'introduire une procédure formalisée de recours aux sociétés de transport.

La mise en place du marché a permis d'observer de la part des équipes une bonne adhésion à la nouvelle organisation, un intérêt certain pour la thématique du transport sanitaire et une adaptation rapide à de nouveaux interlocuteurs.

Elle a également montré en quoi la contractualisation, au-delà de l'aspect qualité de la prestation, peut être un outil efficace et pertinent pour maîtriser les dépenses. En effet, par le seul jeu de la concurrence, les prestataires qui ont répondu à l'appel d'offre ont consenti à une remise tarifaire qui devrait permettre à l'établissement de réaliser des économies de l'ordre de 20% sur les transports sanitaires.

Il est difficile pour l'heure de dire si ces économies permettront de maîtriser les dépenses de transport, et même si elles seront suffisantes pour compenser et enrayer leur taux d'évolution. C'est une des raisons pour lesquelles des efforts doivent être poursuivis.

D'autres actions doivent être conduites qui, au-delà de la Direction logistique, responsabilisent et mobilisent l'ensemble des professionnels concernés par la question des transports sanitaires non urgents. Des transports sanitaires entendus au sens large, c'est-à-dire incluant transports à la charge de l'assurance maladie et *transports à la charge de l'établissement*.

Bibliographie

Rapports

EYSSARTIER D., septembre 2010, *Rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre. Rapport au Ministre de la santé et des sports*, 106 p., disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Eyssartier_Didier.pdf

COUR DES COMPTES, septembre 2012, *La sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre XI : Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie*, pp. 310-338, disponible sur Internet : www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Sécurité-sociale-2012

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE, octobre 2012 *Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale. Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2011, prévisions 2012 et 2013. Chapitre 10.1 Les dépenses de transport sanitaire : caractéristiques et évolution*, pp. 130-134, disponible sur Internet : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_10-2012.pdf

OBSERVATOIRE PROSPECTIF DES MÉTIERS ET DES QUALIFICATIONS DANS LES TRANSPORTS ET LA LOGISTIQUE, mars 2011, *Rapport 2011*, 75 p., disponible sur Internet : <http://www.optl.fr/parution/rapport-annuel/Rapport-optl-2011.pdf>

Guides

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX, mai 2013, *Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé*, coll. Mettre en œuvre et partager, 58 p., disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/guide_ameliorer_gestion_transports_sanitaires.pdf

AGENCE REGIONALE DE LA SANTE ILE DE FRANCE, *Projet régional de santé. Programme gestion du risque 2010-2013*, 201 p. ; chapitre consacré au programme Transports sanitaires pp. 15-22, disponible sur Internet : www.ars.iledefrance.sante.fr/L-Agense-Regionale-de-Sante-d.130145.0.html

AGENCE REGIONALE DE LA SANTE ILE DE FRANCE. POLE D'APPUI A LA QUALITE ET A LA PERFORMANCE, février 2011, *Transports sanitaires : Rapport du benchmark Île-de-France sur les pratiques de transports sanitaires en établissements de santé*, coll. Performance et qualité, 14 p., disponible sur Internet sur le site de l'ARS Ile-de-France : www.ars.iledefrance.sante.fr

AGENCE REGIONALE DE LA SANTE ILE DE FRANCE. POLE D'APPUI A LA QUALITE ET A LA PERFORMANCE, mars 2011, *Transports sanitaires : mettre en place une gestion centralisée des transports sanitaires en établissements de santé*, coll. Performance et qualité, 27 p., disponible sur Internet sur le site de l'ARS Ile-de-France : www.ars.iledefrance.sante.fr

AGENCE REGIONALE DE LA SANTE NORD-PAS-DE-CALAIS. DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS. SERVICE REGULATION DE L'OFFRE ET RELATIONS CONVENTIONNELLES, janvier 2013, *Les transporteurs sanitaires : guide pratique de la réglementation*, 24 p., disponible sur le site Internet de l'ARS Nord-Pas-de-Calais : www.ars.nordpasdecalais.sante.fr

ASSURANCE MALADIE ESSONNE, avril 2013, *Guide pratique : convention locale des entreprises de taxis*, 2009 ; m. à j. 2013, 45 p., disponible sur Internet : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Guide_pratique_convention_taxi_91_avril13.pdf

ASSURANCE MALADIE ILE-DE-FRANCE. Caisse Primaire de Paris, novembre 2011, *La prescription de transport en milieu hospitalier*, 2011, 18 p., disponible sur Internet : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/PrescripTranspHospital.pdf

Articles

LE GARREC A.-M., BOUVET M., 2013, « Comptes nationaux de la santé 2012 », *DREES. Série statistiques, Document de travail*, n° 185, septembre 2013, disponible sur Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat185.pdf>

VIOUJAS V., juillet - août 2011, La régulation des dépenses de transports de malades non urgents : la mise en œuvre d'une politique de gestion du risque », *Revue de Droit Sanitaire et Social - RDSS*, n° 4, pp.705-718

TASSI O., juillet - août 2007, « Le transporteur sanitaire : un logisticien dans la chaîne du soin », *Techniques hospitalières*, n° 704, pp. 48-49.

