



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2019 –

**« LES TRANSPORTS SANITAIRES BARIATRIQUES:
RÉPONDRE DE FAÇON ETHIQUE ET EFFICACE À
L'EXCEPTIONNEL »**

– Groupe n° 19 –

- **CATHERINE** Claudine (EDS)
- **COURRET** Sandrine (EDS)
- **JAGGI-DESPORTES** Sophie (ED3S (ED3S))
- **MAKOUDI** Yannis (EDH)
- **LAURENT** Paul (EDH)
- **OULD-BOUKHITINE** Sandra (EAAH)
- **RAMASSAMY** Lydia (ED3S)
- **REMOND** Paul (EDH)
- **SOKOLO-MENAYAMO** Audrey (EDH)

Animatrice:

– GOURMELON Nathalie

Sommaire

Introduction	1
I. État des lieux du transport sanitaire : des enjeux croissants et une politique qui dysfonctionne	3
A. Les transports sanitaires se caractérisent par leur diversité et une organisation complexe.....	3
1. Une classification des transports sanitaires multiple correspondant aux différents modes de prise en charge.....	3
2. Une organisation complexe en matière de pilotage, de réglementation, d'organisation et de financement	4
B. Alors que les transports sanitaires constituent un enjeu à l'importance croissante, les réponses apportées demeurent encore insuffisantes.....	7
1. Les transports sanitaires représentent un enjeu déterminant pour la structuration des parcours de soins des patients.....	7
2. Pourtant, la politique des transports sanitaires souffre de nombreux dysfonctionnements.....	8
II. Le transport bariatrique : révélateur et amplificateur des maux de la politique des transports sanitaires	10
A. L'absence de pilotage et de régulation efficaces du transport bariatrique a pu favoriser l'émergence d'inégalités territoriales diverses.....	10
1. Le Plan Obésité 2010-2013 avait pour ambition de régler la question des transports bariatriques, en se reposant sur les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO)	10
2. Le volet transport du plan obésité présente aujourd'hui un bilan mitigé.....	12
3. Le transport bariatrique reste un secteur peu régulé et réglementé, ce qui favorise le développement d'inégalités territoriales en termes d'offre et de tarifs	13
B. L'organisation opérationnelle du transport bariatrique pour les établissements, un enjeu d'efficience et de management.....	15
1. L'organisation du transport bariatrique urgent : une amélioration de la prise en charge qui ne doit pas masquer certaines difficultés.....	16

2.	L'organisation du transport bariatrique inter-établissement : vers la fin des tarifs erratiques.....	19
3.	Le transport intra-hospitalier : l'adaptation précoce des hôpitaux.....	20
4.	Malgré ces évolutions, le transport bariatrique pose encore de nombreux défis organisationnels	21
C.	Les transports bariatriques, un élément déterminant dans la mise en œuvre des parcours de soin des personnes obèses.....	22
1.	Les enjeux du transport dans la prise en charge de la personne obèse	22
2.	Des problèmes identifiés principalement au sein des transports primaires non-urgents mais qui demeurent rares	23
III.	Propositions pour une politique des transports sanitaires plus inclusive :	25
A.	Une stratégie nationale du transport sanitaire bariatrique à mettre en œuvre et diffuser sur le territoire	25
B.	Évaluer la pertinence d'une tarification par la CNAM du transport sanitaire bariatrique primaire	25
C.	Reconnaître l'obésité morbide comme une affection longue durée, pour assurer un remboursement complet des transports et améliorer l'accès aux soins	26
D.	Mettre un terme à l'équipement en matériel exclusivement destiné au transport bariatrique, et lui préférer un équipement adaptable à toutes les corpulences.....	27
E.	Former les personnels au transport bariatrique.....	27
	Bibliographie.....	31
	Liste des annexes	33
	NOTE SYNTHETIQUE	I

Remerciements

L'ensemble de l'équipe tient à exprimer ses remerciements à Mme Nathalie GOURMELON, sociologue et coordinatrice administrative du CIO (Centre intégré de l'obésité) Paris – Centre, pour son aide et son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire.

Nous remercions également l'ensemble des professionnels et patients qui ont accepté de partager avec nous leur expérience. Ces regards croisés d'acteurs institutionnels, opérationnels et d'utilisateurs nous auront permis de mieux appréhender ce sujet complexe. Nous avons essayé de les retranscrire le plus fidèlement possible. Les interlocuteurs ne sauraient évidemment être tenus responsables par les idées exprimées dans ce rapport.

Enfin, nous remercions les enseignants-responsables du MIP 2019 de l'EHESP, Mr Christophe LERAT et Mme Emmanuelle DENIEUL, de nous avoir permis de réaliser ce travail. Celui-ci fut l'occasion d'échanges riches et instructifs.

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AMU : Aide Médicale Urgente

ARS : Agence Régionale de Santé

ASSU : Ambulances de Secours et de Soins d'Urgence

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CMU : Couverture Maladie Universelle

CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

CSIO : Centre spécialisé et intégré de l'obésité

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MIG : Mission d'Intérêt Général

MIP : Module Interprofessionnel

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

PO : Plan Obésité

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TAP : Transport Assis Professionnel

TS : Transport Sanitaire

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Introduction

Dans sa revue des dépenses 2016 relative aux transports sanitaires¹, la mission conjointe IGAS-IGF-IGA a mis en évidence un nombre important de dysfonctionnements dans la politique des transports sanitaires. Elle a notamment souligné une évolution à la hausse des dépenses, qui représentent désormais 2,5% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)², soit une augmentation de 47% depuis 2008. Cette hausse des dépenses est, selon cette mission, due en partie à l'éclatement du pilotage qui dilue les responsabilités et empêche la constitution d'une vision consolidée en la matière. En tout état de cause, les transports sanitaires étaient décrits comme peu efficaces et inadaptés aux besoins.

Plutôt que de réaliser un nouveau travail sur les transports sanitaires³, notre groupe a souhaité voir, à travers l'analyse du transport d'une population spécifique telle que la population obèse, quel nouveau regard cela permettait de porter sur la politique des transports sanitaires. En effet, en s'intéressant à une population spécifique, souvent stigmatisée et invisibilisée, la focale se déplace ainsi vers les marges, espaces périphériques, parfois vierges, dont l'analyse permet de mieux comprendre, en miroir, le fonctionnement du centre, à savoir la politique des transports sanitaires. En cela, le transport bariatrique est un révélateur des problèmes de la politique des transports sanitaires, à la fois en ce qu'il subit les problèmes déjà mentionnés de façon peut-être plus intense encore (absence de pilotage efficace), mais également parce qu'il en révèle de nouveaux (en termes d'inégalités et de difficultés d'accès au système de santé, en termes de dépassements d'honoraires), telles des failles du « centre » devenant béantes lorsque l'on glisse vers la « marge ». Or, dans notre système de sécurité sociale à vocation universaliste, la question prioritaire demeure celle de l'inclusivité : il est donc nécessaire de prévenir les manquements de notre système envers ceux qu'il n'arrive pas à inclure.

¹ EMMANUELLI.J, MAYMIL.V, & NAVES.P. (2018). Situation de la chirurgie de l'obésité- Tome I. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales.

² WAHL.T, LESTEVEN.P, GRIMONPREZ.PE, & ROBERT.E. (avril 2016). Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires. Paris: Inspection générale de l'administration, des finances et des affaires sociales.

³ Notamment la revue des dépenses relatives aux transports sanitaires (avril 2016, IGA/IGF/IGAS) ou encore le chapitre 11 du RALFSS (septembre 2012 ; Cour des Comptes).

Les transports sanitaires sont, selon le rapport de 2016 précité, les transports par tous les modes pris en charge, au moins partiellement, par l'Assurance Maladie⁴. Ils sont effectués par de nombreux acteurs, selon le degré d'urgence et la nécessité ou non de médicaliser le transport : SAMU-SMUR, ambulances, VSL, taxis ou encore pompiers.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'obésité comme « *une accumulation anormale de graisse corporelle qui peut nuire à la santé et réduire l'espérance de vie* ». En ce sens, Santé Publique France⁵ estime que la prévalence de l'obésité chez l'adulte (indice de masse corporelle > 30) se maintient à 17% depuis 2006. L'épidémie d'obésité paraît même aggravée par des facteurs sociaux et territoriaux, et 32% des personnes obèses souffrent aujourd'hui d'une maladie chronique.

Les transports bariatriques peuvent être définis comme ceux qui « permettent de disposer de véhicules adaptés, afin d'assurer les transports sanitaires et la prise en charge de patients dits « obèses » en toutes circonstances et dans des conditions ergonomiques et sécurisées, à la fois pour ces patients, et pour les personnels »⁶.

Dans ce contexte, en quoi le transport sanitaire bariatrique interroge-t-il les limites de la politique actuelle des transports sanitaires ? Dans quelle mesure est-il possible d'adapter la politique actuelle aux besoins de cette population spécifique ?

⁴ Que ce soit sur l'enveloppe soins de ville ou établissements de santé de l'ONDAM.

⁵ Santé Publique France, Rapport ESTEBAN 2014-2016

⁶ Instruction du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS3) et du plan obésité (PO) pour les ARS.

I. État des lieux du transport sanitaire : des enjeux croissants et une politique qui dysfonctionne

A. Les transports sanitaires se caractérisent par leur diversité et une organisation complexe

La caractéristique des transports sanitaires tient à leur diversité et à la complexité de leur organisation.

1. Une classification des transports sanitaires multiple correspondant aux différents modes de prise en charge.

Plusieurs catégorisations permettent de rendre compte de la diversité des transports sanitaires.

La première est d'ordre géographique. Sont ainsi distingués les transports primaires définis comme les transports assurés en vue de l'admission d'un patient dans un établissement de santé et dans l'optique de son retour à domicile après sa sortie de l'établissement⁷. D'autre part, les transports secondaires ou inter-établissements rassemblent les transports effectués entre plusieurs établissements de santé pour des raisons diagnostiques ou thérapeutiques, que ceux-ci soient provisoires - le patient ayant vocation à retourner dans le premier établissement dans un délai inférieur à 48 - ou définitifs - c'est-à-dire pour une durée au moins supérieure à 48h. Enfin les transports intra-hospitaliers sont quant à eux définis comme ceux assurés au sein d'un site ou entre plusieurs sites appartenant à la même entité juridique et de la même agglomération.

Une deuxième catégorisation a trait au mode de transport : les ambulances d'une part, qui peuvent être de catégorie A quand elles sont de secours et de soins d'urgence (ASSU)⁸ ou de catégorie C lorsqu'elles visent au transport de patients en position allongée sans qu'ils ne présentent de risque de détresse. Les véhicules sanitaires légers (VSL) qui sont des véhicules de catégorie D et qui permettent le transport assis. Les taxis, transports en commun ou véhicule personnel, même s'ils ne sont pas mentionnés par le code de la santé publique, constituent également des modes de transports sanitaires pouvant donner lieu à une prise en charge par l'assurance maladie. En 2017, on recensait 5613 entreprises de transport sanitaire (13 709

⁷ Sont également considérés comme des transports primaires les transports depuis des structures « assimilées au domicile » comme un EHPAD, un établissement pénitentiaire.

⁸ La nomenclature en « catégories » provient de l'art R. 6312-8 du code de la santé publique.

ambulances et 13 558 VSL) et 26 913 entreprises de taxis (37 667 véhicules), soit 40 véhicules de transport sanitaire et 50 taxis pour 100 000 habitants.