COLLECTIF, juillet - août 2007, « Place et enjeux des prestations de transport dans une démarche de maîtrise des coûts : 21es Journées nationales d'études de l'Association des responsables de transports hospitaliers, 25-25 mai 2007 - Gonesse (95) », *Techniques hospitalières*, n° 704, pp. 38-47.

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE.
Circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27/6/2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport des patients. Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarité, n° 7 du 15 août 2013, 153-146, disponible sur Internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37176.pdf

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.
Convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale. Journal officiel, n° 70 du 23 mars 2003, 5226-5239, disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A5997344E0E6ED7A7C85E6A0CE83E80A._tpdjo13v_1?cidTexte=JORFTEXT00000236702&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT00000002846

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Arrêté du 13 octobre 2011 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés. Journal officiel, n° 245 du 21 octobre 2011, 17846-17850, disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A5997344E0E6ED7A7C85E6A0CE83E80A._tpdjo13v_1?cidTexte=JORFTEXT000024691336&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000024690965

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE
Circulaire DHOS/O1 n° 2005-67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés nourrissons et enfants. Bulletin officiel Santé Protection Sociale Solidarité, n° 2 du 15 mars 2005, 74-79, disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/bo0502.pdf>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, SECURITE SOCIALE, PERSONNES AGEES, PERSONNES HANDICAPEES ET FAMILLES.

Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale. Journal officiel, n° 302 du 30 décembre 2006, 20158, disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000645199>

Sites internet

Portail de l'assurance maladie [visité le 14/10/2013] : www.ameli.fr

Frais de transport : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/frais-de-transport/quel-remboursement_rhone.php (assurés)

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/transporteurs/exercer-au-quotidien/frais-de-transport/les-situations-de-prise-en-charge_rhone.php (professionnels transporteurs)

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/transporteurs/votre-convention/tarifs/vsl-les-tarifs-conventionnels/tarifs-au-1er-fevrier-2013_rhone.php (tarifs conventionnels)

Site officiel de l'administration française [visité le 14/10/2013]: <http://www.service-public.fr/>

Remboursement des frais de transports par l'assurance maladie : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2951.xhtml>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grilles d'entretien

- Grille d'entretien Cadre de santé
- Grille d'entretien Infirmier
- Grille d'entretien Ambulancier (équipe de transport de l'établissement)
- Grille d'entretien Gestionnaire facturation de la Direction logistique

Annexe 2 : Extrait de la Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients - Tableau de synthèse des transports de patients vers et depuis un établissement de santé (p 12-13)

Annexe 3 : Triptyque de prise en charge de transport à la charge de l'établissement

Annexe 4 : Logigrammes de demande de transport sanitaire

- Transport sanitaire (VSL et ambulance)
- Transport pédiatrique paramédicalisé

Annexe 5 : Schéma localisation du C.H. d'Orsay et de ses deux sites extérieurs

Annexe 6 : Tableau d'activité de l'équipe transport de l'établissement

Annexe 1 - Grilles d'entretien

Entretien Cadre(s)

Quels types de patients sont hospitalisés dans votre unité ?
Quelles pathologies sont traitées ?

Prescriptions :

- Y a-t-il toujours une prescription préalable
 - o Transport à la charge de l'assurance maladie (TAM)
 - o Transport à la charge de l'établissement de santé (TES)
- Est-ce toujours un médecin qui la remplit ?
 - o Si non : qui ? pourquoi ?
- Est-ce toujours un médecin qui la signe ?
- En tant que cadre, vous est-il arrivé de voir des soignants prescrire des transports ?
- A votre connaissance, y a-t-il des réflexions ou des chantiers en cours sur la prescription ?

Avant la mise en place du marché, est-ce que les professionnels de votre service connaissaient la distinction TAM / TES ? Est-ce que cela leur était nécessaire ?

Avez-vous une idée de la proportion de TAM par rapport aux TSE ?

Pour les TSE, quels types de transports votre service prescrit-il ? (VSL ? Ambulances ?). Pour quels motifs ? Si examens, quels examens et quelles destinations ?

Circuit de la demande avant le marché : quel ambulancier (liste, « habituel ») ? Quelle procédure ?

- TAM
- TES

Avez-vous eu à faire remonter des dysfonctionnements pas rapport à la prestation de TS avant le nouveau marché ? Si oui, par quel canal ? Quel suivi ont eu ces signalements ?

Avez-vous des observations sur la mise en place du nouveau marché ? Intérêt ? Organisation ?
Circuit de la demande ?

Faites-vous toujours appel à l'équipe interne d'ambulanciers ? Si non, pourquoi ?

Quelles relations avez-vous et les équipes ont-elles avec les ambulanciers prestataires privés ?

Actuellement, pour les TS, l'assurance maladie souhaite promouvoir les transports programmés, les transports en taxis et les transports partagés.

- Qu'en pensez-vous ?
- Est-ce que ces solutions sont adaptées aux publics que vous accueillez ?
- A votre avis, est-ce que ces solutions pourraient être envisagées sur le CHO dans le cadre des transports pris en charge par l'établissement ?

A votre avis, comment pourrait-on réduire les délais d'attente que les ambulanciers disent avoir quand ils vont chercher des patients dans les services ?