Une troisième catégorisation distingue d'une part les transports urgents, quelle que soit le lieu d'origine du transport - depuis le domicile, la voie publique ou un établissement sanitaire ou social - vers une structure de prise en charge adaptée et d'autre part les transports non-urgents.

Enfin, une quatrième catégorisation est d'ordre médicale : sont distingués les transports médicalisés, lorsqu'un médecin est présent pendant toute la durée du transport, et les transports non-médicalisés.

2. Une organisation complexe en matière de pilotage, de réglementation, d'organisation et de financement

Les acteurs de la prise en charge, le pilotage, la réglementation, l'organisation et le financement peuvent différer en fonction du type de transport sanitaire.

Le **transport primaire non-urgent** est assuré par des sociétés privées de transport sanitaire qui sont agréées par l'ARS et conventionnées par l'Assurance maladie. Une exception existe toutefois pour les taxis qui, ne relevant pas du régime prévu par le code de la santé publique, ne sont pas agréés par l'ARS mais seulement conventionnés par l'Assurance Maladie.

Le mode de prise en charge est apprécié par le médecin en fonction de l'état de santé et d'incapacité du patient, dans le respect du référentiel du 23 décembre 2006 : soit une ambulance⁹, soit un transport assis professionnalisé (TAP)¹⁰, soit un transport en commun ou véhicule personnel. En vertu du principe de libre choix du patient, ce dernier peut choisir parmi les différents prestataires celui de son choix pour effectuer le transport¹¹.

⁹ Si le patient « présente (1) au moins une déficience ou incapacité nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, (2) un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, (3) un transport avec brancardage ou portage ou (4) un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie » (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).

¹⁰ Si le patient présente : Une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ; Une déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ; Une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ; Une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule. Un transport assis professionnalisé peut également être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

¹¹ Faute de préférence du patient ou en cas d'indisponibilité de l'entreprise sollicitée, l'établissement de santé, lors d'un retour à domicile du patient, pratique le « tour de rôle » consistant à faire intervenir les entreprises privées de transport chacune à leur tour selon des critères définis localement.

Les dépenses occasionnées par ces transports sont remboursées par l'Assurance maladie, sur l'enveloppe des soins de ville de l'ONDAM, aux patients qui remplissent les critères fixés à l'article R 322-10 du code de la sécurité sociale. Peuvent ainsi donner lieu à remboursement, principalement :

- 1) Les transports assurés en vue d'une hospitalisation complète et partielle dans un établissement de santé ;
- 2) Les transports assurés en vue d'un traitement ou examen mais uniquement en lien avec une affection de longue durée (ou des traitements continus de plus de 6 mois) et si le patient présente une incapacité ou une déficience ;
- 3) Les transports assurés en vue d'un traitement ou examen en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, sans réserve d'incapacités ou déficiences ;
- 4) Les transports en un lieu distant de plus de 150km, sous réserve d'accord préalable ;
- 5) Les transports en série : lorsque les transports au titre d'un même traitement sont supérieurs ou égaux à 4 au cours de 2 mois et si la distance aller est supérieure à 50 kilomètres ;
- 6) Les transports en ambulance de patients nécessitant d'être couché ou une surveillance particulière.

Le montant de la prise en charge diffère en fonction de la situation de l'assuré, et non de la destination ou du mode de transport. Un patient atteint d'une ALD bénéficie ainsi d'une prise en charge à 100% pour les transports en lien avec son ALD, à condition que cette affection entraîne une incapacité objectivée par une prescription médicale. De même, les patients invalides ou ceux dont le transport est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, ainsi que les patients bénéficiant de la CMU-C et de l'AME bénéficient d'une prise en charge à 100%. A l'inverse, les patients non-ALD bénéficient d'une prise en charge à hauteur de 65%¹², le ticket modérateur pouvant être pris en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie. Par ailleurs, une franchise de 2 euros s'applique pour tous les transports - exception faite de ceux faits en transports en commun ou véhicule personnel - et tous les assurés (y compris ALD) dans la limite de 4 euros par jour et 50 euros par an. Selon l'IGAS, la part du reste à charge dans la dépense totale de transport sanitaire reste relativement faible avec 7% des dépenses en 2016¹³.

Du côté de l'offre, le tarif appliqué par les sociétés privées est fixé par l'Assurance Maladie pour les ambulances et VSL, dans le respect du cadre fixé par le Code de la Sécurité

¹² R322-1 du Code de la Sécurité Sociale ;

¹³ WAHL.T, LESTEVEN.P, GRIMONPREZ.PE, & ROBERT.E. (avril 2016). Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires. Paris: Inspection générale de l'administration, des finances et des affaires sociales.

Sociale et de la convention nationale entre l'UNCAM et les représentants des sociétés de transports déclinée localement. Ce tarif comprend des éléments forfaitaires et des éléments liés à la distance parcourue. Pour les taxis, chaque convention passée entre l'assurance maladie et les taxis fixe les tarifs de prise en charge. Ces derniers ne peuvent ainsi être supérieurs à ceux fixés par arrêté préfectoral pour l'ensemble de la profession au niveau du département. En ce sens, les éléments composant cette tarification diffèrent sensiblement de ceux des ambulances et VSL.

Le transport secondaire non-urgent est quant à lui assuré soit par les établissements de santé en propre - mais de moins en moins en raison du coût - soit par des sociétés privées choisies à la suite d'une procédure de marché public par l'établissement de santé. Dans ce cas, les modalités du transport sont déterminées dans le cahier des charges tandis que les tarifs sont fixés à l'issue du marché.

Ces dépenses de transport sont à la charge des établissements de santé demandeurs du transport (les établissements d'origine)¹⁴, à la fois pour les transports provisoires¹⁵ et, depuis la réforme de l'article 80 de la LFSS pour 2017, pour les transports définitifs¹⁶ relevant jusqu'alors de l'enveloppe soins de villes de l'assurance maladie.

Le **transport urgent**, dont l'organisation est précisée par le référentiel du 9 avril 2009, est coordonné par le service d'aide médicale urgente (SAMU) et est assuré par différents acteurs afin d'assurer un maillage efficace du territoire et apporter une réponse adaptée aux besoins des patients. Participent ainsi à l'urgence pré-hospitalière : l'hôpital avec les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les sociétés privées de transport sanitaire et, en cas de carence ambulancière¹⁷, les sapeurs-pompiers. Leur coordination est assurée par voie de

¹⁴ Exception pour les établissements de santé à but lucratif dont les demandes de transport sont prises en charge financièrement par l'assurance maladie

¹⁵ L'article 8 de l'arrêté du 10 février 2010 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCO dispose que pour les séances de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie, l'établissement facture le transport à l'assurance maladie. Ainsi, ces prestations ne relèvent plus des prestations inter-établissements. Toutefois, la réforme de l'article 80 LFSS met à la charge des établissements de santé ces transports.

¹⁶ Avant une « mise en pause » de la réforme annoncée par la Ministre de la Santé le 22 janvier 2019, après une mission flash de l'IGAS.

¹⁷ En dehors des missions spécifiques du SDIS prévues à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales, le SDIS peut être sollicité pour pallier l'indisponibilité ambulancière (faute de moyens matériels ou humains), ce qui donne lieu à une prise en charge financière par l'établissement sanitaire siège du SAMU. Voir Circulaire DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-388 du 26 octobre 2007.

convention bipartite ou tripartite (SAMU-SDIS, SAMU-TS) et le pilotage est assuré par le CODAMUPS (comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins).

L'ARS quant à elle délivre les autorisations ambulancières pour les SMUR ainsi que pour les ambulances privées, étant entendu que seules des ambulances de catégorie A et C peuvent intervenir pour des transports d'urgence, l'équipage devant en outre être composé d'au moins un agent titulaire du diplôme d'État d'ambulancier.

Les sociétés de transport privées s'engagent, lors de l'obtention de leur agrément, à participer à l'aide médicale urgente (AMU). Cette participation prend soit la forme d'une intégration à la « garde ambulancière » déterminée par l'autorité préfectorale la nuit, le week-end et les jours fériés - les sociétés s'engageant alors à réserver un véhicule de catégorie A et une équipe en cas d'urgence - soit la participation à l'AMU hors période de garde.

La facturation du transport urgent varie. Pour le SMUR, le financement est réalisé par le versement d'une MIG par l'ARS ainsi que d'une prise en charge par l'assurance maladie des transports urgents, fondés sur des tarifs fixés par chaque établissement de santé sur le fondement du coût moyen de l'intervention. La prise en charge est de 100% pour le patient sous réserve de la réalisation d'un acte couteux (sinon la prise en charge est de 65%), sans qu'une franchise ne s'applique. Pour les sociétés privées s'appliquent les tarifs déterminés par voie de convention nationale entre l'assurance maladie et les représentants de ces sociétés, en plus d'un forfait pour les périodes de gardes ambulancières versé par l'assurance maladie¹⁸. Les établissements de santé financent toutefois les « sorties blanches » des sociétés privées, c'est-à-dire les sorties non-suivies de transport de patient.

B. Alors que les transports sanitaires constituent un enjeu à l'importance croissante, les réponses apportées demeurent encore insuffisantes

1. Les transports sanitaires représentent un enjeu déterminant pour la structuration des parcours de soins des patients

Le nombre de transports a fortement crû depuis 10 ans. Plusieurs facteurs sont avancés. Si la banalisation de la prescription des transports médicaux par les médecins qui ne respectent

¹⁸ Pendant la période de garde ambulancière, les tarifs conventionnels des transports sont abattus de 60%

pas toujours le référentiel de 2006 - transports ALD identifiés à tort, intervention d'une ambulance plutôt qu'un VSL - constitue un élément de vigilance, ce sont surtout les facteurs structurels qui expliquent la hausse des transports sanitaires. Ainsi du vieillissement de la population et du poids croissant des ALD, qui représentent 80% des transports sanitaires, de la concentration des plateaux techniques performants ou encore du virage ambulatoire¹⁹. En ce sens, les transports sanitaires constituent un élément déterminant dans la réorganisation du système de santé autour du parcours de santé et de la restructuration de l'offre de soins autour de la logique de gradation des soins. La coordination des acteurs du système de santé autour du patient invite à placer la question du transport au cœur de la transformation du système de santé.

La hausse des transports sanitaires constitue également un enjeu financier. Les dépenses de transport ont connu une augmentation importante depuis vingt ans. Elles représentent 2,5% de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en 2017 soit 5Mds d'euros²⁰. La croissance de ces dépenses est de 47% depuis 2008, reposant davantage sur un effet volume que sur un effet prix. C'est davantage que la croissance de l'ONDAM sur la même période.

Le défi des décideurs publics est donc d'élaborer un modèle économique et organisationnel des transports sanitaires soutenable pour faire face aux nouveaux enjeux de la prise en charge.

2. Pourtant, la politique des transports sanitaires souffre de nombreux dysfonctionnements

Une revue de littérature permet de mettre en évidence de nombreux dysfonctionnements en matière de transports sanitaires.

Les dysfonctionnements en matière de transports sanitaires ont trait d'abord à un défaut de pilotage. Celui-ci tient pour partie à la diversité des acteurs impliqués, ce qui limite la mise en œuvre de réponses globales et efficaces, éclate les responsabilités et crée une coordination complexe et coûteuse. Ainsi, au niveau national, tant la Direction de la sécurité sociale (DSS)

¹⁹ WAHL.T, LESTEVEN.P, GRIMONPREZ.PE, & ROBERT.E. (avril 2016). Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires. Paris: Inspection générale de l'administration, des finances et des affaires sociales.