Avez-vous des retours, de l'AM et/ou de l'établissement sur le nombre de transports sanitaires et éventuellement le coût liés aux prescriptions faites dans votre service ?

- Si oui, quel usage en faites-vous ?
- Si non, pensez-vous que ce serait quelque chose d'utile ?

Annexe 1 - Grilles d'entretien

Entretien infirmier(s)

Quels types de patients sont hospitalisés dans votre unité ? Quelles pathologies sont traitées ?

Quels types de transports sollicitez-vous ?

- Sorties définitives et / ou examens
- Si examens, vers quelles destinations ? Est-ce que beaucoup d'examens sont réalisés en dehors l'établissement ?
- VSL / ambulances ? (éventuellement, proportions)

Pour les patients qui quittent définitivement l'établissement :

- Y a-t-il une prescription de transport ?
- Si oui, qui prescrit le transport ?
- Qui remplit la prescription ?
- Qui la signe ?
- Si c'est une autre personne que le médecin, pour quelle raison en est-il ainsi ?
- Qui choisit la société d'ambulance ? Comment est-elle choisie ?
 - o Choix du patient
 - o Liste dans le service
 - o Habitude du service
- Comment se passe la demande de transport ? Les étapes sont-elles tracées ?
- Quels documents sont remis ?
 - o A l'ambulancier
 - o Au patient
 - o A l'administration

Pour les patients qui quittaient le service de manière temporaire

- Y avait-il une prescription de transport ?
- Si un autre document, lequel ?
- Si oui, qui prescrit le transport ?
- Qui remplit la prescription ?
- Qui la signe ?
- Si c'est une autre personne que le médecin, pour quelle raison en est-il ainsi ?
- Contact avec société d'ambulance ? Traçabilité
- Quels documents sont remis ?
 - o A l'ambulancier
 - o Au patient
 - o A l'administration

Est-ce que les patients vous faisaient des retours sur leur transport

Avant la mise en place du marché de transport sanitaire, connaissiez-vous la distinction entre TAM et TES ?

Savez-vous pour quelle(s) raison(s) ce marché de transport a été mis en place ?

Depuis la mise en place de ce marché

- Qui prescrit le transport ?
- Qui remplit le triptyque ?
- Qui le signe ?
- Quelle procédure mettez-vous en œuvre pour appeler les ambulances ?
- Si un VSL est prescrit, recourrez-vous toujours au service ambulance de l'hôpital ? Si non, pourquoi ?

Est-ce que la mise en place de ce marché a modifié votre manière de fonctionner ?

Comment trouvez-vous cette nouvelle procédure ?

Aviez-vous déjà travaillé avec les ambulanciers qui, désormais, assurent la part de transport à la charge de l'établissement ?

Que pensez-vous de leur prestation ? Est-ce que les patients vous en parlent ?

D'une manière générale, quelles relations avez-vous avec les ambulanciers ? Jusqu'où vont leurs missions ?

Lorsqu'ils y a des réclamations ou des dysfonctionnements, comment les gérez-vous ?

A votre avis, le type de transport prescrit, et notamment le recours aux ambulances, est-il toujours justifié par l'état du malade ?

- Si non, pourquoi ?

Actuellement, pour les TS, l'assurance maladie souhaite promouvoir les transports programmés, les transports en taxis et les transports partagés.

- Qu'en pensez-vous ?
- Est-ce que ces solutions sont adaptées aux publics que vous accueillez ?

A votre avis, comment pourrait-on réduire les délais d'attente que les ambulanciers disent avoir quand ils vont chercher des patients dans les services ?

Est-ce qu'il y a autre chose, en lien avec les transports sanitaires, que vous souhaiteriez évoquer ?

Annexe 1 - Grilles d'entretien

Entretien Ambulancier (équipe de transport de l'établissement)

Comment l'équipe transport du C.H. d'Orsay est-elle structurée ? Comment est-elle organisée ? Quels est son activité ?

- Postes et profils / formation (éventuellement historique)
- Horaires, organisation
- Equipement matériel
- Périmètre d'activité
- Autres activités
- Charge de travail et contraintes éventuelles
- Régulation centrale ?

Comment et pour quel(s) type(s) de transports êtes-vous sollicités ?

- Modalités d'appel et circuit administratif
- Transports programmés / transports urgents (proportion)
- Brancardage / VSL / Ambulance (proportion par rapport aux prestataires privés)
- Périmètre géographique

La mise en place du marché sur les transports sanitaires a-t-elle modifié les conditions de fonctionnement du service ?

Disposez-vous d'un outil de suivi de vos interventions ?

- Si oui,
 - ✓ qui l'alimente ?
 - ✓ à quoi sert-il ?
 - ✓ quelles données contient-il ? (voir modèle + antériorité)
 - ✓ savez-vous quel usage il en est fait en dehors de votre service ?
- Si non, comment l'activité en terme de prestations et de temps / personnel est-elle évaluable ?
 - ✓ Gestion des retards, des réclamations éventuelles,...

Quelles relations entretenez-vous avec les autres acteurs de l'hôpital ? Comment qualifiez-vous ces relations ?

- Professionnels soignants / techniques / administratifs
- SAMU / SMUR
- Ambulanciers CHL
- Ambulanciers privés
- Usagers : patients / familles

Actuellement, s'agissant du transport sanitaire, l'assurance maladie souhaite promouvoir les transports programmés, les transports en taxis et les transports partagés. Qu'en pensez-vous ? A votre avis, est-ce que ces solutions pourraient être envisagées sur le C.H. d'Orsay dans le cadre des transports pris en charge par l'établissement ?

Est-ce qu'il y a des questions relatives à votre activité que nous n'avons pas abordées et dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe 1 - Grilles d'entretien

Entretien Gestionnaire facturation de la Direction logistique

Pouvez-vous décrire comment se passait le suivi et la facturation des TSE avant la mise en place du marché ?

- Notamment, existait-il un fichier traçant les différentes demandes ?
- Et comment s'exerçait le contrôle de la facturation ?

Comment faites-vous la liquidation et l'enregistrement des factures ?

Quelles sont les données saisies ?

Peut-on retrouver les informations par type de transport (transport / SMUR) et par service ?

Avant la mise en place du marché, savez-vous

- Comment étaient suivis les dysfonctionnements et incidents relatifs au TSE ?
- Comment étaient gérés les retards ?

Au regard de la facturation, que pensez-vous de la mise en place du marché ?

Annexe 2 :

Extrait de la Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative
à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients
Tableau de synthèse des transports de patients vers et depuis un établissement de santé (p 12-13)

III. TABLEAU POUR LES TRANSPORTS DE PATIENTS VERS ET DEPUIS UN ETABLISSEMENT DE SANTE

APPELLATION	DEFINITION	CHARGE FINANCIERE FINALE	TAUX DE PRISE EN CHARGE AM ³
TRANSPORTS PRIMAIRES (HORS SMUR)	Transport du patient du lieu de prise en charge ³ jusqu'à l'établissement de santé où son admission en hospitalisation est prononcée. Le transport primaire couvre l'ensemble des transports jusqu'à l'établissement en mesure de lui prodiguer des soins appropriés à son état, y compris en cas de présomptions d'hospitalisation ⁴	A la charge directe de l'assurance maladie	65 % Ou 100 %
TRANSPORT INTRA HOSPITALIER	Transport effectué : - entre les établissements d'une même entité juridique et dans la même agglomération, - entre établissements d'une même entité juridique qu'ils relèvent ou non de la tarification à l'activité et implantés sur le même site géographique (ex : CH-EHPAD).	A la charge de l'établissement, pour les établissements qui relèvent du « a, b, c et d » de l'article L.162-22-6 CSS y compris si effectué par un ambulancier privé.	Sans Objet

TRANSPORTS SECONDAIRES	TRANSPORT PROVISOIRE ENTRE STRUCTURES (HORS SMUR)	Transport d'un patient hospitalisé dans un établissement plus spécialisé, pour soins ou diagnostic, avec retour dans l'établissement d'origine en moins de 48h (une nuit maximum à l'extérieur).	- A la charge de l'établissement d'origine, s'il relève du « a, b et c » de l'article L.162-22-6 CSS	Sans objet
			- A la charge directe de l'assurance maladie, si l'établissement relève du « d » de l'article L.162-22-6 CSS	65 % Ou 100 %
			A la charge directe de l'assurance maladie, pour des soins itératifs concernant la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie dans les cas généraux	65 % Ou 100 %
			Lorsque l'établissement d'origine est une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) : à la charge de l'établissement HAD, pour les établissements qui relèvent du « a, b, c et d » de l'article L.162-22-6 CSS lorsque le transport sanitaire vis la réalisation d'un acte/soin/diagnostic/ prévu au protocole de soins en cours. ⁵	Sans Objet
TRANSPORT DEFINITIF ENTRE STRUCTURES	Patient hospitalisé transféré de son établissement d'origine vers un nouvel établissement dans lequel il est hospitalisé pour une durée supérieure à 48h (2 nuitées ou plus à l'extérieur). Il est considéré comme sortant du 1 ^{er} et admis dans le 2 nd établissement	A la charge directe de l'assurance maladie	65 % Ou 100 %	
RETOUR A DOMICILE DES PATIENTS	Le patient rentre à son domicile ou assimilé (EHPAD...)	A la charge directe de l'assurance maladie	65 % Ou 100 %	

³ y compris les établissements de santé dès lors que le patient n'y a pas été admis en hospitalisation (cas des patients « redirigés »), mais aussi le domicile et les EHPAD.

⁴ Présomption d'hospitalisation : Prescription de transport en vue d'une hospitalisation qui n'aura, finalement, pas lieu : les transports commandés par le SAMU vers les services d'urgence sont par exemple pris en charge.

Annexe 3 : Triptyque de prise en charge de transport à la charge de l'établissement



CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY
4, place du Général Leclerc
BP 27 - 91401 ORSAY Cedex
Téléphone : 01.69.29.75.75

Etiquette patient

DEMANDE DE TRANSPORT A LA CHARGE DU CENTRE HOSPITALIER

- Transport pour consultation spécialisée dans un autre établissement d'une durée < 48h
- Transport entre l'établissement et ses annexes, transport intra-muros
- Transport de patient hospitalisé dans un autre établissement et convoqué pour une consultation suite à une hospitalisation dans l'établissement
- Transport entre l'établissement et un ou des centres pénitentiaires (aller et retour)
- Transport pédiatrique para médicalisé

Type de transport : (obligatoire)

- V. S.L. seul (assis)
- V. S.L. multiple (mêmes lieux, horaires, services)
- Ambulance (allongé)
- Transport médicalisé (SMUR...)