²⁰ Les dépenses de santé en 2017, DREES édition 2018 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11-9.pdf>

pour l'équilibre budgétaire, que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour les prescriptions effectuées par les établissements de santé, que la CNAM pour celles effectuées par les médecins libéraux, que le Ministère de l'économie pour la régulation du secteur des taxis, interviennent sur les transports sanitaires. Cette multiplicité d'acteurs est décalquée au niveau local avec l'ARS en charge de la délivrance des agréments, les CPAM responsables des conventionnements et de la lutte contre la fraude, les préfetures en charge de la régulation des taxis et de la délivrance des autorisations de stationnement, les établissements de santé prescripteurs des 2/3 des dépenses de transports de santé tout en n'en assumant que 10% sur leur budget²¹.

Sur le terrain, ce défaut de pilotage se manifeste de plusieurs façons : une densité de véhicules supérieure au niveau fixé par décret²², une réglementation différente entre VSL, ambulances et taxis, tant en termes d'agrément (les taxis n'entrant pas dans les plafonds de véhicules fixés par l'ARS), d'obligations professionnelles, de fixations des tarifs (les tarifs des taxis étant supérieurs de 25 à 30% à ceux des VSL). Ce défaut de pilotage entraîne un niveau élevé de fraude, qui prospère sur l'absence de traçabilité des données relatives à la facturation, le manque de contrôle des pièces justificatives (IGAS, revue des dépenses, 2016).

De plus, des mécanismes de régulation nombreux et complexes ont été mis en place, sans permettre de limiter la croissance des dépenses de transports. Ainsi du contrôle a priori de certains transports par l'assurance maladie depuis 2004 (les transports vers un lieu distant de plus de 150km notamment), de l'introduction du référentiel de 2006, de la mise en place de la franchise en 2008, de l'instauration de contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) entre l'assurance maladie et les établissements de santé ou encore des restrictions des transports pour les personnes en ALD aux seules qui souffrent d'incapacité et de déficiences²³.

Secteur complexe caractérisé par une forte atomisation des acteurs, un pilotage complexe et une gouvernance incertaine, le transport sanitaire est une préoccupation de premier plan de l'aveu des différents interlocuteurs rencontrés. Dans ce contexte, la problématique bariatrique exacerbe les fragilités relevées et interroge sur le modèle français de transport des patients.

²¹ WAHL.T, LESTEVEN.P, GRIMONPREZ.PE, & ROBERT.E. (avril 2016). Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires. Paris: Inspection générale de l'administration, des finances et des affaires sociales.

²² Supérieur de 22% selon enquête DGOS mentionnée par rapport IGAS

²³ Décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée).

II. Le transport bariatrique : révélateur et amplificateur des maux de la politique des transports sanitaires

A. L'absence de pilotage et de régulation efficaces du transport bariatrique a pu favoriser l'émergence d'inégalités territoriales diverses

Au croisement des questions de transport et de prise en charge des personnes obèses, le transport bariatrique pâtit d'une absence de pilotage efficace tant au niveau central que local.

1. Le Plan Obésité 2010-2013 avait pour ambition de régler la question des transports bariatriques, en se reposant sur les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO)

Longtemps, le transport bariatrique n'était pas reconnu comme un enjeu de santé publique. La thématique n'était que peu abordée par les rapports institutionnels sur le transport sanitaire (comme le rapport de l'IGAS sur la revue des dépenses afférentes de 2016) ou les rapports institutionnels sur la prise en charge de l'obésité (comme le rapport Boyer, les recommandations de bonnes pratiques de la HAS ou le rapport de l'IGAS sur la chirurgie bariatrique). Par ailleurs, la littérature scientifique sur le sujet est faible. Les circulaires ayant trait au transport sanitaire urgent et non-urgent n'accordaient qu'une place limitée aux personnes obèses. Pour autant, au niveau opérationnel, la question n'est pas récente et de longue date des difficultés se sont faites jour, laissant les acteurs locaux construire des solutions de « bricolage »²⁴ pour répondre à ces besoins, faisant émerger de nombreuses questions éthiques. Ont ainsi été constatés, par les différents acteurs rencontrés, des transports de personnes obèses avec du matériel de travaux publics (pelleteuse) ou camions frigorifiques sans aménagement sanitaire interne, voire directement à terre dans l'ambulance faute de matelas coquille adapté.

Aujourd'hui, la prévalence de l'obésité (17% pour les 18-74 ans²⁵, 6,7M de personnes²⁶ en France) ainsi que le développement de la chirurgie bariatrique invitent à repenser la thématique du transport sanitaire bariatrique.

²⁴ Entretien CSO Bretagne.

²⁵ Entretien ARS Ile-de-France.

Au niveau national, la mise en place du plan obésité 2010-2013²⁷ a fait émerger la question du transport sanitaire bariatrique comme un enjeu majeur dans la prise en charge des patients obèses. L'instruction du 29 juillet 2011 relative aux missions de l'ARS dans le PO²⁸, puis l'instruction du 3 juin 2013²⁹ ont précisé l'organisation et le pilotage du transport bariatrique.

Partant du constat que « l'offre de soins en matériels et moyens de transport adaptés à l'obésité massive était quasiment inexistante », qu'il existait des « difficultés d'identification et de recensement des moyens adaptés existants » et des « questions de coûts », ces instructions visaient à « organiser le transport bariatrique de façon à ce que les personnes obèses aient un accès aux soins dans des conditions adaptées à leurs besoins, en situation d'urgence ou non ». L'action 10 du Plan Obésité, résultant de ces constats, a consisté en la « *Définition d'un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique dans l'objectif d'assurer l'équipement nécessaire, réparti sur le territoire national pour répondre aux besoins* ». Ceci à travers deux axes : un équipement adapté des véhicules et une organisation régionale en matière d'utilisation de ces véhicules. Le calendrier retenu prévoyait la mise en œuvre de ce modèle national sur l'ensemble du territoire pour 2013. L'indicateur qui devait évaluer la pertinence de cette action est le nombre de personnes transportées en transport bariatrique par région et par an.

Le pilotage des transports bariatriques repose ainsi sur deux acteurs.

L'ARS est chargée de la structuration du transport bariatrique sur le territoire, à travers l'élaboration du schéma régional d'organisation des transports sanitaires bariatriques qui doit établir une stratégie d'équipement pour le territoire et le partage des informations entre professionnels, son organisation logistique et un relevé des utilisations des transports bariatriques.

Les responsables de la gestion opérationnelle des transports bariatriques sont les 37 Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) et les Centres Intégrés de l'Obésité (CIO), créés dans le

²⁶ IGAS 2018. Situation de la chirurgie de l'obésité- Tome II.

²⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf

²⁸ Instruction n°2011-380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité par les ARS.

²⁹ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2013/222 du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan obésité.

cadre du PO, par l'instruction du 29 juillet 2011. Sous l'autorité de l'ARS, ces centres sont chargés de la coordination de la filière bariatrique à un niveau infrarégional, afin d'assurer une prise en charge globale des patients atteints d'obésité sur le territoire. Il semblait ainsi nécessaire de structurer un réseau autour des professionnels de santé, notamment entre médecins généralistes, spécialistes, établissements de santé et centres spécialisés. Par ailleurs, les centres spécialisés et les ARS ont, depuis 2011, mis en place des groupes de travail – dont certains relatifs au transport bariatrique – au sein des comités régionaux de l'obésité rassemblant l'ensemble des acteurs de la filière : médecins, usagers, CSO/CIO, ARS, CPAM.

Les CSO et CIO sont financés via un fléchage de crédits FIR des ARS pour la partie coopération et de crédits MIG pour la gestion opérationnelle des transports. Une MIG est ainsi allouée annuellement depuis 2013 à chaque CSO en vue de financer des équipements spécifiques et des véhicules dédiés au transport bariatrique³⁰ - notamment l'achat d'une ambulance bariatrique par CSO. Ces crédits financent à la fois des sociétés privées de transport sanitaire, qui répondent alors à un appel d'offre³¹, et des établissements publics de santé. Son montant au départ était de plus de 25 000€, et elle dépasse en 2019 la somme de 28 175 € par CSO (1M d'euros au total).

2. Le volet transport du plan obésité présente aujourd'hui un bilan mitigé

Un premier bilan de l'action des CSO et des ARS en matière de transport fait apparaître une utilisation hétérogène des outils prévus par le plan obésité. Des ARS n'ont par exemple pas achevé la rédaction du schéma d'organisation, ou alors sous des formes sommaires, tandis que d'autres n'ont pas mené d'état des lieux approfondi de l'état de l'offre de transport bariatrique ou établi d'indicateurs de suivi en dépit des objectifs du Plan Obésité. Cela témoigne d'un engagement parfois limité des ARS sur la question.

En outre, les différences régionales en matière d'implantation de CSO ont pu influencer sur les réponses apportées localement aux besoins de transports bariatriques. Ainsi, certaines ARS ont profité de l'existence de plusieurs CSO sur leur territoire pour mutualiser l'ensemble de leurs crédits MIG transports bariatriques. A cet égard, l'Ile-de-France a mutualisé les enveloppes des 4 CSO de la région (pour un total de 112 000€ en 2019), permettant de financer

³⁰ [Instruction DGOS/R4 no 2013-222 du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan obésité](#)

³¹ L'ARS et le CSO de Bretagne ont ainsi lancé un tel appel d'offre en décembre 2018 sur la base de crédits MIG.

jusqu'à présent quatre véhicules exclusivement réservés au transport bariatrique. A l'inverse, d'autres ARS, n'ayant qu'un seul CSO sur leur territoire, ne disposent pas de fonds MIG suffisants pour l'achat de véhicules spécifiques. C'est le cas de la Bretagne, où l'ARS et le CSO ont procédé à des appels d'offre à destination des compagnies d'ambulance privées, afin de financer le surcoût de leur matériel bariatrique (brancards notamment). En tout état de cause, l'utilisation des MIG transport bariatrique par les ARS et les CSO apparaît hétérogène, et les détails de son utilisation ne sont pas connus sur l'ensemble du territoire. L'IGAS relevait qu'un nombre important de CSO interrogés n'avaient pas connaissance de l'existence même de la MIG, les transports bariatriques n'étant pas au centre de leur activité de coordination de la filière bariatrique³².

Enfin, la démarcation des rôles entre ARS et CSO peut apparaître complexe, ce qui entraîne une dilution de la responsabilité. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales relatif à la chirurgie bariatrique³³ soulignait ainsi la répartition « incertaine » des rôles entre ARS et CSO, le CSO étant parfois conduit à « exercer de fait la fonction – qui excède ses compétences et ses ressources – d'organisation et de régulation de l'offre régionale en matière de prise en charge de l'obésité », notamment le transport sanitaire. La mission estimait que le CSO n'était pas l'acteur approprié pour gérer l'offre et l'équipement des véhicules bariatriques.

3. Le transport bariatrique reste un secteur peu régulé et règlementé, ce qui favorise le développement d'inégalités territoriales en termes d'offre et de tarifs

De plus, en dépit de ce pilotage initié par le PO, les acteurs rencontrés ont souligné l'absence préjudiciable de cartographie des besoins et de l'offre de transport bariatrique, de guides de bonnes pratiques (pour la rédaction des cahiers des charges par les établissements par exemple), de protocoles de prise en charge lors du transport bariatrique (nombre d'agents nécessaires, modalités de transport), de réglementation en matière de flotte et de facturation notamment. Cette absence a créé un vide dans lequel chaque région et établissement de santé ont répondu de façon hétérogène et inégale. Cette situation a certes permis à chaque acteur

³² IGAS 2018. Situation de la chirurgie de l'obésité- Tome II.