Partie à remplir par le service demandeur

Service demandeur :

Nom du médecin prescripteur :

PATIENT (NOM - Prénom) :

Date : Le/...../..... à h.....

Lieu :

Nature de l'examen :

(ou service de transfert).....

Cachet et signature du médecin prescripteur

Partie à remplir par l'établissement ou à lieu de consultation ou l'examen - En cas de transfert, ne rien remplir

Cotation de l'acte pratiqué :

Montant (en chiffres) :

Cachet de l'établissement

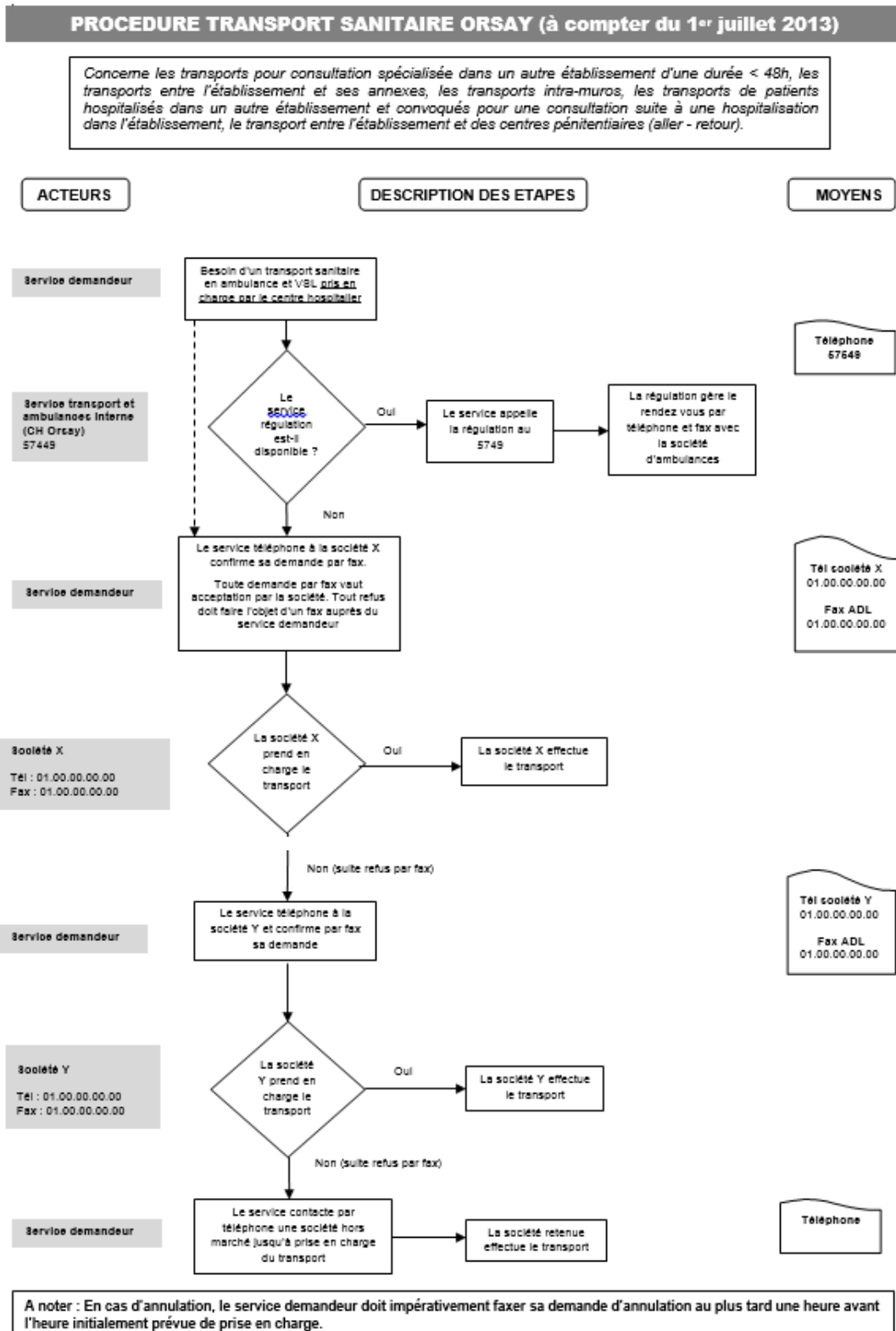
Signature de Médecin consultant

IMPERATIF

- ✓ Le volet BLANC est à destination du service de consultation pour être joint à la facture
- ✓ Le volet VERT est destiné à l'ambulancier
- ✓ Le volet JAUNE est à transmettre par courrier (vaguemestre) à la Direction de la Logistique avant le départ du patient (voir procédure).