³³ Ibid.

local d'adapter avec souplesse son organisation aux besoins des personnes obèses, mais elle a eu plusieurs répercussions négatives.

En premier lieu, elle a laissé libre cours au développement d'une offre tarifaire non encadrée et peu régulée pour les transports non-urgents de personnes obèses ne pouvant être transportées dans des ambulances ou VSL « ordinaires ». La pratique actuelle en matière de transport primaire, non encadrée, conduit les transporteurs privés à s'équiper pour les transports bariatriques selon ce qu'ils estiment nécessaire et, en conséquence, à appliquer des dépassements d'honoraires importants à la charge du patient. En 2019, une quarantaine de compagnies d'ambulances seraient équipées pour faire du transport bariatrique dans toute la France, mais avec une grande hétérogénéité des standards retenus. Pour les transporteurs privés, s'équiper pour le transport bariatrique représente des coûts supplémentaires :

- Le matériel de transport doit être adapté : brancards et fauteuils bariatriques sont de 30 à 50% plus coûteux que le matériel classique.
- Le personnel doit être formé à l'utilisation du matériel et à la prise en charge de ce public. Il est de plus nécessaire de mobiliser de deux à trois fois plus de ressources humaines pour ce type de transport.
- Le matériel utilisé, plus susceptible de casse du fait du poids et du volume des patients, est assuré selon une police spécifique plus coûteuse.

Dans ces conditions, il apparaît logique de voir que le montant facturé par les transporteurs privés aux patients présente des dépassements. Toutefois, comme ceux-ci ne sont pas encadrés, ces dépassements peuvent représenter de 400 à 800€ de reste à charge pour le patient³⁴. L'obésité ayant une prévalence plus importante parmi les milieux socio-économiques défavorisés, la présence de dépassements, souvent non pris en charge par les mutuelles, peut conduire cette population à un renoncement aux soins. Pour autant, tant les ARS que l'assurance maladie ne semblent pas disposer de données fiables et complètes sur l'ampleur de ces dépassements.

L'absence de régulation concerne également les transports secondaires à la charge des établissements de santé, qui peuvent atteindre plusieurs centaines d'euros de surfacturation d'après certains interlocuteurs³⁵, entraînant un coût moyen du transport plus important que pour les autres patients. Toutefois, la mise en œuvre de l'article 80 de la loi de financement de

³⁴ Entretien ARS Ile-de-France et entretien avec le référent logistique du Centre Hospitalier de Melun.

³⁵ Entretien référent transports AP-HP.

la Sécurité Sociale pour 2017 a conduit les établissements, qui assument désormais l'ensemble des frais de transport sanitaire inter-établissement, à passer des marchés publics et à régler par voie de convention les tarifs pour le transport bariatrique. Ainsi, à l'APHP, il apparaît qu'en dépit d'une augmentation de 20% du nombre de transports bariatriques entre 2016 et 2018, le coût total est resté stable grâce à la fin des tarifs erratiques et à l'instauration d'un tarif fixe pour le transport bariatrique (49 euros/ le quart d'heure).

En deuxième lieu, l'absence de pilotage a permis l'émergence d'une offre de transport inégale sur le territoire et en inadéquation avec les besoins. Le développement de l'offre de transport bariatrique ne s'est longtemps pas inscrit à l'intérieur d'une volonté politique ou institutionnelle forte mais au gré des décisions d'acteurs de terrain, répondant à des incitations diverses : « histoires personnelles », « incitations économiques » offertes par le dépassement d'honoraires³⁶. De nombreux départements apparaissent ainsi bien dotés en matière de sociétés de transports bariatriques (le Nord, l'Ille-et-Vilaine et Paris notamment), tandis que d'autres font face à une offre plus faible (le Morbihan notamment), parfois inexistante, sans que ces constatations ne coïncident avec la prévalence de l'obésité. A défaut, il est parfois nécessaire de faire appel aux pompiers pour le transport primaire d'un patient (cas de la Martinique). Mais là encore, la flotte de véhicules du SDIS adaptés pour le transport bariatrique est très inégale.

Ainsi, malgré un pilotage initié par le PO, l'absence de régulation et de réglementation du transport bariatrique a entraîné le développement d'inégalités territoriales et des dépassements d'honoraires importants, problèmes qui ne sont pas identifiés pour la politique générale des transports sanitaires.

B. L'organisation opérationnelle du transport bariatrique pour les établissements, un enjeu d'efficience et de management

Le transport bariatrique recouvre une réalité plurielle, en fonction du degré d'obésité du patient, de la présence de pathologies associées et de la situation sociale du patient. Il s'agit de distinguer les obésités communes, pour lesquelles le transport peut être réalisé dans des conditions normales, sous réserve d'une attention spécifique lors de l'installation du patient, des obésités sévères nécessitant un équipement et une prise en charge spécifiques et enfin les

³⁶ Entretien ARS Bretagne.

obésités les plus complexes, dites morbides lorsque l'IMC est supérieur à 40. Il importe aux établissements de mettre en place une organisation efficace pour répondre aux différents besoins, à la fois pour le transport urgent et non-urgent.

Les interlocuteurs rencontrés ont surtout souligné la difficulté organisationnelle pour les transports de personnes souffrant d'obésité morbide, dont ils rappellent qu'ils ne concernent que quelques cas par an.

1. L'organisation du transport bariatrique urgent : une amélioration de la prise en charge qui ne doit pas masquer certaines difficultés

Il apparaît que la situation du transport bariatrique urgent, médicalisé ou non, est meilleure depuis la mise en place du Plan Obésité.

Ainsi, premièrement, les SAMU semblent répondre de façon efficace aux transports bariatriques urgents médicalisés. Les acteurs du transport bariatrique sont les mêmes que pour le transport ordinaire : les ambulances du SMUR, les ambulances de sociétés privées (le régulateur pouvant envoyer sur place à la fois une compagnie d'ambulance privée, ainsi que l'unité mobile hospitalière-UMH- du SMUR qui arrive en véhicule léger) et le SDIS, qui a l'obligation d'établir une procédure d'extraction et de transport de patients bariatriques. La « mutualisation spontanée » des moyens entre les différents acteurs de l'AMU permet généralement de répondre aux besoins humains et matériels lors des transports urgents et les interlocuteurs ont souligné que si des cas complexes existaient, ils ne sauraient constituer de véritable difficulté. S'il existe des cas de difficulté majeure, nécessitant l'évacuation de la personne par la fenêtre d'un immeuble au moyen d'échelle pivotante automatique -ou l'agrandissement des ouvertures sur la façade, ces cas restent rares aux dires des acteurs interrogés³⁷. Ces cas sont pris en charge par les pompiers, dans le cadre de leur mission de service public. Dans ces situations, les pompiers chargent le patient sur leur nacelle, ou font appel au Groupe d'intervention en milieu périlleux (GRIMP) qui descend en rappel le long de la façade de l'immeuble. La plupart du temps, lorsqu'une personne obèse doit être transportée en urgence, le SAMU fait appel par prévention aux pompiers pour qu'ils interviennent en appui des équipes du SMUR ou du transporteur privé. L'intervention des pompiers dans une opération de transport bariatrique est bien souvent incontournable.

³⁷ Entretien Sapeurs-Pompiers de l'ENSOSP.

De plus, dans les SAMU interrogés, les médecins régulateurs sont désormais formés à la prise en charge des patients bariatriques. Pour les auxiliaires de régulation médicale (ARM), la situation est certes plus hétérogène et certains ne demandent pas systématiquement la question du poids du patient avant d'envoyer un véhicule. Toutefois, dans d'autres SAMU³⁸, il apparaît que les ARM posent systématiquement des questions relatives au poids et à l'accessibilité du logement, ce qui permet l'intervention des acteurs idoines, notamment le SDIS si besoin. Il est rare, même si cela peut arriver, que le véhicule envoyé (ambulance, SMUR, SDIS) ne soit pas adapté au transport de la personne. Les interlocuteurs interrogés considéraient ainsi que le transport urgent bariatrique ne posaient pas de difficultés particulières.

Deuxièmement, les matériels des SMUR semblent plus adaptés à la prise en charge de l'obésité. A titre d'exemple, en Ile-de-France, la mutualisation des MIG des CSO a ainsi permis l'acquisition de quatre véhicules SMUR exclusivement destinés au transport bariatrique, stationnés à Paris et dans les trois départements de la petite couronne. Leur existence permet une meilleure prise en charge des patients bariatriques, avec un matériel qui leur est exclusivement destiné. Ainsi, un brancard électrique pouvant supporter jusqu'à 350 kgs peut être monté dans le véhicule grâce à l'existence d'une rampe et d'un treuil³⁹. De plus, afin d'extraire les patients des appartements dont les escaliers et ascenseurs ne sont pas adaptés au passage d'un brancard, une chaise bariatrique équipée de chenilles est présente dans le véhicule et permet de supporter le poids du patient lors de la descente des escaliers.

Cependant, ce modèle consistant en l'achat de véhicules exclusivement destinés au transport bariatrique est aujourd'hui remis en cause par les acteurs. Les besoins en transports bariatriques si lourds qu'ils méritent un tel équipement ne constituent qu'une part infime des transports urgents médicalisés. Ils sont évalués par les acteurs – en l'absence de données consolidées – à moins d'un transport par mois. Dès lors, il apparaît peu efficient d'immobiliser un véhicule et de le maintenir en état de fonctionnement pour un nombre si minime d'interventions. La grande majorité des transports bariatriques sont aujourd'hui effectués dans les véhicules classiques, désormais souvent équipés de brancards électriques pouvant supporter jusqu'à 240kgs. A Rennes par exemple, le CHU dispose d'un brancard bariatrique qui peut être utilisé dans les ambulances ordinaires. Cette solution a ainsi limité l'utilisation de l'ambulance spécifiquement bariatrique, désormais utilisée pour le transport intra-établissement.

³⁸ Entretien SAMU du CHU de Rennes.

³⁹ Voir les photos en annexe V.

Toutefois, l'organisation en matière de transport bariatrique urgent souffre de plusieurs défaillances.

Premièrement, l'offre reste différenciée sur le territoire, sujette à « *la conjonction heureuse de financements et de volontés individuelles* », selon un chef de service interrogé⁴⁰. Ce constat concerne tant les ambulances SMUR, les ambulances privées que le SDIS. Ainsi, de même que pour le transport primaire non-urgent, l'offre de transport sanitaire bariatrique privé est très hétérogène. Si certains territoires apparaissent bien dotés - à Rennes, deux sociétés privées participent à la garde ambulancière pour le transport bariatrique - , d'autres, face à la carence ambulancière, doivent recourir au SDIS pour assurer le transport des personnes obèses, ce qui entraîne un surcoût facturé aux hôpitaux⁴¹. De même pour le SDIS, les véhicules d'intervention et d'assistance aux victimes (VSAV) sont inégalement équipés, avec parfois un ou deux brancards bariatriques pour une cinquantaine de casernes dans le département.

De plus, le stationnement des SMUR dans les établissements sièges de SAMU ou de CIO induit une organisation complexe. Par exemple, en Île-de-France, les véhicules bariatriques sont à disposition de l'ensemble des SMUR de la Région mais sont mis à disposition « nus » sans matériel et sans équipage affecté. Ainsi, si le régulateur d'un SAMU de grande couronne francilienne souhaite bénéficier d'un transport bariatrique, il est dans l'obligation d'envoyer une UMH, avec son équipement, récupérer le véhicule disponible au garage de l'un des quatre SMUR de petite couronne. L'UMH peut ensuite aller chercher le patient, le transporter à l'hôpital avant de retourner rendre le véhicule et revenir sur son lieu d'affectation en grande couronne. Cette organisation nécessitant un temps considérable, potentiellement dangereux pour le patient, l'ARS Ile-de-France et les CIO ont donc décidé de changer leur stratégie à cet égard. A partir de 2019, les crédits de la MIG transports bariatriques qui était versée aux 4 CIO de Paris et aux départements de petite couronne (Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Hauts-de-Seine) sont donc fléchés vers les SAMU de grande couronne afin d'équilibrer l'offre sur le territoire et de permettre aux hôpitaux des autres départements de s'équiper.

⁴⁰ Note entretien SMUR 93.

⁴¹ En vertu de l'article L1424-42 du Code Général des Collectivités Territoriales, l'intervention des sapeurs-pompiers dans des conditions d'indisponibilité ambulancière entraîne une indemnisation par l'établissement siège du SAMU, correspondant à un tarif fixé au niveau national (123 euros).

Enfin, l'existence d'un évènement indésirable grave (EIG) témoigne de ce que le pilotage reste perfectible. C'est le cas en Ile-de-France où une patiente est décédée en 2016 du fait de l'absence de cartographie des solutions adaptées aux patients bariatriques. Si cet évènement a conduit à une réflexion sur l'organisation du transport urgent, à commencer par la régulation, cet exemple souligne les efforts restant à fournir.

2. L'organisation du transport bariatrique inter-établissement : vers la fin des tarifs erratiques

En matière de transport bariatrique inter-établissement, celui-ci fait en général, au même titre que les autres transports inter-établissements, l'objet d'une contractualisation, entre l'établissement de départ et des compagnies d'ambulances capables d'assurer le transport bariatrique. La gestion en propre par l'établissement a tendance à diminuer, encore plus pour le bariatrique dont le peu de transports annuels engendreraient des coûts unitaires très élevés.

Jusqu'à récemment, les tarifs des sociétés de transport bariatrique étaient erratiques, entraînant des factures parfois très importantes et inégales pour les établissements (pouvant atteindre plusieurs milliers d'euros). Désormais, la passation de marchés publics (notamment dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS 2017), avec l'application de tarifs négociés permet de limiter ces pratiques en déterminant un tarif fixe. En outre, la dynamique des GHT devrait permettre aux établissements d'atteindre la taille critique pour négocier des tarifs moins élevés.

Par exemple, au sein de l'AP-HP, le service central des ambulances a contracté avec deux compagnies d'ambulances privées, afin d'assurer le transport bariatrique entre établissements du groupe. Au-delà de 120kg, le tarif bariatrique de 49 euros par quart d'heure est appliqué. Le coût moyen bariatrique est de 260€ par trajet, à mettre en regard avec le coût moyen d'un transport non bariatrique de 93€ (l'assurance maladie ne reversant qu'un montant identique quel que soit le patient pris en charge).

Toutefois, certains problèmes demeurent. La filière bariatrique est particulièrement en tension concernant les transports vers les services de Soins de suite et de réadaptation (SSR). Si le Plan Obésité a permis l'accréditation de SSR bariatriques permettant la prise en charge au long cours des patients obèses, ces services sont pour partie situés loin des 37 CSO. Ainsi, l'AP-HP dispose de deux SSR bariatriques, à Berck (62) et à Hendaye (64) à la frontière

espagnole. Les transports de patients bariatriques sur de telles distances induisent des coûts particulièrement importants.

3. Le transport intra-hospitalier : l'adaptation précoce des hôpitaux

En matière de transport intra-hospitalier, les hôpitaux ont su s'adapter à la prévalence croissante de l'obésité, malgré les surcoûts induits. Ce type de transport comprend les ambulances internes à l'hôpital et le brancardage. Les dépenses de transport intra-hospitalier sont à la charge des établissements, et à la différence des transports inter-établissements, ne donnent pas lieu au versement d'enveloppes dédiées par l'assurance maladie aux établissements.

Les ambulances présentes notamment dans les hôpitaux pavillonnaires – notamment les CHU – sont de plus en plus souvent équipées pour le transport bariatrique. Ainsi, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière dispose d'une ambulance spécialisée en bariatrique avec un personnel formé à son utilisation. Le CHU de Lille a lui investi dans un véhicule pouvant transporter les patients à mobilité réduite en position assise, qu'ils soient atteints d'obésité ou non. Il a effectué 5600 transports en 2018, soit 15 par jour au sein du CHU. A Rennes, l'ambulance bariatrique ne sert presque plus que pour les transports intra-hospitaliers.

L'enjeu du brancardage des patients bariatrique fait lui l'objet de stratégies très différenciées selon les hôpitaux. La plupart des établissements publics de santé sont aujourd'hui équipés de lits pouvant accueillir des patients bariatriques, ou procèdent à la location de lits de ce type. Les fauteuils bariatriques sont cependant en nombre restreint, et l'équipement d'un établissement dans un tel matériel relève souvent d'une volonté forte de la part de l'équipe médicale ou paramédicale. Une attention particulière à l'équipement en matériel spécifique est portée dans certains établissements situés sur des territoires où la prévalence de l'obésité est plus importante. Ainsi, le CHU de la Martinique estime qu'environ ¼ du matériel de brancardage est adapté aux patients obèses. Si le patient dépasse les 120 ou 140kg, les brancardiers sont le plus souvent deux pour le manipuler, afin de limiter les risques de troubles musculo-squelettiques et sont aidés par du matériel d'aide à la mobilisation (Bed mover ou Mobilit).

4. Malgré ces évolutions, le transport bariatrique pose encore de nombreux défis organisationnels

En définitive, l'organisation de l'ensemble de ces transports bariatriques génère pour l'établissement des coûts qui peuvent être classés en quatre catégories.

Elle génère tout d'abord un coût financier pour les établissements. Il y a le surplus facturé par les sociétés privées aux établissements pour le transport secondaire et pour le transport urgent pré-hospitalier (qui incombe aux établissements pour la CPAM). Il y a ensuite le coût de l'équipement spécifique au transport bariatrique pour les ambulances du SMUR et les transports intra-hospitaliers, tels que les brancards et fauteuils bariatriques, les mécanismes d'aide au brancardage, les chenilles électriques, voire des véhicules à usage exclusivement bariatriques. L'analyse de plusieurs appels d'offres permet de situer le coût de l'équipement d'un véhicule à 14000 euros tandis qu'un véhicule exclusivement bariatrique coûte 80 000 à 100 000 euros.

Elle entraîne ensuite un coût en ressources humaines, car le transport d'une personne obèse nécessite la présence d'équipage plus important. Cela peut entraîner une désorganisation des équipes avec un sous-effectif des autres équipages afin d'assurer le transport bariatrique ou le rappel d'un ambulancier la nuit depuis son domicile. Ainsi, dans un SAMU visité⁴², était-il expliqué que le recours à l'ambulance bariatrique nécessitait la présence de 2 personnes (des ambulanciers) en sus des 3 personnes normalement prévues, ce qui réduisait fortement les ressources humaines ambulancières pour faire face aux autres urgences. De plus, les véhicules font face à un risque de retour à vide plus important que pour les autres transports sanitaires.

Le coût du transport bariatrique est également temporel ; le transport d'une personne obèse prend davantage de temps, que ce soit en raison du temps pour accompagner la personne depuis son domicile jusqu'au véhicule qu'en raison de l'offre réduite de transport bariatrique qui oblige à faire des transports plus longs, en l'absence de transporteurs plus proches pouvant assurer le transport.

L'organisation des transports bariatriques génère enfin un coût en termes d'organisation des soins. Plusieurs éléments peuvent être soulignés.

⁴² Entretien SAMU du CHU de Rennes.

Premièrement, les difficultés dans le transport des patients entraînent des retards aux rendez-vous et des annulations. De plus, compte tenu de la difficulté de mobiliser un transport bariatrique, celui-ci est parfois incité à attendre la fin du traitement ou de l'examen du patient obèse afin de le ramener à son domicile et ainsi éviter la mobilisation de deux transporteurs. Dans ce cadre, notamment lorsque le transport est financé par l'établissement de santé, ce dernier peut être incité à prioriser la personne obèse au détriment d'autres patients, afin qu'elle puisse repartir plus vite, désorganisant les plannings et entraînant des temps d'attente. Cette difficulté ne concerne toutefois que les soins non programmés.

Deuxièmement, les difficultés pour assurer le retour à domicile d'un patient peut entraîner l'immobilisation d'un lit hospitalier, même si les personnes interrogées soulignent qu'une identification précoce de cette difficulté peut permettre à l'établissement de préparer le retour sans difficulté. Il arrive toutefois qu'en l'absence d'offre de transport bariatrique, l'établissement assure à sa charge le retour du patient à son domicile, alors même qu'il devrait être à la charge de l'assurance maladie, et ce afin de libérer un lit et d'en faire bénéficier un autre patient.

C. Les transports bariatriques, un élément déterminant dans la mise en œuvre des parcours de soin des personnes obèses

La question des transports n'est pas suffisamment intégrée dans la réflexion et la structuration de la prise en charge de l'obésité. Pourtant, elle apparaît comme un élément déterminant dans le parcours de soin du patient.

1. Les enjeux du transport dans la prise en charge de la personne obèse

La prise en charge de l'obésité et, singulièrement de l'obésité sévère, implique l'intervention coordonnée de plusieurs équipes pluridisciplinaires. Ainsi, la gradation des soins en trois niveaux, retenue dans le programme national nutrition santé (PNNS), suppose une prise en charge par la médecine de ville, les établissements de santé et les CSO. La prestation de transport sanitaire pour ces secteurs répond à des règles spécifiques explicitées dans le présent rapport. Dès lors, pour éviter toute rupture dans la prise en charge, le transport sanitaire doit être pensé comme une étape à part entière du parcours de soins du patient. La multiplicité des professionnels intervenant rend cependant ce parcours complexe. Toutefois, la politique de transport sanitaire prend déjà en compte certains parcours spécifiques par des exceptions aux

principes généraux du transport sanitaire.⁴³ Il en va ainsi pour les patients dialysés ou en chimiothérapie par exemple.

En outre, la spécificité de l'obésité rend complexe l'effectivité pratique du principe de libre choix du patient⁴⁴. Pour assurer sa bonne prise en charge, les transporteurs doivent employer les moyens adaptés qui ne correspondent pas nécessairement au choix de transport du patient. En l'espèce, cela permet de mettre en œuvre les solutions les plus efficaces et efficientes pour le transport du patient obèse, mais prive le malade d'un droit. Intégrer le transport bariatrique dans une logique de parcours, permettrait au patient de demeurer un acteur de sa prise en charge en lui permettant d'avoir une vision globale des soins qui lui seront délivrés. Par ailleurs, une approche au parcours permettrait d'améliorer la pertinence des soins et des transports, en adoptant une vision globale dans le cadre d'un parcours coordonné.