Annexe 4 : Logigrammes de demande de transport sanitaire

Transport sanitaire (VSL et ambulance)



NB : pour les besoins du mémoire, le nom des sociétés de transport a été modifié

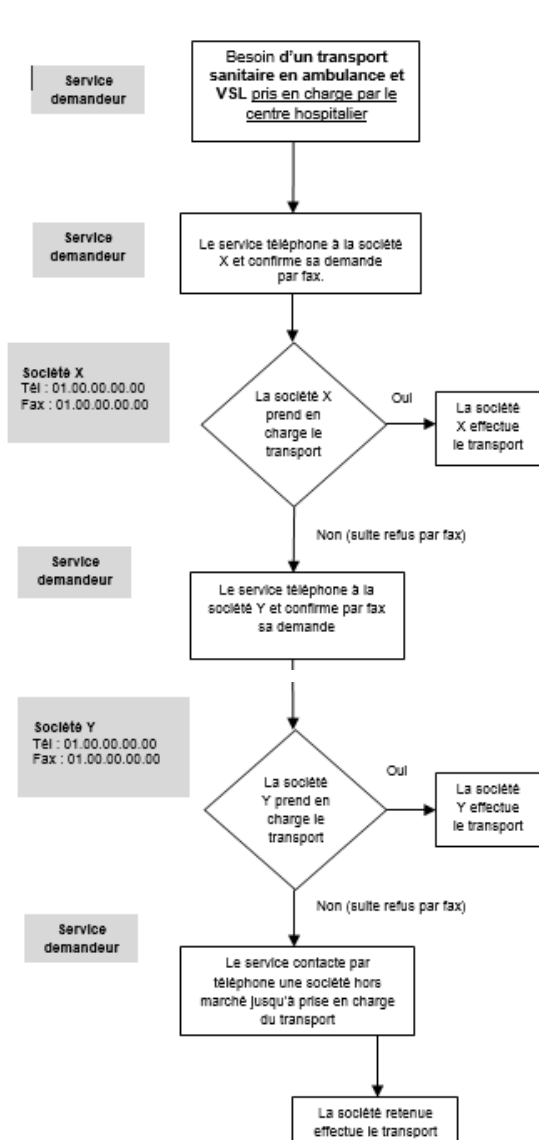
Annexe 4 : Logigrammes de demande de transport sanitaire

Transport pédiatrique paramédicalisé

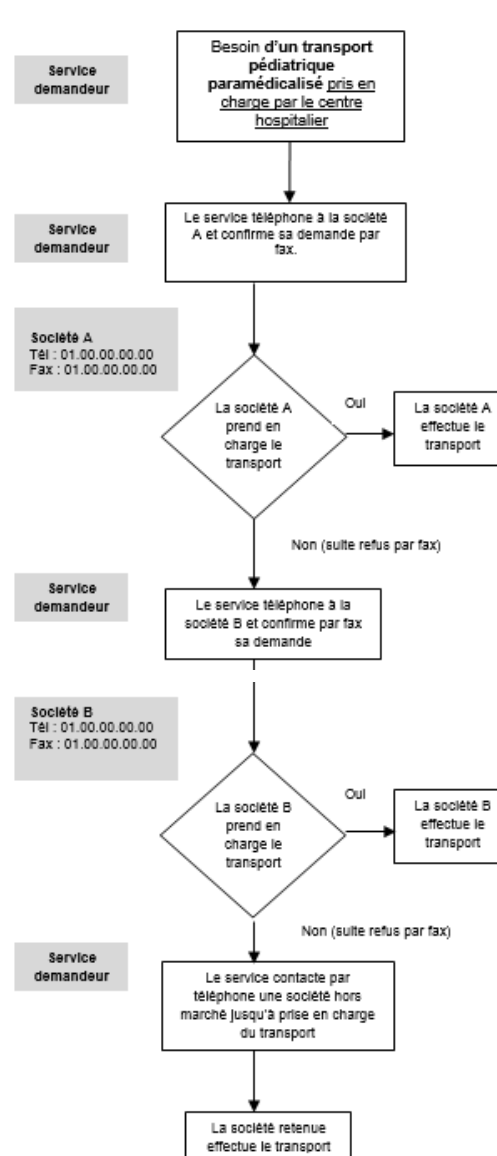
PROCEDURE TRANSPORT SANITAIRE POUR ENFANT ET TRANSPORT PEDIATRIQUE PARAMEDICALISE A LA CHARGE DE L'ETABLISSEMENT

Transport sanitaire : transports pour consultation spécialisée dans un autre établissement d'une durée < 48h, transports entre l'établissement et ses annexes, les transports intra-muros, les transports de patients hospitalisés dans un autre établissement et convoqués pour une consultation suite à une hospitalisation dans l'établissement.
Transport sanitaire pédiatrique paramédicalisé : transport d'enfant de 0 à 17 ans pour une consultation ou examen soécialisé d'une durée < 48h. transport de personnel et/ou d'équipements hospitalier (retour) suite à transfert définitif.