2. Des problèmes identifiés principalement au sein des transports primaires non-urgents mais qui demeurent rares

Les acteurs rencontrés ont souligné d'abord que les problèmes en matière de transports bariatriques restaient rares et qu'ils apparaissaient essentiellement dans des cas complexes où se cumulent une obésité morbide, des pathologies associées et des difficultés sociales avec une situation précaire et un entourage absent voire défaillant.

Les interlocuteurs consultés ont souligné des difficultés essentiellement en matière de transports primaires non-urgents. Dans ce domaine, les difficultés pouvant apparaître semblent être de cinq sortes.

Tout d'abord, un manque d'information, de « balisage » voire d'accompagnement du patient dans la phase transport de son parcours avec des modalités de commandes de transport complexes.

Deuxièmement, la question de l'accessibilité du domicile peut entraîner des retards voire des refus de prise en charge.

Troisièmement, la question des dépassements d'honoraires non régulés qui sont à la charge des patients et peuvent atteindre plusieurs centaines d'euros.

⁴³ Dérogation au principe établissement prescripteur-établissement payeur pour s'adapter à certains parcours

⁴⁴ Art L.1110-8 du code de santé publique.

Quatrièmement, le manque de confort lors de la prise en charge : en effet, l'installation du patient sur le brancard peut être faite, en raison des difficultés de préhension du patient, de façon inconfortable.

Enfin, est reproché le manque de formation des personnels des sociétés de transports bariatriques aux risques associés à la prise en charge des personnes obèses⁴⁵ et aux bonnes pratiques (le maintien en position semi-assise dans certaines situations) et dont certains comportements génèreraient de la stigmatisation pour les patients transportés et un sentiment d'atteinte à leur dignité.

Ces difficultés peuvent générer, pour les transports depuis le domicile vers l'hôpital, des retards dans la réalisation de certains traitements et examens ou dans l'admission hospitalière (avec des situations de médicalisation à domicile en attendant la disponibilité d'un transport) ; elles engendrent ainsi un renoncement aux soins et peuvent être à l'origine d'une altération du niveau de santé du patient, même si les interlocuteurs rencontrés ne partageaient pas tous cet avis. A l'inverse, lorsqu'il s'agit d'un retour à domicile du patient, les difficultés pour organiser le transport peuvent entraîner le prolongement d'une hospitalisation avec les risques induits en matière d'infections iatrogènes.

Ces difficultés apparaissent principalement en matière de transport primaire. En effet, les questions de dépassements d'honoraires, d'accessibilité ou de modalités de commandes de transport se posent moins pour les transports secondaires.

⁴⁵ Arnaud BASS Médecine des maladies Métaboliques - Urgences : étape critique du parcours de soins après chirurgie bariatrique *Bariatric -emergency management* Volume 8, n° 2 pages 161-168 (avril 2014). La littérature a ainsi mis en évidence les symptômes atypiques post-chirurgicaux chez la personne obèse comme la tachycardie, la gêne respiratoire ou encore l'agitation. Mettre en référence l'article que nous a envoyé Nathalie Gourmelon

III. Propositions pour une politique des transports sanitaires plus inclusive :

A. Une stratégie nationale du transport sanitaire bariatrique à mettre en œuvre et diffuser sur le territoire

La qualité du transport sanitaire bariatrique est aujourd'hui hétérogène sur le territoire, induisant des inégalités d'accès aux soins. Cette situation est due notamment à l'absence de stratégie nationale claire, et à l'éclatement de la gouvernance entre ARS et CSO sur le territoire. Comme le souligne l'IGAS, les CSO ne sont pas le bon niveau de structuration et de gestion de l'offre de transport bariatrique, alors qu'ils en ont la charge.

A l'heure actuelle, les outils préconisés par la circulaire de 2013 ne sont pas pleinement utilisés, notamment concernant la cartographie et le suivi des besoins et moyens en transports bariatriques. En outre, les acteurs locaux rencontrés déplorent l'absence de guide et référentiel de bonnes pratiques.

Proposition 1 : confier à la DGOS la responsabilité de publication d'un guide de bonnes pratiques ainsi que du contrôle de l'utilisation pleine et entière des outils prévus par la circulaire de 2013.

Ce guide serait relatif aux bonnes pratiques en matière de matériel, de gestion, de passation des marchés publics et de formation des ressources humaines, à destination des acteurs de terrains.

Proposition 2 : confier le pilotage de la mise en œuvre locale de la stratégie nationale aux ARS, échelon le plus adapté à la structuration de l'offre, et non aux CSO/CIO.

B. Évaluer la pertinence d'une tarification par la CNAM du transport sanitaire bariatrique primaire

Le flou actuel en matière de tarification applicable au transport bariatrique primaire est source de dépassements importants, avec des surcoûts tant pour les patients que pour les établissements de santé lorsqu'ils sont à leur charge. La CNAM s'est jusqu'à présent refusée à tarifier le surcoût induit par le transport bariatrique, le patient étant remboursé sur la base du tarif d'un transport sanitaire normal. Le nouveau tarif mis en place devra être suffisamment élevé pour inciter les transporteurs à investir dans le matériel et les ressources humaines nécessaires à un tel transport.

La création d'une telle tarification reste néanmoins à assortir de deux nuances. Il conviendra d'évaluer en amont le coût induit pour les finances de l'Assurance Maladie et d'établir des modalités de contrôle des transporteurs afin d'éviter tout dépassement indu. Une approche en termes d'IMC semble inadaptée pour définir des seuils de prise en charge, le poids en valeur absolue étant un meilleur indicateur des difficultés probables du transporteur. L'assurance maladie pourrait s'appuyer sur les données présentes dans le dossier médical partagé pour sélectionner les patients pouvant bénéficier d'une telle tarification

Proposition 3 : confier à la CNAM le soin d'établir un tarif spécifique au transport bariatrique primaire.

Ce tarif doit être incitatif pour que les transporteurs s'arment en conséquence, mais suffisamment bas pour que le coût pour les finances de l'Assurance Maladie soit juste. En complément, il conviendra d'établir des modalités strictes de contrôle des transporteurs, afin d'éviter des dépassements qui ne seraient pas justifiés par l'état bariatrique du patient.

C. Reconnaître l'obésité morbide comme une affection longue durée, pour assurer un remboursement complet des transports et améliorer l'accès aux soins

Comme le préconise l'IGAS, reconnaître l'obésité chronique comme une affection longue durée (ALD) permettrait une prise en charge plus globale et mieux remboursée de cette pathologie. Les transports sanitaires relatifs au traitement de l'ALD seraient donc pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, ce qui permettrait un meilleur accès aux soins de ces personnes dont la mobilité est fortement réduite.

Cependant, il reste important de noter qu'une telle réforme ne permettrait pas aux personnes en situation d'obésité morbide d'accéder aux soins non liés à leur ALD (généraliste, gynécologue, dentiste notamment).

Proposition 4 : reconnaître l'obésité morbide comme ALD, afin de permettre le remboursement des frais de transports relatifs à cette pathologie d'être pris en charge à 100%. Un financement au forfait doit être envisagé afin de limiter l'augmentation du volume des dépenses, charge ensuite aux établissements de santé d'inclure les transports dans les coûts associés à la prise en charge.

D. Mettre un terme à l'équipement en matériel exclusivement destiné au transport bariatrique, et lui préférer un équipement adaptable à toutes les corpulences

La politique actuelle d'achat de matériel destiné au transport bariatrique semble inadaptée. La plupart des acteurs rencontrés ont fait état d'achat de véhicules exclusivement destinés au transport bariatrique, utilisés avec une telle rareté qu'elle interroge l'efficacité de la dépense.

Il apparaît aujourd'hui plus efficace d'investir dans un matériel adaptable à toutes les morphologies, au moins sur une partie de l'équipement. A titre d'exemple, les véhicules de transports sanitaires pourraient être équipés par défaut d'un brancard bariatrique et éventuellement d'un treuil pour hisser les patients. Le surcoût induit restera moins important que celui d'avoir un véhicule spécialisé, immobilisé au garage (le surcoût étant chiffré à environ 40% par rapport à un véhicule classique).

Proposition 5 : inciter les transporteurs publics et privés à investir dans du matériel adaptable à toutes les morphologies (véhicules, brancards, fauteuils) sur tout ou partie de leur parc. En tout état de cause, stopper l'achat de matériel dédié et uniquement utilisable pour les patients bariatriques.

E. Former les personnels au transport bariatrique

En France, les personnels sont rarement formés à la prise en charge des personnes obèses, au-delà de certaines initiatives locales. Des études ont cependant montré qu'une formation, même courte, au transport bariatrique améliorerait sensiblement le bien-être des agents et réduisait les risques de maltraitance⁴⁶.

Proposition 6 : au niveau national, la formation des personnels (ambulanciers, médecins, aides-soignants, infirmiers) doit inclure un module relatif au transport et à la manipulation des patients en situation d'obésité.

Au niveau local, les transporteurs peuvent établir une charte des bonnes pratiques en la matière, les hôpitaux intégrer ce volet dans la charte des patients hospitalisés. Il est possible d'envisager, comme dans certains centres hospitaliers, une séniorisation par un agent ayant une expérience importante avec ce type de patient.

⁴⁶ *Improving Bariatric Patient Transport and Care with Simulation* - Brad D. Gable, Aimee K. Gardner, Dan H. Celik, Mary Colleen Bhalla, Rami A. Ahmed - West J Emerg Med. 2014 Mar; 15(2): 199-204. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966441/citedby/>

Bibliographie

I. RAPPORT

- ARS .MARTINIQUE. (2011, Mars). Schéma régional d'organisation des soins de la Martinique. ANNEXE3.Etat des Lieux des transports sanitaires en martinique 2008-2011. Martinique, France: ARS.
- CHU.RENNES, & CPAM.35. (2018, février 16). un partenariat CHU-CPAM35 pour améliorer la pertinence des prescriptions médicales de transport sanitaire. *Dossier de Presse*. Rennes, Ile et Vilaine, France.
- EMMANUELLI.J, MAYMIL.V, & NAVES.P. (2018). *Situation de la chirurgie de l'obésité- Tome II*. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales.
- EMMANUELLI.J, MAYMIL.V, & NAVES.P. (2018). *Situation de la chirurgie de l'obésité- Tome I*. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales.
- GROUPE.17. (MIP.2018). *Les obésités "complexes" : essai de définition, prises en charge actuelles enjeux et perspectives*. Rennes: EHESP.
- HCSP. (Septembre 2017). *Pour une politique nationale nutrition santé en France - PNNS 2017-2021*. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique.
- MAHCER.J, & SCHINDLER.A. (2012). *Améliorer la gestion des transports sanitaires dans les établissements de santé*. Paris: Agence Nationale d'Appui à la Performance.
- WAHL.T, LESTEVEN.P, GRIMONPREZ.PE, & ROBERT.E. (avril 2016). *Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires*. Paris: Inspection générale de l'administration, des finances et des affaires sociales.