Transport sanitaire VSL / ambulance à la charge du CHO



Transport pédiatrique paramédicalisé à la charge du CHO

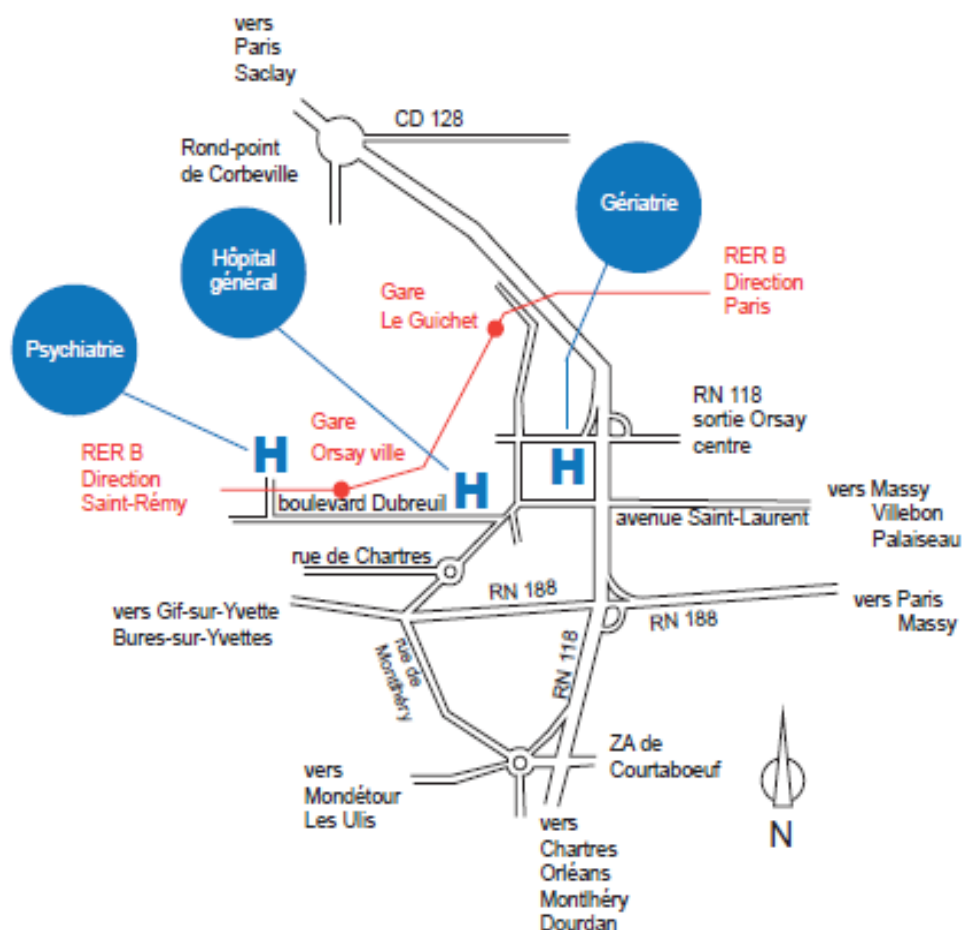


A noter : En cas d'annulation, le service demandeur doit impérativement faxer sa demande d'annulation au plus tard une heure avant l'heure initialement prévue de prise en charge.

NB : pour les besoins du mémoire, le nom des sociétés de transport a été modifié

Annexe 5 : Schéma de localisation du C.H. d'Orsay et de ses deux sites extérieurs
(Schéma extrait du Livret d'accueil patient du Centre Hospitalier d'Orsay)

PLAN D'ACCES AUX DIFFERENTS SITES DU CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY



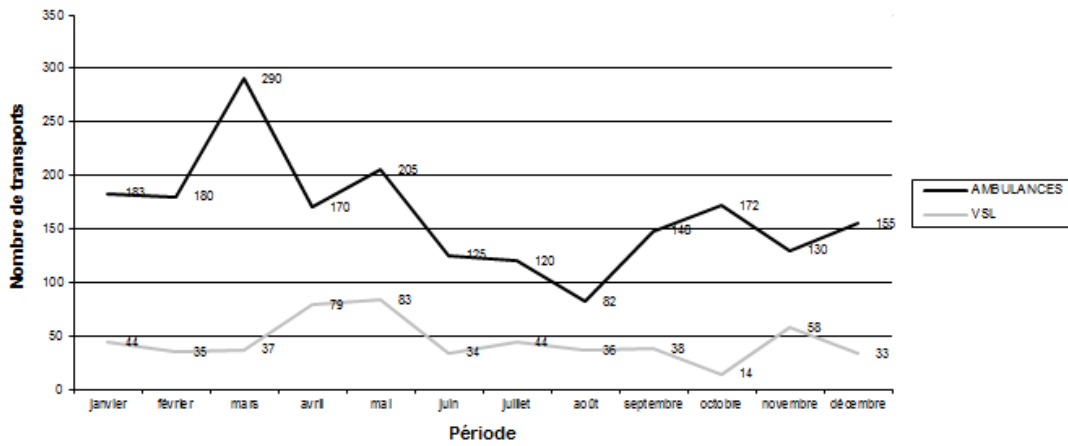
A noter :