II. TEXTES REGLEMENTAIRES

- LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE du 1^{er} octobre 2018 – article 80 « réforme du financement du transport sanitaire »
MINISTERE.DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. (2013, Juin 3).
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/2013/222. « *Mise en oeuvre des actions 4 et 10 du plan obésité* ».
- INSTRUCTION N°DGS/DGOS/2011/1-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition Sané (PNNS3) et du plan d'obésité par les ARS.
- ARRETE du 10 février 2010 – article 8 - relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCO
- CIRCULAIRE DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU
- DECRET n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée

- INSTRUCTION N° DGOS/R4/2013/222. « *Mise en oeuvre des actions 4 et 10 du plan obésité* ».
- CODE DE LA SECURITE SOCIALE :
 - Article L162-461 (S3138c - Prescription simple), (S3139c – prescription avec demande d’accord préalable)
 - Article R 322-10 – Bénéficiaires des transports sanitaires
 - Article 322 – 5 -2 tarifs régulés des transports VSL.
- REFERENTIEL DE PRESCRIPTION : arrêté du 23 décembre 2006.
- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE :
 - Libre choix du patient sur l’entreprise art. R6312-16.
 - Demande agrément ARS pour les entreprises art. R 6312 – 30

III. REVUES :

- Arnaud BASS Médecine des maladies Métaboliques - Urgences : étape critique du parcours de soins après chirurgie bariatrique *Bariatric -emergency management* Volume 8, n° 2 pages 161-168 (avril 2014)
- Gault, Caroline. 2017. « Image du corps et chirurgie bariatrique ». *Savoirs et clinique* n° 22(1): 97-104.
- Brad D. Gable, Aimee K. Gardner, Dan H. Celik, Mary Colleen Bhalla, Rami A. Ahmed *Improving Bariatric Patient Transport and Care with Simulation - West J Emerg Med.* 2014 Mar; 15(2): 199–204.

IV. LIENS URL :

- Les dépenses de santé en 2017, DREES édition 2018
URL <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11-9.pdf>
- Plan Obésité 2010-2013
URL https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
- cir_43236.pdf
URL http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/04/cir_43236.pdf
- « La chirurgie bariatrique n’est pas sans conséquences | Santé Magazine ». <https://www.santemagazine.fr/actualites/actualites-traitement/la-chirurgie-bariatrique-nest-pas-sans-consequences-173846> (16 mai 2019).

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche thématique	I
Annexe 2 : Méthodologie	III
Annexe 3 : Listes des acteurs rencontrés.....	IV
Annexe 4 : Grille d'entretiens	V
4.I Expérience patient	
4.II Transporteurs privés	
4.III Établissements de santé (champ organisationnels)	
4.IV. Agence Régionale de santé (champ pilotage)	
Annexe 5 : Photos d'équipement spécifique transport bariatrique.....	X

ANNEXE 1 Fiche Thématique

MIP 2019



19- Les transports sanitaires : le point sur le développement des transports bariatriques urgents et non urgents

Les politiques sociales et de santé	X
L'organisation, le pilotage, la régulation et le management des services de santé dans leurs dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale	X
L'environnement et la santé	
La promotion de la santé et la prévention.	

PROBLEMATIQUE :

L'augmentation de la prévalence de l'obésité au cours des dernières années⁴⁷ a conduit à la mise en place par le Ministère de la Santé de mesures portées par le Programme National Nutrition Santé (PNNS)²⁴⁸ et, entre 2010-2013, par un plan national spécifique, le Plan Obésité.

Les actions 4 et 10 de ce Plan prévoyait notamment « l'identification des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions » ainsi que la « définition d'un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique dans l'objectif d'assurer l'équipement nécessaire, réparti sur le territoire national pour répondre aux besoins »⁴⁹.

37 Centres spécialisés et intégrés de l'obésité (CSO/CIO) ont ainsi vu le jour en 2012, après labellisation par les ARS. Dans le même temps, les autorités sanitaires se sont saisies de la question cruciale du transport des patients obèses⁵⁰, peu prise en compte. Une situation qui expose à des risques, notamment en contexte d'urgence et constitue un obstacle à l'accès aux soins de ces personnes. Le problème étant celui de l'absence de transports adaptés (médicalisés ou non) mais aussi celui des coûts associés à ces transports qui mobilisent parfois plusieurs équipes sur un temps long. Outre un équipement spécifique des véhicules, il s'est agi pour les ARS d'apporter une réponse graduée aux besoins de transport des personnes obèses inégalement réparties sur le territoire. Par ailleurs le Plan Obésité a prévu la délégation de crédits de Mission d'Intérêt Général « transport bariatrique »⁵¹, visant à accompagner l'équipement en ambulances bariatriques des 37 CSO, en lien avec tous les acteurs du transport sanitaire.

⁴⁷ % de la population adulte en 2012, 8,2% en 1997. Enquête ObEpi 2012, INSERM/KANTAR HEALTH/ROCHE

⁴⁸ 4 programmes se sont succédés depuis 2001 jusqu'à l'actuel PNNS 4 2017-2021.

⁴⁹ Plan National Obésité 2010-2013, p17. Voir également l'Instruction n° DGOS/R4/2013/222 du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du Plan Obésité

⁵⁰ IMC \geq 30 kg/m²

⁵¹ A raison de 25 189 Euros par centre.

Les premières ambulances bariatriques ont été livrées en 2015 (Ile-de-France APHP). Elles sont équipées notamment d'un brancard grande largeur électrique qui peut supporter jusqu'à 350kg.

L'ensemble du territoire est appelé à se doter de tels moyens matériels et organisationnels. Reste qu'une certaine confusion semble régner autour de ces questions, confusion soulignée par le rapport IGAS de 2018 sur la « situation de la chirurgie de l'obésité » : « les ARS semblent diversement impliquées dans l'organisation régionale des transports sanitaires bariatriques, certaines laissant même entendre qu'elles n'ont pas de vision claire du sujet voire qu'elles n'ont pas encore établi le schéma régional d'organisation prévu par l'Instruction DGOS de juin 2013 ». Quant aux CSO, « 19% d'entre eux n'ont pas été informés de l'existence des crédits MIG délégués à leur intention pour financer des transports et que, lorsqu'ils l'avaient été, ils ne s'étaient pas toujours sentis aptes à gérer l'acquisition, le fonctionnement et l'emploi d'ambulances que l'Instruction DGOS de juin 2013 leur confie »⁵²

Vous apporterez votre contribution à cette question des transports sanitaires en général et des transports bariatriques en particulier (urgents et non urgents) en dégagant une problématique qui permette d'en appréhender les différentes dimensions sanitaire, économiques et organisationnelles. Outre un état des lieux de l'existant, des actions en cours de développement, il vous appartiendra de faire quelques propositions d'amélioration du système.

METHODOLOGIE PROPOSEE :

Recherche et analyse documentaire

Rencontres et entretiens avec des acteurs clés du domaine :

- Professionnels : médecins de CSO-CIO ; médecins de SAMU ; cadres de santé et IDE ; transporteurs privés
- Institutionnels (CNAM ; ARS...)

TERRAIN ENVISAGE :

Eventuellement un terrain où l'organisation des transports bariatriques est avancée (possibilité de mener des entretiens au CSO IDF Centre (notamment Hôpital Pitié-Salpêtrière) et un autre terrain en comparaison (CSO Bretagne...).

ANIMATRICE :

Nathalie Gourmelon, Sociologue et Coordinatrice administrative du Centre Intégré de l'Obésité Paris-Ile de France-Centre (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière)

⁵² Rapport IGAS sur « La situations de la chirurgie de l'obésité », n° 2017-059R, Tome II, p. 200

ANNEXE 2 : Méthodologie

Le transport sanitaire n'était pas connu de tous les membres du groupe, dès lors le coût d'entrée pour avoir une maîtrise relative des grands enjeux de ce secteur aurait pu être très important. De même, les membres du groupe disposaient de connaissances éparses sur l'obésité notamment sur la réponse publique face à cette pathologie.

Afin de disposer d'un niveau homogène de connaissances sur ces deux axes importants du transport bariatrique, les membres les plus à l'aise sur ces deux sujets, ont rédigé deux notes synthétisant les faits stylisés, les enjeux et les recommandations identifiés par la littérature.

Ce travail liminaire a été très utile puisqu'il a permis des échanges de qualité, avec madame Nathalie Gourmelon, lors de la réunion de cadrage organisée à l'EHESP. Cette dernière a été structurante en ce qu'elle a permis de déterminer les principaux axes de travail, les limites identifiées, la méthodologie dans le choix des interlocuteurs et une première ébauche de problématique. Le regard d'élèves fonctionnaires issus de différentes filières a permis de disposer d'une approche globale du sujet. La réunion de cadrage a également été l'occasion de saisir les difficultés d'un tel sujet, en particulier l'absence de littérature faisant autorité.

Les entretiens avec 22 interlocuteurs – ARS, CPAM, SAMU, SDIS, transporteurs privés, CSO, association de patients—ont permis d'objectiver certaines hypothèses formulées lors de la réunion de cadrage ou au contraire d'en infirmer d'autres. Le choix des entretiens a été effectué en fonction des territoires dans lesquels l'organisation des transports bariatriques était avancée. En outre, les membres du groupe de travail ont sollicité les établissements dans lesquels ils ont effectué leurs stages.

Afin que les échanges avec les personnes sollicitées soient instructifs, le groupe de travail a choisi de construire des grilles d'entretien en fonction du type d'acteur interrogé. Ces grilles mêlaient des questions embrassant différents aspects du sujet : financement, pilotage, organisation de l'offre, coordination etc. Les entretiens ont été conduits de manière semi-directive afin que les personnes interrogées puissent exprimer leur vision du sujet et ne soient, en aucune façon, influencées par les hypothèses retenues par le groupe de travail. Les comptes

rendus d'entretien, rédigés a posteriori, ont permis à tous les membres de disposer du même niveau d'information.

La problématique formulée au cours de la réunion de cadrage n'a pas été remise en cause après les entretiens. Ces derniers ont permis au groupe de travail de construire un plan détaillé enrichi des constatations des acteurs de terrain. Un processus itératif et collaboratif a facilité la stabilisation du plan et la rédaction du présent rapport. La rédaction du rapport a été confiée à un binôme, les autres membres du groupe de travail étant chargés de la relecture, de la construction de la bibliographie, de la mise en page etc.

L'une des limites d'un tel sujet étant la diversité des pratiques, les rédacteurs se sont attachés à éviter toute affirmation péremptoire. Si le rapport évoque un nombre limité situations territoriales (principalement la Bretagne et l'île de France), les entretiens menés et les rapports institutionnels consultés ont permis au groupe de travail de faire des propositions pouvant être transposées à tous les territoires. Ces dernières sont opérationnelles et ciblent les acteurs tant nationaux que locaux.