Les services de gériatrie sont localisés à la Maison de l'Yvette à Orsay

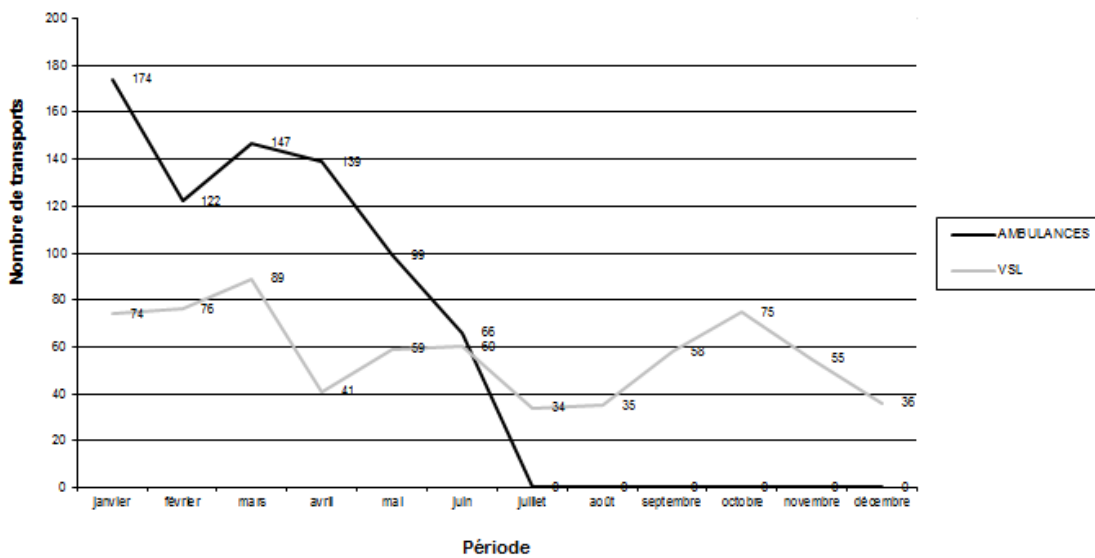
Les services de psychiatrie se trouvent sur le domaine du Grand Mesnil à Bures sur Yvette

Annexe 6 : Tableau d'activité de l'équipe transport de l'établissement 2011-2013

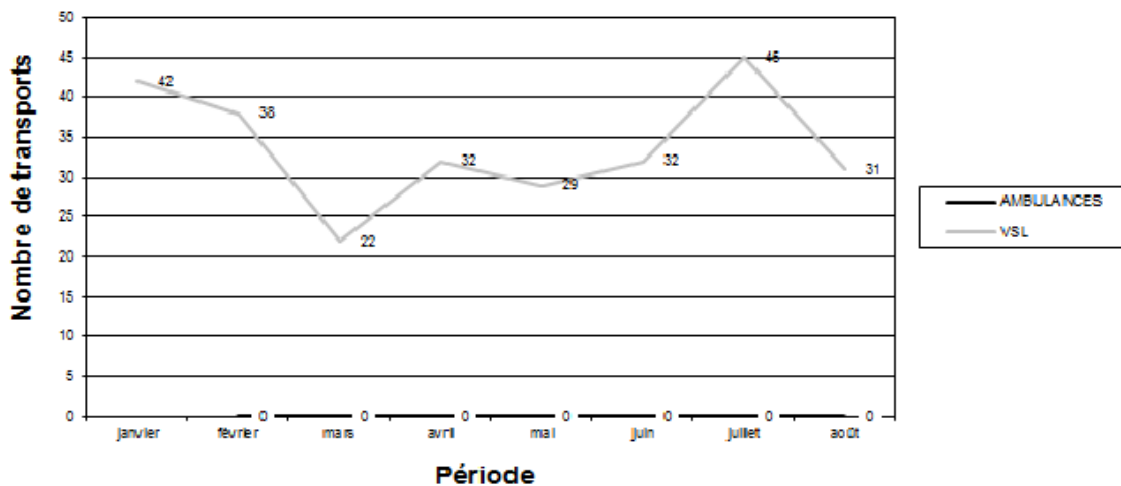
Service transport de patients - Activité - 2011



Service transport de patients - Activité - 2012



Service transport de patients - Activité 2013 (janvier - août)



DULUC

Marie-France

5 - 6 décembre 2013

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2013

Transports sanitaires non urgents à la charge de l'établissement

Le marché public : un outil pour encadrer la prestation et mieux en contrôler les coûts.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

Depuis une quinzaine d'années, les transports sanitaires connaissent une croissance continue des volumes et des coûts que tentent d'enrayer les dispositifs de régulation mis en place par les pouvoirs publics.

En 2013, afin de mieux contrôler les dépenses de transports sanitaires non urgents à sa charge, le Centre hospitalier d'Orsay (91) a contractualisé avec des sociétés privées la prestation de transports réalisée en VSL et ambulance, au moyen d'un appel d'offres.

Cette étude rend compte de la mise en place de ce marché et montre en quoi la contractualisation peut être un outil efficace pour encadrer les prestations, fiabiliser les procédures et parvenir à réaliser des économies.

Parallèlement, et afin de parvenir à une maîtrise significative des dépenses, d'autres démarches et actions doivent être menées, notamment pour promouvoir des modes de transports différents.

Mots clés :

TRANSPORT SANITAIRE, REGLEMENTATION, ORGANISATION, ASSURANCE MALADIE, HOPITAL, PRISE EN CHARGE, DEPENSE SANTE, MAITRISE DEPENSE, TARIF, MARCHE PUBLIC, EXTERNALISATION, AMBULANCE, VSL, TAXI, ESSONNE.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.