ANNEXE 3 : Liste des acteurs interviewés

	ACTEUR	NOM ET FONCTION DE L'INTERLOCUTEUR	DATE DE L'ENTRETIEN
1	ARS MARTINIQUE	Mr Joel TOM, responsable coordination transport sanitaire territorial	09 mai à 13H40
2	ARS Paris	Dr DEVELAY, responsable maladie chronique	13 mai 9 H 30
3	ARS Bretagne	Julie LONGY (chargée de mission transports sanitaires/appel d'offre TB)	06 mai 14H
4	CSO Paris	Dr OPPERT, chef du service nutrition de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière	10 mai 9H
5	CSO Bretagne	Julie HECAMPS, coordinatrice du CSO	15 mai 10H30
6	CPAM	Magali PRIGENT, référente transports sanitaires	16 mai 10 H
7	Référent transport AHPH	Cindy GORVIEN, responsable gestion des transports secondaires.	13 mai 14 H
8	SMUR 93	Dr. CHANZY	13 mai 15 H
9	SAMU CHU Rennes	Sebastien ARRIBART, cadre du SAMU	07 mai 16 H
11	SAPEURS POMPIERS ENSOSP	Jérôme RAVARY, Morgane QUERE, Sofian RAHMANI	06 mai 18 H et 9 mai 12 H 30
12	SAMU CH Melun	Fabienne COLLIN FAURE (Cadre supérieur de pôle, Médecine d'Urgence et Médecine intensive dont SAMU 77)	06 mai à 15H30
13	Référent logistique CHU Brest	Jennifer FLOC'H - brancardage et aux transports inter & extra	9 mai 10H00
14	référent logistique CHU Lille	George BOSKO (responsable transports hospitaliers)	9 mai 11 H 00
15	Référent logistique CH Melun	Frédéric FLAVIER (responsable transports hospitaliers)	06 mai 16H30
16	Directeur SERV Eco et logistique CH LIBOURNE	Florie BIDEPLAN, directeur des services économiques	10 mai 16 H 30
17	Direction des soins + Qualité CH Melun	Franck LANGLOIS (DS) + Cadres de santé / Séverine BRECHET (Qualité)	13 mai 15 H
18	Direction des soins + Qualité CH Libourne	Monique TRANQUARD (Coordinatrice Générale des soins)	10 mai 16 H 30
19	Direction des soins CHU Martinique	Stéphanie STEPHEN-FORTUNE (Cadre de santé des flux patients)	09 mai 14H30
20	Association "poids/plume"	Claudine CANALE, Présidente de l'association	02mai 11 h 00
21	Transporteurs privé Martinique	Frantz LUCIEN, Responsable Cluny Ambulances	09 mai 15 H 00
22	Transporteurs patients Rennes	Sociétés Rebours, Hardy et Belloir	10 mai 14H00

ANNEXE 4 : Grilles d'entretien

I- EXPERIENCE PATIENT

THEMATIQUES	QUESTIONS
ACCES AUX SOINS	<p>1/Avez-vous déjà rencontré des difficultés en termes de transports pour vos soins ? Si oui lesquelles ? Les avez-vous résolues ?</p> <p>2/Quelle modalités. Pour commander un transport ? Comment prenez-vous vos rendez-vous ? (par le médecin, vous connaissez un transporteur, êtes-vous aidés dans vos démarches ?</p> <p>3/ Financements : reste à charge, surcoûts, dépassements ?</p>
PERTE DE CHANCE	<p>1/Quels impacts sur la prise en charge (Retard, examen non réalisé, des frais supplémentaires, altération de l'état de santé...)</p> <p>2/ Soins urgents : renoncements ?</p>
ATTEINTE A LA DIGNITE	<p>1/Comment avez-vous vécu ces difficultés (injustice, image de soi, stigmatisation, inégalité, discrimination, bientraitance ?)</p> <p>2/Qu'avez-vous ressenti ?</p>
PRECONISATIONS	<p>1/Si vous deviez proposer des améliorations en termes de transport ? De quoi auriez-vous besoin ? Prise en charge financière ? modalités simplifiées ? Avez-vous des documents intéressants que nous pourrions consulter ? Relations avec les acteurs institutionnels ?</p>

II-TRANSPORTEURS PRIVES

THEMATIQUES	QUESTIONS
REGLEMENTATION : CLAUSES CONTRAT	<ul style="list-style-type: none"> - Agrément particulier sur le transport bariatrique ? - Ratios spécifiques en fonction du poids ? - Réglementation en la matière des équipements ? - Existe-t-il une garde ambulancière bariatrique ?
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Financement/subvention particulier (équipement, personnel) ? - Est-ce plus coûteux pour vous de faire du transport bariatrique ? - Reste à charge pour le patient, des problèmes pour vous faire payer ?
MATERIEL	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qui a mené à la décision d'achat d'un matériel spécifique ? - Facile à trouver, ou du bricolage ?
RELATIONS CONTRACTUELLES	<ul style="list-style-type: none"> - Quels contrats, marchés publics ? - Lot bariatrique dans le marché public ? - Quelles relations avec les acteurs institutionnels ?
LES PERSONNELS	<ul style="list-style-type: none"> - Formation particulière des personnels - TMS/QVT des agents ? Les équipes tournent-elles ?
LES PATIENTS	<ul style="list-style-type: none"> - Une gradation entre les différentes obésités ? En fonction du poids, de l'IMC ? - Les conditions pour accéder aux transports bariatriques, - Est-ce que la qualité du transport est la même pour une personne obèse que pour une personne non-obèse ?
QUESTIONS DIVERSES	<ul style="list-style-type: none"> - Refusez-vous des transports et pourquoi ? - Quelle est la distance maximale à laquelle vous vous déplacez ? Cela ne limite-t-il pas l'accès aux soins ? - Connaissez-vous des compagnies d'ambulances qui ne font que du transport bariatrique ? État de la concurrence ? - Quels sont les freins au développement du transport bariatrique ? - Comment améliorer le transport bariatrique ?

III-ETABLISSEMENTS DE SANTE (champ organisationnel)

LES ACTEURS	QUESTIONS
<p>SAMU/ POMPIERS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment s'organise la réponse pour les transports urgents des personnes obèses ? - Recours privilégié aux pompiers/ambulances privées/SMUR ? - Quelle organisation des ressources humaines et matérielles ? Quelle organisation de la garde ambulancière ? - Existence d'une procédure dégradée si le premier véhicule est pris ? - Existence d'instructions nationales organisant l'AMU à destination des personnes obèses ? - Quelle formation des ARM /personnels SMUR à la prise en charge des urgences des personnes obèses ? - Différence transport primaire/transport secondaire
<p>REFERENT LOGISTIQUE HOSPITALIER</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quels protocoles en matière de transport de personnes obèses entre établissement et entre sites d'un même établissement ? - Comment se passe les appels d'offre et quels sont les critères de sélection ? - Quelle est la flotte de véhicules nécessaires, Optimisation de la flotte dans le cadre du GHT ? - Financement spécifique en dehors de la MIG ? - Quelles modifications après la réforme de l'article 80 de la LMNSS ? - Quid des patients décédés ?
<p>CENTRE SPECIALISE OBESITE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment le CSO prend-il en compte la question du transport de ses patients dans la prise en charge globale des patients ? (cf rapport de l'IGAS qui dit que le transport n'est pas le cœur de métier et qu'ils n'ont pas le temps de le faire) - Quelles sont ses marges de manœuvre (financière, liens avec l'ARS, CPAM) en matière d'organisation des transports pour le CSO ? - Question du partage des bonnes pratiques entre CSO et discussions entre les. centre
<p>DIRECTION DES SOINS ET DIRECTION</p>	<p><u>Organisation des soins</u> L'hôpital a-t-il réfléchi à une organisation des soins optimisant les</p>

<p>QUALITE</p>	<p>transports des personnes bariatriques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - La question des transports est-elle intégrée aux projets de développement d'un service à destination des obèses (diabétologie, chirurgie bariatrique etc...) - Avez-vous eu des événements indésirables graves en lien avec le transport des personnes obèses ? <p><u>Brancardage</u></p> <p>Matériel adapté (chaise bariatrique, brancard...)</p> <p>Ressources humaines (polyvalence des agents, sensibilisation aux bonnes pratiques ?)</p> <p>Gestion des arrivées des patients à l'hôpital vers le lieu de consultation/hospitalisation</p> <p>Adaptation des locaux pour permettre les transports(normes...)</p>
-----------------------	---

IV-AGENCE REGIONALE DE SANTE (axe pilotage)

THEMATIQUES	QUESTIONS
FINANCEMENT	<p>-Quelles sont les modalités de prise en charge des T.B urgents et non urgents ? (être vigilant sur la définition de l'urgent et du non urgent)</p> <p>-Quels sont les facteurs de surcout du TB par rapport au transport classique ?</p> <p>-Quelle est la part remboursée par la sécurité sociale et le RAC (TM + dépassement) moyen pour le patient ? Les mutuelles prennent-elles en charge le RAC en matière de TB ?</p> <p>-Comment est défini le montant des MIG pour le TB ? comment est-il ventilé entre les différents établissements du territoire ?</p> <p>Les CSO bénéficient-ils toujours de crédits MIG délégués pour le financement des TB ? Et si oui, quelle enveloppe ?</p> <p>19% des CSO n'étaient pas informés de l'existence de ces crédits MIG, comment l'expliquer ?</p> <p>-Comment est financée l'acquisition de véhicules adaptés au TB pour les établissements n'hébergeant pas un CSO ? Le FIR peut-il être mobilisé à cet égard ?</p> <p>-Que pensez-vous de la recommandation de l'IGAS d'instaurer un tarif spécifique pour le transport des personnes obèses non urgents dont l'état ne permet pas de recourir aux ambulances et VTC « ordinaires » ?</p>
PILOTAGE	<p>-Quelles sont les missions respectives de l'ARS et des CSO pour la planification des TB ?</p> <p>- Le schéma d'organisation des TB prévu par l'instruction DGOS 2013 a-t-il été mis en place ? Par qui, comment ?</p> <p>-Quelle est l'articulation entre le volet obésité et les EPS à investir dans les ambulances adaptées au TB ?</p> <p>- Avez-vous eu des signalements d'événements indésirables graves par les établissements de santé ?</p>
ETAT DE L'OFFRE	<p>-Quel est l'état de l'offre en TB sur le territoire ? A la fois privée et publique (SAMU, SDIS), (comment se gère l'urgence ?) quelle intervention des autorités de tutelle ?</p>

ANNEXE 5 : Photos d'équipement spécifique bariatrique



NOTE SYNTHETIQUE

Thème n°19 Animé par : GOURMELON Nathalie, Sociologue et Coordinatrice administrative du Centre Intégré de l'Obésité Paris-Ile de France-Centre (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière)

LES TRANSPORTS SANITAIRES : LE POINT SUR LE DEVELOPPEMENT DES TRANSPORTS BARIATRIQUES URGENTS ET NON URGENTS

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| - CATHERINE Claudine (EDS) | - OULD-BOUKHITINE Sandra |
| - COURRET Sandrine (EDS) | - RAMASSAMY Lydia (ED3S) |
| - JAGGI-DESSPORTES Sophie (ED3S) | - REMOND Paul (EDH) |
| - MAKOUDI Yannis (EDH) | - SOKOLO-MENAYAMO Audrey |

Résumé :

Angle mort dans la politique de prise en charge de l'obésité, montant négligeable dans le pilotage des transports sanitaires, le transport bariatrique a longtemps été ignoré des acteurs institutionnels, laissant les acteurs locaux répondre sur le terrain aux besoins par des mesures de « bricolage ». Ce n'est que récemment qu'il a émergé comme un enjeu de santé publique, tant en raison de l'augmentation de la prévalence de l'obésité que de la structuration des parcours de soins des personnes obèses dont le transport bariatrique constitue le pivot.

Le constat de ce rapport est celui d'un pilotage défaillant tant au niveau national que local, qui a généré une offre insuffisante, des inégalités diverses, tant en matière d'offre de transport que de tarification, ainsi que des transports de patients dans des conditions non optimales. Ces dysfonctionnements interrogent la façon dont notre société est capable d'adapter ses politiques publiques aux besoins spécifiques et coûteux d'une population.

Le rapport préconise l'élaboration d'une politique ambitieuse et inclusive en matière de transports bariatriques permettant de répondre aux besoins des personnes obèses sans faire peser sur la collectivité une charge trop importante.

Mots clés : Transports sanitaires ; Obésité ; Transports bariatriques ; Inclusivité.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs